

## I. Identitas

Nama : Tn.S

Jenis Kelamin : Laki laki

Umur : 67 tahun

Suku Bangsa : Indonesia/ Jawa

Pekerjaan : Tidak bekerja

Pendidikan : SMP

Alamat : Jl. Simo Gunung Keramat II/01

Tanggal MRS : 08 Agustus 2012

Ruang : Interna

No. Register : 3214000

Tanggal MRS : 08 Agustus 2012 jam 07.45 WIB

Diagnosa Medis : *Gastroenetristsis Akut*

## II. Keluhan Utama

BAB sudah 3 hari, lebih dari 5 ×/hari, dan muntah tadi malam 3×

### III. Riwayat Kesehatan

#### 1. Riwayat Penyakit Sekarang

Klien mengatakan BAB sejak 3 hari sebelum masuk rumah sakit konsistensi encer, frekuensi lebih dari 5x, disertai muntah.

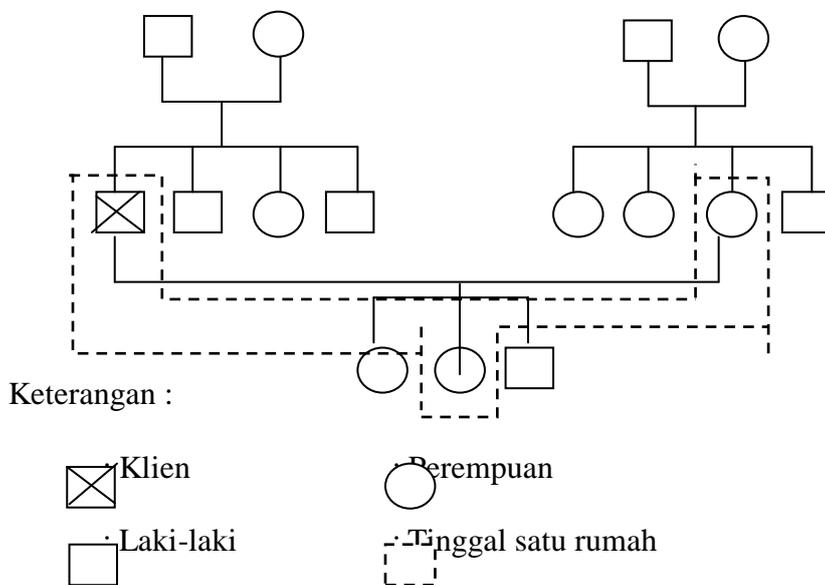
#### 2. Riwayat Penyakit Dahulu

Saat dikaji klien mengatakan punya penyakit anemia sejak 3th lalu sampai sekarang.

#### 3. Riwayat Penyakit Keluarga

Klien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang menderita penyakit yang sama seperti yang diderita Tn. S.

Genogram :



### IV. Pola Fungsi Kesehatan

#### 1. Pola Persepsi dan Tata Laksana Hidup Sehat

Klien mengatakan sudah menghentikan kebiasaan merokok dan tidak pernah minum minuman beralkohol, jika klien sakit periksa ke RS terdekat. Klien biasa mandi 2 kali sehari, cuci rambut 3 hari sekali, sikat gigi 2 kali sehari. Saat di RS klien mengatakan belum melakukan kegiatan membersihkan diri seperti mandi, cuci rambut dan sikat gigi.

## 2. Pola Nutrisi dan Metabolisme

Klien mengatakan biasa makan 2 kali sehari dengan porsi makan habis 1 piring, jenis makanan yang di makan yaitu nasi, sayur, lauk, dan buah. Tn. S tidak memiliki riwayat alergi terhadap makanan. Klien biasa minum air putih  $\pm 1000$  cc/hari. Saat di RS klien makan siang dengan diet TKTP habis  $\pm \frac{1}{4}$  porsi, minum dari jam 07.00 – 15.00  $\pm 400$ cc. BB Tn. S :53 kg

## 3. Pola Eliminasi

### 1) Eliminasi Alvi

Klien mengatakan sudah 3 hari sebelum masuk RS BAB  $\pm 5$  kali/hari, konsistensi konsistensi encer, frekuensi lebih dari 5x, disertai muntah, dan selama MRS klien mengatakan BAB  $\pm 5$  kali/hari.

### 2) Eliminasi Uri

Klien mengatakan dapat kencing secara normal, tidak terpasang selang kateter. Produksi urine  $\pm 1700$ cc perhari, warna kuning, bau khas. Saat di RS urine tampung dari jam 06.00-15.00  $\pm 600$ cc warna kuning jernih.

## 4. Pola Istirahat dan tidur

Klien mengatakan selama 3 hari di rumah susah tidur dan hanya tidur

malam  $\pm 4$  jam, Tn. S tidak memiliki kebiasaan khusus sebelum tidur. Tidak ada kebiasaan mengigau saat tidur. Semenjak MRS klien belum tidur  $\pm 8$  jam/hari

## 5. Pola Aktivitas dan Latihan

Klien mengatakan sehari-harinya sudah tidak bekerja, klien hanya beraktifitas di rumah. Tn. S jarang berolah raga, hanya kadang-kadang berjalan di sekitar rumah  $\pm 2$  jam setiap pagi. Saat di RS klien hanya berbaring di tempat tidur.

## 6. Pola Persepsi dan Konsep Diri

### 1) Gambaran Diri

Klien merasa tidak nyaman berada di RS

### 2) Harga Diri

Klien merasa tidak nyaman dan malu berada di RS

### 3) Ideal Diri

Klien berharap cepat sembuh agar bisa kembali pulih dan berkumpul bersama keluarganya lagi.

### 4) Peran

Klien sebagai pasien di RSUD M. Soewandhi Surabaya.

### 5) Identitas Diri

Klien berkelamin laki-laki, klien dapat menyebutkan identitasnya dengan benar, yaitu nama : Tn. S, Usia 67 tahun, mempunyai 1 istri dan 3 anak, dan klien tidak bekerja.

## 7. Pola Sensori dan Kognitif

### 1) Sensori

5 panca indra klien dalam kondisi baik atau normal, klien dapat berbicara dengan lancar. Klien mengatakan nyeri disekitar anus pada saat BAB.

### 2) Kognitif

Orientasi klien terhadap waktu dan lingkungan baik, klien mengerti apa yang di maksud dengan diare akan tetapi klien tidak mengetahui kenapa bisa terjadi diare pada dirinya.

## 8. Pola Reproduksi Seksual

Klien mengatakan lupa pada usia berapa klien sirkumsisi dan mimpi basah. Klien tidak menggunakan alat kontrasepsi.

## 9. Pola Hubungan dan Peran

Klien mengatakan hubungan dengan keluarganya terjalin dengan harmonis dan baik dengan masyarakat sekitar. Klien menggunakan bahasa jawa dalam komunikasi sehari-harinya.

#### 10. Pola Penanggulangan Stres

Klien mengatakan apabila ada masalah sering kali membicarakannya dengan anaknya.

#### 11. Pola Tata Nilai dan Kepercayaan

Tn. S beragama islam, sehari-hari melaksanakan shalat 5 waktu. Saat di RS klien sempat melaksanakan shalat wajibnya. Klien dan keluarganya meyakini sakit yang diderita adalah cobaan dari Allah.

### V. Pemeriksaan Fisik

#### 1. Status Kesehatan Umum

*Keadaan Penyakit*

Sedang

*Kesadaran*

Compos Mentis

*Suara Bicara*

Jelas

*Pernapasan*

Frekwensi 20x/menit, irama reguler, tipe pernapasan eupneu, kedalaman dangkal

*Suhu Tubuh*

36<sup>3</sup>°C

*Nadi*

Frekwensi 74x/menit, irama reguler, kualitas kuat

*Tekanan Darah*

130/60 mmHg

2. Kepala

Rambut warna hitam beruban lurus, keadaan kulit kepala bersih, tidak ada benjolan di kepala, tidak ada nyeri tekan

3. Muka

Raut muka tampak tegang, bersih, tidak ada sembab, tidak ada lesi dan edema, tampak menahan nyeri.

4. Mata

Mata simetris, bersih tidak ada sekret, tidak ada ptosis, tidak ada perdarahan, reflek pupil terhadap cahaya bagus, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterus, pergerakan bola mata simetris, di palpasi tekanan bola mata kanan dan kiri sama, dan tidak ada nyeri tekan

5. Telinga

Pendengaran klien normal, telinga simetris, bentuk dan ukuran kanan dan kiri sama, lubang telinga tampak kotor, tidak ada nyeri tekan.

6. Hidung

Septum nasi deviasi, lubang hidung bersih tidak ada sekret, tidak ada epistaksis, tidak ada polip, mukosa hidung lembab, tidak ada nyeri tekan, dan tidak ada pernapasan cuping hidung.

7. Mulut dan Faring

Keadaan bibir dan mukosa mulut kering, tidak ada sariawan, warna gigi putih, gigi tidak lengkap, tidak memakai gigi palsu, gusi tidak bengkak, tidak ada ulkus lidah

8. Leher

Tidak ada bengkak, tidak ada jaringan parut, tidak ada pembesaran vena jugularis, denyut nadi carotis terasa, tidak ada kaku kuduk.

#### 9. Thorak

Bentuk dada tampak normal, simetris, tidak ada luka, gerakan dada: frekwensi 20x/menit, irama reguler, ictus cordis tidak tampak. Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, ictus cordis teraba di ics 5 dan 6, vokal vrementus pergerakan dada sama. Tidak ada suara nafas tambahan.

#### 10. Abdomen

Tidak tampak adanya pembesaran perut (asites), tidak ada luka, warna sawo matang, tidak ada jaringan parut, terlihat gerakan dinding usus. Dipalpasi tidak ada distensi kandung kemih, tidak ada nyeri tekan, dan tidak ada massa. Bising usus  $\pm$  25 kali/mnt.

#### 11. Inguinal, genital, dan Anus

Klien tidak terpasang kateter, daerah genital dan anus terlihat merah, nyeri disekitar perirectal.

#### 12. Integumen

Warna kulit sawo matang, tidak ada ikterus, tidak ada rash, kulit tubuh lembab, turgor kulit menurun, akral hangat, CRT > 1 detik, tidak ada peningkatan suhu tubuh.

#### 13. Ekstremitas dan Neurologis

Pada tulang ekstremitas tidak ada fraktur, tidak ada edema pada ekstremitas. Tingkat kesadaran compos mentis, GCS 456, tidak ada kaku kuduk, tidak ada refleks patologis kernig dan brudzinski.

## VI. Pemeriksaan Penunjang

### 1. Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal 08 Agustus 2012

Hemoglobin : 12,5 gr/dl	Neutrophil : 24,8 %
Hematokrit : 44,5 %	Lymphocyte : 31,8 %
Leukosit : 14,120 /cmm	Monocyte : 13,9 %
Elektrolit :	Trombocyte : 267.000cmm
* Natrium = 2,8 mEq/l	SGOT : 28 mmol/L
* Kalium = 118 mEq/l	SGPT : 42 mmol/L
LED : 48 mm	BUN : 24 mg/dl
Eosinophil : 13,0 %	Kreatinin : 2,3 mg/dl

### 2. Terapi

- a. Infuse RL 1500 cc/24jam
- b. Ranitidin 2×1 amp/ IV
- c. Ondancetron 1amp
- d. Ceftriaxone 1×1 gr/ IV
- e. Ranitidine 1×1 amp/IV

### 3.1. Analisa Data

Setelah pengumpulan data di atas kemudian dikelompokkan sehingga di dapat suatu masalah sebagai berikut:

#### 1. Kelompok Data Pertama

Tanggal 08 Agustus 2012 jam 07.00

##### a. Data Subyektif

Klien mengatakan masih sering BAB  $\pm$  5 kali/hari, konsistensi encer, frekuensi lebih dari 5x, disertai muntah.

##### b. Data Obyektif

Klien terpasang infus RL 1500 cc/24jam, dan klien terlihat masih sering BAB dengan frekuensi  $\pm 5x/hari$ , konsistensi encer, ampas. Turgor kulit menurun, raut muka lemas.

c. Masalah

Kekurangan volume cairan

d. Kemungkinan Penyebab

Output berlebih melalui feses atau diare

2. Kelompok Data Kedua

Tanggal 08 Agustus 2012 jam 11.00

a. Data Subyektif

Klien mengatakan mual tiap kali makan dan tidak nafsu makan

b. Data Obyektif

Klien biasa minum air putih  $\pm 1000$  cc/hari. Saat di RS klien makan siang dengan diet

TKTP habis  $\pm \frac{1}{4}$  porsi, minum dari jam 07.00 – 15.00  $\pm 400$ cc. BB Tn. S : 53 kg

A : TB = 170 cm, BB = 53

$BBI = ((TB-100) - 10 \%)$

$((170-100) - 10\%)$

$70 - 7 = 63$  kg

$BBN = ( BBI \pm 10\%)$

$(63 \pm 6,3)$

56,7 kg

Tampilan klien kurus

Lengan dan tungkai kaki tidak odema

B : HB = 12,5 gr/dl, HB normal 14,0 – 18,0 gr/dl

C : konjungtiva pucat (enemis), tampilan klien pucat/ lemas, mual

muntah masih ada.

D : diet TKTP, porsi makan klien  $\frac{1}{4}$  porsi.

c. Masalah

Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan

d. Kemungkinan Penyebab

Intake yang tidak adekuat

3. Kelompok Data Ketiga

Tanggal 08 Agustus 2012 jam 11.00

a. Data Subyektif

Klien mengatakan nyeri pada sekitar perut

b. Data Obyektif

Raut muka tampak menahan nyeri, tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 74x/menit, RR 20x/menit, suhu  $36^{\circ}\text{C}$ . Klien terlihat memegang perutnya. Keadaan umum klien lemah, kesadaran kompos mentis, GCS 456.

P: nyeri terjadi karena konsistensi BAB yang berlebih

Q: Rasa nyeri seperti teriris/ perih

R: Nyeri terjadi disekitar perirektal

S: Skala nyeri 6

T: Nyeri terasa setiap kali BAB

c. Masalah

Nyeri

d. Kemungkinan Penyebab

Hiperperistaltik usus

4. *Kelompok Data Keempat*

Tanggal 08 Agustus 2012 jam 11.00

a. Data Subyektif

Klien mengatakan mengerti apa yang di maksud dengan diare akan tetapi kliem tidak mengetahui kenapa bisa terjadi diare pada dirinya.

b. Data Obyektif

Klien tampak bingung saat ditanya kenapa bisa terjadi diare dan bagaimana cara pengobatannya

c. Masalah

Kurang pengetahuan

d. Kemungkinan Penyebab

Salah persepsi akan penanganan diare

### 3.3 Diagnosa Keperawatan

Dari hasil analisa data di atas dapat dirumuskan beberapa diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn. S adalah:

1. Kurang volume cairan tubuh sehubungan dengan output yang berlebih melalui fese atau diare, yang ditandai dengan terpasang infus RL 1500 cc/24jam, dan klien terlihat masih sering BAB dengan konsistensi  $\pm 5x/hari$ .
2. Gangguan pemenuhan nutrisi sehubungan dengan intake yang tidak adekuat, yang ditandai dengan klien biasa minum air putih  $\pm 1000 cc/hari$ . Saat di RS klien makan siang dengan diet TKTP habis  $\pm \frac{1}{4}$  porsi, minum dari jam 07.00 – 15.00  $\pm 400cc$ . BB Tn. S : 53 kg. bising usus 19x/mnt
3. Nyeri abdomen sehubungan dengan hiperperistaltik yang berlebih, yang ditandai dengan raut muka terlihat menahan nyeri, tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 74x/menit, RR 20x/menit, suhu  $36^{\circ}C$ . terlihat memegangi perutnya. Keadaan umum klien lemah, kesadaran kompos mentis, GCS 456.

P: nyeri terjadi karena konsistensi BAB yang berlebih

Q: Rasa nyeri seperti teriris/ perih

R: Nyeri terjadi disekitar aqbdomen

S: Skala nyeri 6

T: Nyeri terasa setiap kali mau BAB

4. Kurang pengetahuan sehubungan dengan kurangnya informasi yang didapat, yang ditandai dengan klien tampak bingung saat ditanya kenapa bisa terjadi diare dan bagaimana cara pengobatannya.

### **3.4 Rencana Keperawatan**

Tahap perencanaan di bawah ini disusun berdasarkan urutan prioritas masalah yaitu :

Tanggal 08 agustus 2012

Diagnosa keperawatan 1 :

1. Kurang volume cairan tubuh sehubungan dengan output yang berlebih melalui fese atau diare.

Tujuan : Keseimbangan cairan dan elektrolit dapat dipertahankan secara optimal setelah 3 hari perawatan

Kriteria Hasil :

- a) Tanda-tanda vital dalam (Nadi <120 X/mnt, RR < 32 X/mnt, S < 37,4<sup>o</sup>C).
- b) Tanda-tanda dehidrasi (-), turgor kulit elastis, membran mukosa basah, haluaran urine terkontrol, mata tidak cowong dan ubun-ubun besar tidak cekung..
- c) Konsistensi BAB liat/lembek dan frekuensi 1 kali dalam sehari
- d) Pemeriksaan laboratorium serum elektrolit BJ urine 1,008-1,010; BUN dalam batas normal.
- e) BGA dalam batas normal

Intervensi :

- a. Pantau tanda dan gejala kekurangan cairan (dehidrasi)  
R/ Penurunan volume cairan bersirkulasi menyebabkan kekeringan jaringan dan pemekatan urine. Deteksi dini memungkinkan terapi pergantian cairan segera untuk memperbaiki defisit.
- b. Pantau intake dan out put  
R/ Haluaran dapat melebihi masukan, yang sebelumnya tidak mencukupi untuk mengkompensasi kehilangan cairan. Dehidrasi dapat meningkatkan laju filtrasi glomerulus membuat haluaran tak adekuat untuk membersihkan sisa metabolisme.
- c. Timbang BB setiap hari  
R/ Penimbangan BB harian yang tepat dapat mendeteksi kehilangan cairan.
- d. Penatalaksanaan rehidrasi :
  - a) Anjurkan keluarga bersama klien untuk minum yang banyak (LGG, oralit atau pedyalit 10 cc/kg BB/mencret.  
R/ Kandungan Na, K dan glukosa dalam LGG, oralit dan pedyalit mengandung elektrolit sebagai ganti cairan yang hilang secara peroral. Bula menyebabkan gelombang udara dan mengurangi distensi.

- b) Pemberian cairan parenteral (IV line) sesuai dengan umur dan penyulit (penyakit penyerta).

R/ Klien yang tidak sadar atau tingkat dehidrasi ringan dan sedang yang kurang intakenya atau dehidrasi berat perlu pemberian cairan cepat melalui IV line sebagai pengganti cairan yang telah hilang.

b. Kolaborasi :

- a) Pemeriksaan serum elektrolit(Na, K dan Ca serta BUN)

R/ Serum elektrolit sebagai koreksi keseimbangan cairan dan elektrolit. BUN untuk mengetahui faali ginjal (kompensasi).

- b) Obat-obatan (antisekresi, antispasmodik dan antibiotik)

R/ Antisekresi berfungsi untuk menurunkan sekresi cairan dan elektrolit untuk keseimbangannya. Antispasmodik berfungsi untuk proses absorpsi normal. Antibiotik sebagai antibakteri berspektrum luas untuk menghambat endotoksin.

Diagnosa keperawatan 2 : 08 agustus 2012

Gangguan pemenuhan nutrisi sehubungan dengan intake yang tidak adekuat.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam kebutuhan nutrisi terpenuhi.

Kriteria Hasil :

- a. Terjadi peningkatan berat badan
- b. Kebutuhan nutrisi terpenuhi

Intervensi :

1. Pertahankan tirah baring dan pembatasan aktivitas selama fase akut.

Rasional

Menurunkan kebutuhan metabolik dalam tubuh

2. Pertahankan status puasa selama fase akut (sesuai program terapi) dan segera mulai pemberian makanan per oral setelah kondisi klien mengizinkan

Rasional

Pembatasan diet per oral mungkin ditetapkan selama fase akut untuk menurunkan peristaltik sehingga terjadi kekurangan nutrisi. Pemberian makanan sesegera mungkin penting setelah keadaan klinis klien memungkinkan

3. Bantu pelaksanaan pemberian makanan sesuai dengan program diet

Rasional

Untuk memenuhi kebutuhan nutrisi klien

4. Kolaborasi pemberian nutrisi parenteral sesuai indikasi

Rasional

Mengistirahatkan kerja gastrointestinal dan mengatasi/mencegah kekurangan nutrisi lebih lanjut.

Diagnosa keperawatan 3 :

Tanggal 08 agustus 2012

Nyeri b/d hiperperistaltik.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam nyeri berkurang.

Kriteria Hasil :

1. Iritasi perirektal berkurang
2. Nyeri berkurang skala 1-3

Intervensi :

1. Atur posisi yang nyaman bagi klien, misalnya dengan lutut fleksi.

Rasional

Menurunkan tegangan permukaan abdomen dan mengurangi nyeri

2. Kolaborasi pemberian obat analgetika dan atau antikolinergik sesuai indikasi

Rasional

Analgetik sebagai agen anti nyeri dan antikolinergik untuk menurunkan spasme traktus GI dapat diberikan sesuai indikasi klinis

3. Kaji keluhan nyeri dengan Visual Analog Scale (skala 1-5), perubahan karakteristik nyeri, petunjuk verbal dan non verbal

Rasional

Mengevaluasi perkembangan nyeri untuk menetapkan intervensi selanjutnya

Diagnosa keperawatan 4 :

Tanggal 08 agustus 2012

Kurang pengetahuan sehubungan dengan kurangnya informasi yang didapat, yang ditandai dengan klien tampak bingung saat ditanya. kenapa bisa terjadi diare dan bagaimana cara pengobatannya.

Tujuan : Pasien akan mengerti tentang penyakit dan pengobatannya, serta mampu mendemonstrasikan perawatan anak di rumah.

Kriteria Hasil :

1. Keluarga dan klien mengerti tentang diare
2. Keluarga dan klien mengerti cara penanganan diare

Intervensi :

1. Kaji kesiapan keluarga klien mengikuti pembelajaran, termasuk pengetahuan tentang penyakit dan perawatan anaknya.

Rasional

Efektivitas pembelajaran dipengaruhi oleh kesiapan fisik dan mental serta latar belakang pengetahuan sebelumnya.

2. Jelaskan tentang proses penyakit anaknya, penyebab dan akibatnya terhadap gangguan pemenuhan kebutuhan sehari-hari aktivitas sehari-hari.

Rasional

Pemahaman tentang masalah ini penting untuk meningkatkan partisipasi keluarga klien dan keluarga dalam proses perawatan klien

3. Jelaskan tentang tujuan pemberian obat, dosis, frekuensi dan cara pemberian serta efek samping yang mungkin timbul

Rasional

Meningkatkan pemahaman dan partisipasi keluarga klien dalam pengobatan.

4. Jelaskan dan tunjukkan cara perawatan perineal setelah defekasi

Rasional

Meningkatkan kemandirian dan kontrol keluarga klien terhadap kebutuhan perawatan diri anaknya

### **3.5 Pelaksanaan**

Catatan keperawatan merupakan realisasi dari perencanaan yang telah disusun berdasarkan prioritas:

#### **Pelaksanaan tanggal: 08 Agustus 2012**

1. Diagnosa Keperawatan 1

Kurang volume cairan b/d output berlebihan melalui feses dan muntah serta intaketerbatas (mual)

- a. Membina hubungan saling percaya dengan memperkenalkan diri, memberi perhatian dan keinginan untuk membantu klien.

Respons

Klien dan keluarga tampak kooperatif

Dilaksanakan jam 11.00

- b. Memberikan kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaannya

Respons

Klien mengungkapkan sering BAB  $\pm 5$  x/hari

Dilaksanakan jam 11.00

- c. Memberikan obat anti mikroba sesuai indikasi

Respons

Klien mau minum obat

Dilaksanakan jam 12.00

- d. Menganjurkan klien minum banyak untuk menghindari dehidrasi karena output yang berlebih

Respons

Klien minum satu gelas air putih

Dilaksanakan jam 12.20

- e. Mencatat intake aut put cairan

Respons

Minum 400cc,

Cairan parenteral 1500cc/24jam

Dilaksanakan jam 12.30

### **Pelaksanaan Tanggal 09 Agustus 2012**

#### **2. Diagnosa Keperawatan 2**

Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d gangguan absorpsi nutrien dan peningkatan peristaltik usus.

- a. Melakukan observasi tanda-tanda vital

Evaluasi

Tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 74x/menit, suhu  $36^{\circ}\text{C}$ , pernapasan 20x/menit.

Dilaksanakan jam 11.00

- b. Kaji adanya tanda-tanda perubahan nutrisi dengan hasil

Evaluasi

Nafsu makan klien menurun, porsi makan tidak dihabiskan ( $\frac{1}{4}$  porsi yang dihabiskan).

Dilaksanakan jam 11.30

- c. Memberikan makan sesuai dengan diet yang ditentukan

Evaluasi

Klien mau makan habis  $\frac{1}{4}$  porsi

Dilaksanakan jam 12.00

## **Pelaksanaan Tanggal 10 Agustus 2012**

### 3. Diagnosa Keperawatan 3

Nyeri b/d hiperperistaltik.

- a. Observasi TTV
- b. Mengkaji nyeri klien
- c. Mengajarkan tehnik relaksasi

Evaluasi

Klien mampu mengikuti tehnik relaksasi yang diajarkan perawat

Dilaksanakan jam 08.30

- d. Memberikan posisi yang nyaman untuk mengurangi nyeri

Evaluasi

Kliean merasa nyaman dengan posisinya

Dilaksanakan jam 09.00

### 4. Diagnosa Keperawatan 4

Kurang pengetahuan dan kebutuhan terapi b/d kurangnya informasi terbatas, salah interpretasi informasi dan atau keterbatasan kognitif.

- a. Observasi TTV

Evaluasi

TD : 120/60 mmHg, S : 36,7C, N: 76x/mnt, RR : 19x/mnt

Dilaksanakan jam 12.20

- b. Memberikan pengetahuan pada klien dan keluarga

Evaluasi

Klien dan keluarga menerima dengan baik

Dilaksanakan jam 12.45

- c. Menganjurkan klien untuk sering minum air

Evaluasi

Klien mau minum 1 gelas air 250cc

Dilaksanakan jam 13.00

- d. Memberitahu keluarga jika ada yang terkena diare untuk segera diberikan oralit

Evaluasi

Klien dan keluarga menerima dengan baik

Dilaksanakan jam 13.20

### **3.5 Evaluasi**

**Tanggal 08 Agustus 2012**

#### **1. Diagnosa Keperawatan 1**

Kekurangan volume cairan b/d kehilangan berlebihan melalui feses dan muntah serta intake terbatas (mual)

Evaluasi jam 14.00

S : Klien mengatakan masih sering BAB.

O : Keadaan umum klien lemah, kesadaran kompos mentis, GCS 4/5. Tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 88x/menit, suhu 36<sup>3</sup>°C, pernapasan 20x/menit. Konsistensi BAB kurang dari 5x/hr.

A : Masalah belum teratasi.

P : Rencana tindakan no. 1-4 diteruskan

#### **2. Diagnosa Keperawatan 2**

Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d intake yang tidak adekuat.

Evaluasi jam 14.00

S : Klien mengatakan muntah tiap kali makan dan tidak nafsu makan

O : Klien biasa minum air putih  $\pm$  1000 cc/hari. Saat di RS klien makan siang dengan diet TKTP habis  $\pm$  ¼ porsi, minum dari jam 07.00 – 15.00  $\pm$  400cc. BB Tn. S : 53 kg

A : BB bertambah 57 kg

B : HB bertambah 13,0 g/dl

C : konjungtiva tidak enemis, tak mual, tak muntah

D : porsi makan klien habis 1 porsi

A : Masalah belum teratasi.

P : Rencana tindakan no. 1-4 diteruskan

### 3. Diagnosa Keperawatan 3

Evaluasi jam 14.00

Nyeri (akut) b/d hiperperistaltik.

S : Klien mengatakan nyeri pada sekitar anus pada saat BAB

O : Raut muka tampak menahan nyeri, tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 74x/menit, RR 20x/menit, suhu 36,3°C. terlihat kemerahan di sekitar anus. Keadaan umum klien lemah, kesadaran kompos mentis, GCS 456.

P : Nyeri terjadi karena konsistensi BAB yang berlebih

Q : Rasa nyeri seperti teriris/ perih

R : Nyeri terjadi disekitar abdomen

S : Skala nyeri 6

T : Nyeri terasa setiap kali BAB

A : Masalah belum teratasi.

P : Rencana tindakan 1-4 diteruskan

### 4. Diagnosa Keperawatan 4

Evaluasi jam 14.00

Kurang pengetahuan keluarga tentang kondisi b/d kurangnya informasi.

S : Klien mengatakan mengerti apa yang di maksud dengan diare akan tetapi klien tidak mengetahui kenapa bisa terjadi diare pada dirinya.

O : Klien tampak bingung saat ditanya kenapa bisa terjadi diare dan bagaimana cara pengobatannya

A : Masalah belum teratasi.

P : Rencana tindakan dihentikan

**Tanggal 09 Agustus 2012**

#### 1. Diagnosa Keperawatan 1

Kekurangan volume cairan b/d kehilangan berlebihan melalui feses dan muntah serta intake terbatas (mual)

Evaluasi jam 09.00

S : Klien mengatakan BAB berkurang

O : Keadaan umum klien lemah, kesadaran kompos mentis, GCS 4/5. Tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 80x/menit, suhu 36<sup>3</sup>°C, pernapasan 22x/menit. Konsistensi BAB kurang dari 5x/hr.

A : Masalah teratasi sebagian

P : Rencana tindakan no. 1-4 diteruskan

#### 2. Diagnosa Keperawatan 2

Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d intake yang tidak adekuat.

Evaluasi jam 10.00

S : Klien mengatakan muntah berkurang tiap kali makan dan nafsu makan membaik.

O : Klien biasa minum air putih ± 1100 cc/hari. Saat di RS klien makan siang dengan diet TKTP habis ± ¼ porsi, minum dari jam 07.00 – 15.00 ± 400cc. BB Tn. S : 53 kg

A : BB bertambah 58 kg

B : HB bertambah 13,2 g/dl

C : konjungtiva tidak anemis, tak mual, tak muntah

D : porsi makan klien habis 1 porsi

A : Masalah teratasi sebagian

P : Rencana tindakan no. 1-4 diteruskan

### 3. Diagnosa Keperawatan 3

Evaluasi jam 10.00

Nyeri (akut) b/d hiperperistaltik.

S : Klien mengatakan nyeri berkurang.

O : Raut muka tampak menahan nyeri, tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 78x/menit, RR 22x/menit, suhu 36,3°C. terlihat kemerahan di sekitar anus. Keadaan umum klien lemah, kesadaran kompos mentis, GCS 4/5/6.

P : nyeri terjadi karena konsistensi BAB yang berlebih

Q : Rasa nyeri seperti teriris/ perih

R : Nyeri terjadi disekitar abdomen

S : Skala nyeri 6

T : Nyeri terasa setiap kali BAB

A : Masalah teratasi sebagian

P : Rencana tindakan 1-4 diteruskan

### 4. Diagnosa Keperawatan 4

Evaluasi jam 14.00

Kurang pengetahuan keluarga tentang kondisi b/d kurangnya informasi.

S : Klien mengatakan mengerti apa yang di maksud dengan diare akan tetapi klien tidak mengetahui kenapa bisa terjadi diare pada dirinya.

O : Klien tampak rileks dan mengerti tentang penyakitnya.

A : Masalah teratasi sebagian.

P : Rencana dilanjutkan.

### **Tanggal 10 Agustus 2012**

#### 1. Diagnosa Keperawatan 1

Kekurangan volume cairan b/d kehilangan berlebihan melalui feses dan muntah serta intake terbatas (mual)

Evaluasi jam 09.00

S : Klien mengatakan BAB 3x sehari.

O : Keadaan umum baik, kesadaran kompos mentis, GCS 4/5. Tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 80x/menit, suhu 36<sup>3</sup>°C, pernapasan 26x/menit.

A : Masalah teratasi.

P : Rencana dihentikan.

#### 2. Diagnosa Keperawatan 2

Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d intake yang tidak adekuat.

Evaluasi jam 10.00

S : Klien mengatakan tidak muntah tiap kali makan dan nafsu makan membaik.

O : Klien biasa minum air putih ± 1100 cc/hari. Saat di RS klien makan siang dengan diet TKTP habis ± ¼ porsi, minum dari jam 07.00 – 15.00 ± 400cc. BB Tn. S : 53 kg

A : BB bertambah 58 kg

B : HB bertambah 13,6 g/dl

C : konjungtiva tidak enemis, tak mual, tak muntah

D : porsi makan klien habis 1 porsi

A : Masalah teratasi.

P : Rencana tindakan dihentikan.

### 3. Diagnosa Keperawatan 3

Evaluasi jam 10.00

Nyeri (akut) b/d hiperperistaltik.

S : Klien mengatakan nyeri hilang atau berkurang.

O : Raut muka tampak menahan nyeri, tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 78x/menit, RR 22x/menit, suhu 36,3°C. terlihat kemerahan di sekitar anus. Keadaan umum klien baik, kesadaran kompos mentis, GCS 4/5.

P : nyeri terjadi karena konsistensi BAB yang berlebih

Q : Rasa nyeri seperti teriris/ perih

R : Nyeri terjadi disekitar abdomen

S : Skala nyeri 4

T : Nyeri terasa setiap kali BAB

A : Masalah teratasi.

P : Rencana dihentikan.

### 4. Diagnosa Keperawatan 4.

Evaluasi jam 14.00

Kurang pengetahuan keluarga tentang kondisi b/d kurangnya informasi.

S : Klien mengatakan mengerti apa yang di maksud dengan diare akan tetapi klien tidak mengetahui kenapa bisa terjadi diare pada dirinya.

O : Klien tampak rileks dan mengerti tentang penyakitnya.

A : Masalah teratasi .

P : Rencana dihentikan.

