KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.”B” DENGAN *CROHN DISEASE* DI RUANG PERAWATAN ST.BERNADETH III.A RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH :

AVELIANA FREDERICHA BASSO
E.1514401009

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM DIII KEPERAWATAN
MAKASSAR
2018

LEMBAR PENGESAHAN
PROGRAM DIII KEPERAWATAN
STIK STELLA MARIS MAKASSAR

Karya Tulis ini dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN."B" DENGAN *CROHN DISEASE* DI RUANG PERAWATAN ST.BERNADETH III.A RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR" telah dipertanggungjawabkan dan telah diujikan di hadapan Tim Penguji yang dilaksanakan pada:

Hari/Tanggal : kamis, 7 Juni 2018
Pukul : 13.15-14.00
Tempat : Kampus STIK Stella Maris Makassar

Tim Penguji:

1. Rosdewi,SKp.MSN ( )

2. Fransiska Upa,S.Kep.Ns ( )

3. Elmiana Bongga Linggi, Ns,.M.Kes ( )

Mengetahui
Ketua STIK Stella Maris Makassar

(Siprianus Abdu.,S.Si.,Ns.,M.Kes)
NIDIN. 09128027101

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Aveliana fredericha basso
Tempat/Tanggal Lahir	: ujung pandang, 06 mei 1997
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Katolik
Alamat	: Jl. Lamadukelleng no. 8

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Aloysius babak sakar/Yustina karini
Agama	: Katolik
Pekerjaan	: Wiraswasta/IRT
Alamat	: Jl. Salak SP. 2 Timika, Papua

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SD INPRES TIMIKA 2	: 2003-2009
SMPN 4 MIMIKA	: 2009-2012
SMAN 1 MIMIKA	: 2012-2015
STIK Stella Maris	: 2015-2018

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah dengan judul **"ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN."B" DENGAN *CROHN DISEASE* DI RUANG PERAWATAN ST.BERNADETH III.A RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR"** telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan Oleh:

Nama Mahasiswa : AVELIANA FREDERICHA BASSO
NIM : E1514401009

Disetujui Oleh:

Pembimbing

(Elmiana Bongga Linggi,Ns.,M.Kes)
NIDN.0925027603

Menyetujui
Wakil Ketua Bidang Akademik

(Henny Pongantung,S.Kep.,Ns.,MSN)
NIDN. 0912106501

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah (KTI) dengan judul asuhan keperawatan pada Tn “B” dengan Crohn Disease di Ruang perawatan St. Bernadeth III.A Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Penulisan karya tulis ilmiah ini bermaksud untuk memenuhi salah satu persyaratan ujian akhir bagi kelulusan mahasiswa/I STIK Stella Maris Makassar program D III Keperawan Tahun 2017-2018.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, penulis banyak mendapatkan kesulitan dan kekurangan, namun berkat bimbingan, pengarahan, bantuan, kesempatan dan motivasi dari berbagai pihak sehingga penulis dapat menyelesaikannya. Untuk itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk mengikuti Pendidikan sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini tepat pada waktunya.
2. Dr. Thomas Suharto, selaku Direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah memberikan izin kepada penulis untuk praktek di Rumah Sakit Stella Maris Makassar terutama dalam penyusunan karya tulis ini.
3. Elmiana Bonga Linggi, Ns.,M.Kes selaku pembimbing yang telah meluangkan waktu dalam memberikan bimbingan dengan penuh keiklasan sehingga karya tulis ini dapat terselesaikan.
4. Seluruh dosen dan staf tenaga Kependidikan STIK stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik dan memberikan pengetahuan selama penulis mengikuti Pendidikan.
5. Pada Tn”B” dan keluarga, yang telah bersediabekerja sama dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

6. Khususnya kepada kedua orang tua saya, serta semua keluarga yang memberi dukungan dan doa selama penulis mengikuti Pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
7. Buat teman-teman seperjuangan angakatan 2015, teman-teman asrama Siti Miriam, teman-teman S1 keperawatan angkatan 2015 yang telah memberikan masukan buat penulis dan juga terima kasih buat pertemanan yang indah, melewati Bersama dalam segala rintangan yang harus kita lewati untuk mencapai cita-cita walaupun kadang ada perselisihan.
8. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebut satu persatu yang selalu memberikan dukungan, kritik, saran dan doa.

Penulis menyadari bahwa penyusun karya tulis ini masih mempunyai kekurangan, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk dapat melengkapi karya tulis ini dapat bermanfaat bagi pembaca guna meningkatkan asuhan keperawatan pada pasien *Crohn Disease.*

Makassar, Mei 2018

Aveliana Fredericha Basso

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi usus halus…… **8**
Gambar Genogram…….. **30**
Gambar patoflowdiagram…… **24**

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pemeriksaan darah lengkap…… **47**
Tabel 3.2 Pemeriksaan Kimia Darah …….. **48**
Tabel 3.3 Pemeriksaan Kimia Darah …….. **49**
Tabel 3.4 Pemeriksaan Urin …….. **49**
Tabel Analisa Data……. **52**
Tabel Diagnosa……... **57**
Tabel Rencana keperawatan…… **58**
Tabel Implementasi……. **62**
Tabel Evaluasi…….. **78**

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL
LEMBAR PERSETUJUAN
LEMBAR PENGESAHAN
RIWAYAT HIDUP
KATA PENGANTAR…… **i**
DAFTAR GAMBAR…… **iii**
DAFRAT TABEL…… **iv**
DAFTAR ISI…… **v**
BAB I PENDAHULUAN…… **1**
A. Latar Belakang…… **1**
B. Tujuan Penulisan…… **2**
C. Manfaat Penulisan…… **3**
D. Metode Penulisan…… **4**
E. Sistematika Penulisan…… **5**

BAB II TINJAUAN TEORITIS…… **6**
A. Konsep Dasar Medik…… **6**
B. Konsep Dasar Keperawatan…… **15**
C. Patoflowdiagram…… **23**

BAB III PENGAMATAN KASUS..... **25**
A. Pengkajian…… **26**
B. Analisa Data…… **52**
C. Diagnosa Keperawatan…… **57**
D. Rencana Keperawatan…… **58**
E. Implementasi…… **62**
F. Evaluasi…… **78**
G. Daftar Obat…… **85**

BAB IV PEMBAHASAN KASUS…….. **99**
A. Pengkajian……. **99**
B. Diagnosa Keperawatan…… **101**
C. Perencanaan Keperawatan……. **102**
D. Pelaksanaan Keperawatan……. **103**
E. Evaluasi…….. **105**

BAB V SIMPULAN DAN SARAN…….. **106**
A. Simpulan……. **106**
B. Saran…….. **108**

DAFTAR PUSTAKA
DAFTAR LAMPIRAN

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pembangunan Kesehatan pada periode 2015-2019 adalah Program Indonesia Sehat dengan sasaran meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan. Hal ini diharapkan agar tercapainnya tujuan pelayanan prima seperti mempercepat penyembuhan, mengurangi angka kematian, dan kesakitan akibat penyakit seperti crohn desease dan lain-lain. (Depkes RI, 2015).

Penyakit Crohn Disease adalah penyakit yang masuk pada kelompok Penyakit Peradangan Usus atau *Inflammatory Bowel Diseases* (IBD). Saat ini, penyakit crohn disease diketahui sebagai suatu proses inflamasi kronis transmural yang melibatkan traktus gastrointestinal dari mulut sampai rektum. Penyakit saluran pencernaan kususnya kasus crohn disease merupakan penyakit yang telah menjadi masalah di Negara maju (Eropa dan amerika), dan memiliki kecendrungan meningkat setiap tahunnya. (Muttaqin, 2011).

Di Eropa diketahui insidensi kasus crohn disease ini sebesar 5,6 kasus per 10.000 orang per tahun dan hingga tahun 2016 diperkirakan telah mencapai 200.000 orang penderita. Penyebaran penyakit diduga telah terjadi di Asia karena tigginya migrasi manusia antar benua saat ini. Di Amerika Serikat prevalensi enteritis regional adalah sekitar 7 kasus per 100.000 penduduk. Insiden dan prevalensi enteritir regional (terutama kolon) tampaknya telah terus meningkat selama 5 dekade terakhir, terutama di bagian iklim utara.

Di Asia diperkirakan berkisar 0,5-4,2 per 100.000, dan tingkat kasus baru yang terendah muncul di Afrika Selatan 0,3-2,6 per 100.000 dan Amerika Latin 0-0,3 per 100.000 dan Australia mempunyai angka kejadian yang lebih rendah yaitu 2-6,3 per 100,000. (Muttaqin, 2011).

Di Indonesia prevalensi crohn desease masih lebih rendah dibandingkan dengan Negara-Negara Barat. Berdasarkan laporan dari Rumah Sakit (hospital based) melalui unit endoskopi pada beberapa Rumah Sakit di Jakarta dilaporkan 1,4-5,2% mengalami crohn's disease dari total pemeriksaan kolonoskopi. (Simadibrata dkk, 2014).

Menurut data medical record (MRO) Rumah Sakit Stella Maris Makassar didapatkan jumlah pasien Crohn Disease yang rawat inap tahun 2016 dari umur 5-14 tahun yaitu 1 orang dan dari umur 25-44 tahun yaitu 1 orang. Dari jumlah penderita crohn disease tersebut hanya di detemukan pada laki-laki yaitu berjumlah 2 orang. Dan pasien rawat inap tahun 2017 dari umur 15-24 tahun yaitu 1 orang. Dari jumlah penderita Crohn Disease tersebut hanya ditemukan pada perempuan yaitu berjumlah 1 orang.

Sehubungan dengan hal tersebut diatas maka peran perawat kesehatan secara umum ditujukan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan di Indonesia yang dapat dilakukan melalui upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative. Upaya-upaya tersebut dapat dilakukan melalui peningkatan gizi masyarakat, imunisasi,pemeliharaan kesehatan, lingkungan,pengobatan secara tuntas dan melakukan rehabilitasi.

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis tertarik menyusun asuhan keperawatan melalui proses keperawatan dengan judul Asuhan Keperawatan pada pasien dengan dengan Crohn Disease di Ruang Bernadeth III.A Rumah Sakit Stella Maris makassar.

A. Tujuan Penulisan

Tujuan penulisan yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini adalah :

1. Tujuan Umum

   Menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Crohn Disease* di ruang St.Bernadeth III.A Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

2. Tujuan Khusus
   a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan *Crohn Disease* di ruang perawatan St.Bernadeth III.A Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
   b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada pasien dengan *Crohn Disease* di ruang perawatan St.Bernadeth III.A Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
   c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan *Crohn Disease* di ruang perawatan St.Bernadeth III.A Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
   d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan *Crohn Disease* di ruang perawatan St.Bernadeth III.A Rumah Sakit Stella Maris Makassar
   e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan *Crohn Disease* di ruang perawatan St.Bernadeth III.A Rumah Sakit Stella Maris Makassar

B. Manfaat Penulisan

1. Bagi Rumah Sakit

   Memberi gambaran bagi tenaga kesehatan mengenai perjalanan penyakit dari *Crohn Disease* serta akibat yang ditimbulkan apabila tidak ditangani dengan segera.

2. Bagi Pendidikan

Dapat digunakan sebagai sumber bacaan bagi mahasiswa/I sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk memperoleh tambahan ilmu pengetahuan.

3. Bagi pasien

   Pasien dapat memperoleh asuhan keperawatan yang berkesinambungan, pengobatan yang efektif dan melakukan perubahan pola hidup sehat, sehingga dapat mencegah komplikasi atau berulangnya penyakit serta mendapatkan informasi mengenai penyebab gejala dan proses penanganan serta pengobatan pada pasien dengan *Crohn Disease.*

4. Bagi mahasiswa

   Mahasiswa dapat memperoleh pengetahuan dan keterampilan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Crohn Disease* serta dalam melakukan pendokumentasian dan penyusunan karya tulis ilmiah.

C. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah metode deskriptif dalam membentuk studi kasus yaitu :

1. Tinjauan kasus
   a. Data lebih banyak diperoleh dari referensi yang ada kaitannya dengan masalah yang diangkat penulis.
   b. Memperoleh data melalui internet
2. Tinjauan kasus

   Kasus ini merupakan pendekatan proses keperawatan yang komprehensif meliputi pengakajian data, Analisa data, penetapan diagnosa, perencanaan, dan evaluasi dari asuhan keperawatan yang diberikan. Data dapat diperoleh melalui beberapa cara yaitu :

   a. Wawancara

Dengan melakukan tanya jawab kepada pasien, keluarga, serta berbagai pihak yang mengetahui keadaan pasien.

b. Observasi

Dengan melakukan pengamatan langsung pada pasien dengan mengikuti tindakan dalam proses pelaksanaan asuhan keperawatan.

c. Pemeriksaan Fisik

Dengan melakukan pemeriksaan langsung dengan pasien mulai dari kepala sampai kaki melalui *inspeksi, palpasi*, dan *auskultasi.*

d. Dokumentasi

Catatan yang berhubungan dengan pasien seperti pemeriksaan diagnostik, rekam medis dan catatan perkembangan pasien.

e. Data *Medical record* Rumah Sakit

Data yang dipakai adalah jumlah penderita *Crohn Disease* di Rumah Sakit stella maris makassar dalam satu tahun terakhir ini.

D. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan laporan studi kasus ini tersusun dari Bab I sampai dengan Bab V. Dimana Bab I terdiri dari pendahuluan yang menguraikan tentang latar belakang masalah, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan. Bab II terdiri dari tinjauan teoritis, bab ini menguraikan tentang teori yang merupakan dasar dari asuhan keperawatan yaitu konsep dasar medis yang meliputi pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, tes diagnostik, penatalaksanaan medik, dan komplikasi. Sedangkan konsep asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaa keperawatan,discharge planning dan patoflowdiagram.

Bab III terdiri dari tinjauan kasus yang menguraikan tentang pengkajian, Analisa data, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi serta daftar obat pasien. Bab IV terdiri dari pembahasan kasus yang berisi tentang kesenjangan antara teori dan fakta dari kasus kasus kelolaan yang ditemukan di lapangan, dan Bab V yaitu simpulan dan saran.

BAB II
TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medik

1. Pengertian

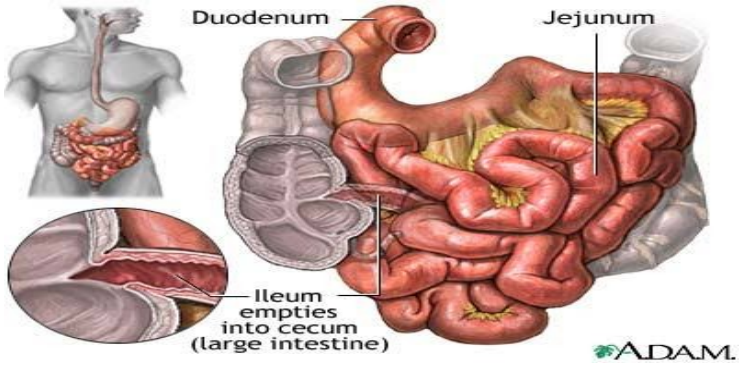
Crohn disease atau enteritis regional adalah inflamasi subakut dan kronis pada dinding saluran Gastrointestinal (GI) yang meluas kesemua lapisan. Penyakit crohn disease biasanya pertama kali didiagnosis pada remaja atau dewasa muda, tetapi dapat dijumpai di setiap kelompok usia (Brunner,2014).

Penyakit Crohn disease atau lebih dikenal dengan enteritis regional adalah suatu penyakit idiopatik dan kronis dengan proses peradangan pada intestinal yang sering menyebabkan fibrosis dan gejala obstruktif, yang dapat mempengaruhi bagian mana dari saluran gastrointestinal dari mulut sampai ke anus (Porth & matfin, 2009).

Berdasarkan pembahasan diatas maka penulis dapat menyimpulkan bahwa penyakit Crohn disease atau enteritis regioal adalah salah satu penyakit inflamasi kronis dan subakut yang menyerang seluruh bagian saluran gastrointestinal (GI), mulai dari mulut sampai lesi pada anus pada system pencernaan.

2. Anatomi Fisiologi

1) Anatomi usus halus



Gambar 2.1 Anatomi usus halus

Sumber: detikbiologi.blogspot.com

2) Fisiologi usus halus.

Menurut Arif muttaqin & Kumala sari (2010), usus halus berjalan dari pylorus lambung ke sekum dan dapat dibagi menjadi menjadi tiga bagian yaitu : duodenum, jejunum, dan ileum. Panjang usus halus dipekrirakan 3,65-6,7 m (Guyton, 1996). Menurut black (1995), duodenum mempunyai Panjang sekitar 25 cm dan berhubungan dengan lambung. Jejunum mempunyai Panjang sekitar 2,5 m, dimana proses digesti kimia dan absorpsi nutrisi terjadi di dalam jejunum. Sedangkan ileum mempunyai Panjang sekitar 3,5 m. bagian ujung ileum memiliki katup ileosecal yang mengontrol aliran material dari ileum ke usus besar. Terdapat perbedaan pada setiap lapisan usus halus. Lapisan paling dalam adalah mukosa, berisi sel-sel yang bersifat sekretif. Submukosa terdiri atas jaringan ikat, sedangkan muskularis mengandung otot longitudinal dan sirkular. Lapisan ini mempermudah pergerakan makanan dan zat sisa melalui saluran pencernaan. sekitar 90% absorpsi nutrisi terjadi di usus halus (simon, 2003).

Fungsi usus halus meliputi transportasi dan pencernaan makanan, serta absorpsi cairan, elektrolit, dan unsur makanan. Setiap hari beberapa liter cairan dan puluhan gram makanan yang terdiri atas karbohidrat, lemak, dan protein akan melewati usus halus, lalu setelah dicerna akan masuk ke dalam aliran darah. Proses ini sangat efisien karena hampir seluruh makanan diserap, kecuali bila terlindung oleh selulosa yang tidak dapat dicerna. Hal ini menjadi besar diet berserat tinggi yang memberi volume ke feses sehingga proses di saluran cerna berlangsung lebih cepat. Hampir semua bahan makanan diabsorpsi dalam jejenum, kecuali vitamin B_{12} dan asam empedu yang diserap dalam ileum terminal (lewis, 2000).

Pasokan darah usus halus berasal dari arteri mesenterika superior dan cabang-cabangnya. Drainase vena berlangsung melalui vena mesenterika superior ke sirkulasiportal. Usus halus mengeluarkan mucus dan hormone pencernaan untuk membantu pecernaan. Usus halus juga mempermudah penyerapan air, natrium, klorida, kalsium, besi, karbohidrat, protein, dan lemak. Lapisan otot pada usus halus ikut berperan menentukan pergerakan usus melalui kontraksi segmental (Guyton, 1996).

3. Etiologi

Selain Menurut Brunner & Suddarth (2013), Penyakit Crohn Disease penyebab pastinya tidak diketahui. Beberapa Penelitian memusatkan perhatian pada tiga kemungkinan penyebabnya yaitu :

a) Infeksi
b) Makanan
c) Kelainan fungsi sitem pertahanan tubuh

ketiga faktor kemungkinan penyebab penyakit crohn disease diatas, disebutkan pula bahwa ada kemungkinan keterlibatan faktor genetik walaupun tidak ditemukan adanya autoantibodi, enteritis regional diduga merupakan reaksi hipersensitivitas atau mungkin disebabkan oleh agen infeksi yang belum diketahui. Teori-teori ini dikemukakan karena adanya lesi-lesi granulomatosa yang mirip dengan lesi-lesi yang ditemukan pada jamur dan tuberculosis paru. Terdapat beberapa persamaan antara enteritis regional dan colitis elsuratif. Keduannya adalah penyakit radang, walaupun lesinya berbeda. Kedua penyakit ini mempunyai manifestasi di luar saluran cerna yaitu uveitis, artritis, dan lesi-lesi kulit yang identik.

Menurut muttaqin dan Kumala (2011), mengatakan bahwa pada beberapa penelitian terdapat hubungan genetik pada enteritis regional. Sebagian besar gen yang dianggap terlibat dalam perkembangan penyakit ini berperan dalam imunitas mukosa dan ditemukan pada epitel mukosa penghalang. Beberapa gen memberikan kontribusi untuk fenotip yang kompleks, namun dalam mutase gen NOD2 telah ditunjukkan seperti penggunaan tembakau tampaknya memiliki efek pada enteritis regional. Perokok aktif dan perokok pasif mempunyai risiko rendah untuk pengembangan enteritis dan berbanding terbalik dengan terjadinya risiko colitis ulseratif.Kemungkinan infeksi seperti *Mycobacterium paratuberculosis*, *pseudemonas,* dan *Listeria* mempunyai keterlibatan dalam pathogenesis crohn disease atau enteritis regional. Hal ini menunjukkan bahwa radang dengan penyakit menghasilkan kondisi disfungsi terhadap sumber infeksi.

4. Patofisiologi

Secara khas, penyakit crohn disease diawali dengan inflamasi kecil *lesi aftoid* (ulkus dangkal dengan dasar berwarna putih dan batasan yang meninggi, serupa dengan tukak kanker) pada mukosa dan submukosa usus. Lesi awal ini dapat mengalami regresi, atau proses inflamasi dapat berkembang melibatkan semua lapisan dinding usus. Terbentuklah ulserasi yang lebih dalam, lesi granulomatosa, dan fisura (celah seperti pisau yang meluas hingga kedalam dinding usus). Proses inflamasi melibatkan seluruh dinding usus (transmural). Lumen pada usus yang terjangkit penyakit yang memiliki ”tampilan seperti batu kerikil” dianggap sebagai fisura dan ulkus yang mengelilingi pulau mukosa utuh di atas submukosa edematosa. Lesi inflamasi penyakit crohn disease tidak berlangsung secara kontinu. Tetapi lebih sering terjadi sebagai lesi “lompat” dengan area yang terkena pada usus terlihat normal. Beberapa bukti menunjukkan bahwa di balik tampilan nomalnya, seluruh usus terjangkiti penyakit ini.

Seiring dengan kemajuan penyakit, perubahan fibrotik pada dinding usus menyebabkannya menebal dan kehilangan fleksibilitasnya, menyebabkan tampilannya serupa dengan slang air. Inflamasi, edema, dan fibrosis dan pembentukan fistula di antara simpai usus atau antara usus dan organ lain. Fistula di antara simpai usus dikenal sebagai fistula enteroenterik. Fistula yang muncul di antara usus dan kandung kemih dikenal sebagai fistula enterovesikal, dan fistula yang muncul diantara usus dan kulit dikenal sebagai fistula enterokutaneus. Fistula perineal relatife biasa terjadi, berasal dari dalam ileum.

Bergantung pada keparahan dan penyebaran penyakit, malabsorpsi dan malnutrisi dapat terjadi saat ulkus mencegah absorbs nutrien. Ketika jejunum dan ileum terkena, absorpsi berbagai nutrien dapat terganggu, termasuk karbohidrat, protein, lemak, vitamin, dan folat. Penyakit pada ileum terminal dapat menyebabkan malabsorpsi vitamin B_{12} dan reabsorpsi garam empedu. Ulserasi juga dapat menyebabkan kehilangan protein, kehilangan darah secara perlahan dan kronik yang disertai anemia konsekuen.

5. Manifestasi Klinis

Gejala klinis yang paling sering terjadi dan timbul adalah sebagai berikut :

1) Nyeri abdomen.
2) Diare persisten. Feses berbentuk cair atau semipadat dan biasanya tidak mengandung darah.
3) Jaringan parut dan pembentukan granuloma mempengaruhi kemampuan usus untuk mentranspor produk dari pencernaan usus atau melalui lumen terkontriksi mengakibatkan nyeri abdomen seperti kram, karena peristaltik usus di rangsang oleh makanan dan nyeri terjadi setelah makan. Untuk menghindari nyeri, pasien cenderung untuk membatasi masukan makanan, mengurangi jumlah dan jenis makanan sehingga kebutuhan nutrisi normal tidak terpenuhi.
4) Penurunan berat badan, malnutrisi, anemia sekunder. Akibatnya individu menjadi kurus karena masukan makanan tidak adekuat dan cairan hilang secara terus-menerus.
5) Usus yang terinflamasi dapat mengalami perforasi dan membentuk abses anal dan inta abdomen. Terjadi demam dan leukositosis, abses, fistula, dan fisura umum terjadi.

zPerjalanan klinis dan gejala bervariasi. Pada beberapa pasien terjadi periode remisi dan eksaserbasi, sementara yang lain mengikuti beratnya penyebab.

6) Gejala meluas ke saluran gastrointestinal.

6. Tes Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik terdiri atas :

1) Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yaitu kadar hemoglobin, hematokrit, kadar besi serum untuk menilai kehilangan darah dalam usus, laju endap darah untuk menilai aktivitas inflamasi serta kadar albumin serum untuk status nutrisi, sera C-reactive protein (CRP) yang dapat dipakai juga sebagai parameter aktivitas penyakit.

2) Pemeriksaan radiologi

Barium kontas ganda dapat memperlihatkan striktur, fistula, mukosa yang iregular, gambaran ulkus dan polip, ataupun perubahan distenbilitas lumen kolon berupa penebalan dinding usus.

3) Pemeriksaan colonoscopy

Pemeriksaan colonoscopy dapat membantu ketika barium enema satu kontras belum informatif dalam mengevaluasi sebuah lesi kolon. Colonoscopy berguna dalam memperoleh jaringan biopsy, yang membantu dalam diferensiasi penyakit lain, dalam evaluasi lesi massa dan dalam pelaksanaan surveilans kanker.

4) Pemeriksaan *Magnetic resonance imaging (MRI)*

Pemeriksaan Magnetic resonance imaging (MRI) dapat membedakan peradangan aktif dari fibrosis dan dapat memebedakan antara inflamasi serta lesi fibrostenosis Crohn disease atau enteritis regional.

5) Pemeriksaan computed tomography scan (CT scan)

Pemeriksaan computed tomography scan (CT scan) membantu dalam penilaian di luar komplikasi seperti fistula dan abses, serta hepatobiliary dan komplikasi ginjal.

6) Pemeriksaan ultrasonography (USG)

Dapat membantu dalam membedakan kelainan tubo-ovarium. Namun, modalitas ini dapat juga mendeteksi pembesaran kelenjar getah bening, abses, stenoses, dan bahkan fistula.

7. Penatalaksanaan Medik

1. Penurunan respons diare
   a) Pemberian antidiare
   b) Pemberian rendah lemak
   c) Kram perut dapat dikurangi dengan propantheline, dicyclomine atau hyoscyamine
   d) Antimikroba
   e) Antiinflamasi

      Antibiotik; banyak antibiotik yang telah dicoba pada Penyakit Crohn disease dengan bukti objektif yang cukup untuk menunjang penggunaannya sebagai obat primer pada penyakit aktif bila tidak terapat komplikasi supuratif. Metronidazole (20mg/kg) telah dilaporkan cukup bermanfaat pada penyakit peri-anal
2. Terapi steroid

   Terapi steroid diindikasikan pada pasien dengan gejala sistemik yang parah (misalnya, demam, mual, penurunan, berat badan) dan dalam kondisi mereka yang tidak merespons agen anti-inflamasi.
3. Terapi bedah

   Dalam penyakit crohn disease atau enteritis regioanal untuk mengontrol dan mengobati gejala komplikasi.

4. Diet

   Pasien dengan crohn disease atau enteritis regional usus kecil sering memiliki intoleransi laktosa sehingga perlu menghindari produk susu. Makanan yang dikonsumsi untuk diet pada penderita Penyakit crohn disease sebaiknya lunak, tidak merangsang, tinggi serat dan rendah lemak. Tetapi bila ada steatorea atau striktur, diet harus rendah lemak dan rendah serat. Namun, suplemen kalsium mungkin diperlukan. Terapi diet diperlukan untuk merangsang remisi pada crohn disease atau enteritis regional akut, konsumsi minimal 1.200 kkal/hari dikaitkan dengan tingkat lebih rendah tetapi pasien kondisi sering kambuh, setelah memulai diet nor mal.

8. Komplikasi

Komplikasi tertentu dari penyakit Crohn disease atau enteritis regional (misalnya; obstruksi, abses, dan fistula usus) sering terjadi hingga dianggap sebagai bagian dari proses penyakit. Bagi sebagian besar pasien, munculnya penyakit diawali dengan salah satu dari komplikasi tersebut. Obstruksi usus adalah komplikasi umum yang disebabkan oleh inflamasi dan parut berulang pada usus yang menyebabkan fibrosis dan striktur. Obstruksi lumen usus menyebabkan distensi abdomen, nyeri kram dan borboringi. Mual dan muntah dapat terjadi.

Fistula dapat bersifat asimtomatik, terutama jika muncul di antara simpai usus halus. Ketika fistulisasi menyebabkan abses, menggigil, dan demam, maka akan muncul massa abdomen lunak dan leukositosis. Fistula di antara usus halus dan kolon dapat memperburuk diare, menurunkan berat badan dan menyebabkan malnutrisi. Katika kandung kemih terlibat, infeksi saluran kemih berulang akan terjadi.

Perforasi usus jarang terjadi, tetapi dapat berkembang menjadi peritonitis generalisata. hemoragi massif merupakan komplikasi penyakit crohn disease yang jarang terjadi juga. penyakit crohn disease yang berlangsung lama dapat meningkatkan risiko kanker usus halus atau kolon sebesar lima hingga enam kali lipat. Namun, risiko kanker ini secara signifikan lebih rendah dibanding risiko terkait colitis ulsuratif.

A. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian yang sistematis meliputi pengumpulan data, Analisa data, dan penentuan masalah. Pengumpulan data diperoleh dengan cara intervensi, observasi, dan pemeriksaan fisik. Sementara pangkajian data menurut (Cyndi Smith Greenberg,1992), adalah sebagai berikut :

a. Identitas pasien, meliputi nama lengkap, tempat tinggal, umur, asal sukku, bangsa, dan pekerjaan orang tua.
b. Riwayat keperawatan
c. Awalan serangan, misalnya awalnya timbulnya nyeri, suhu tubuh meningkat, anoreksia, dan kemudian gelisa.
d. Keluhan utama: mual muntah

1) Pengkajian subjektif

- Riwayat kesehatan

  Riwayat kesehatan diambil untuk mengidentifikasi awitan, durasi, dan karakteristik nyeri abdomen; diare, tenesmus, mual, anoreksia, penurunan BB.
- Riwayat keluarga tentang penyakit usus inflamasi
- Pola diet

  Jumlah Alkohol, kafein, dan nikotin yang dipakai setiap hari atau setiap minggu.
- Pola eliminasi

karakter, frekuensi, dan adanya darah, pus, lemak, atau mukus.

- Alergi
  intoleransi usus atau laktose.
- Kaji gangguan pola tidur bila diare atau nyeri terjadi pada malam hari.

2) Pengkajian obektif

- Auskultasi abdomen terhadap bising usus dan karakteristiknya.
- Palpasi abdomen terhadap distensi, nyeri tekan, atau nyeri.
- Inspeksi kulit terhadap adanya saluran fistula atau gejala dehidrasi.
- Feses di inspeksi terhadap adanya darah dan mucus.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang sering diangkat pada penderita chron disease adalah :

a. Nyeri akut berhubungan agen cedera biologis
b. Risiko kekurangan volume cairan tubuh berhubungan dengan kehilangan volume cairan aktif
c. Hipertermia berhungan dengan penyakit
d. ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan
e. Kurang pengetahuan berhungan dengan kurang informasi

3. Perencanaan Keperawatan

a. Nyeri akut berhubungan agen cedera biologis

Hasil yang diharapkan :

secara subjektif pernyataan nyeri berkurang atau teradaptasi. Skala nyeri 0-1 (0-4), tanda-tanda vital dalam batas normal, wajah pasien rileks.

1) Ajarkan Teknik relaksasi pernapasan dalam pada saat nyeri muncul

   R/ : meningkatkan intake oksigen sehingga akan menurunkan nyeri sekunder dariiskemia spina

2) Ajarkan Teknik distraksi pada saat nyeri

   R/ : distraksi (pengalihan perhatian) dapat menurunkan stimulus internal

3) Lakukan manajemen sentuhan

   R/ : manajemen sentuhan pada saat nyeri berupa sentuhan dukungan psikologis dapat membantu menurunkan nyeri

4) Kolaborasi dengan tim medis untuk pemberian :

   - Analgesik via intravena

   R/ : analgesik diberikan untuk membantu menghambat stimulus nyeri kepusat persepsi nyeri di korteks serebri sehingga nyeri dapat berkurang

   - Antidiare

   R/ : penurunan respons diare dapat menurunkan stimulus nyeri

b. Risiko kekurangan volume cairan tubuh berhubungan dengan kehilangan volume cairan aktif

   Hasil yang diharapkan:

   Mempertahankan volume caoran adekuat dibuktikan oleh membrane mukosa lembab, turgor kulit baik, tanda-tanda vital stabil, keseimbangan input dan output.

   1) Kaji tanda-tanda dehidrasi (turgor kulit kering, mata dan ubun-ubun cekung)

R/ : mengetahui pasien dalam derajat dehidrasi ringan, sedang, atau berat sehingga dapat mengambil tindakan yang sesuai.

2) Observasi tanda-tanda vital (nadi, suhu, tekanan darah, pernafasan)

   R/ : takikardia, demam dapat menunjukkan respon terhadap efek kehilangan cairan

3) Awasi masukan dalam haluaran, karakteristik dan jumlah feses, catat / ukur kehilangan melalui diare dan muntah

   R/ : memberikan informasi tentang keseimbangan cairan, fungsi ginjal dan merupakan pedoman untuk penggantian cairan.

4) Monitor intake dan output

   R/ : mengetahui keseimbangan cairan dalam tubuh dan output

5) Anjurkan orang tua memberi minum sedikit tapi sering

   R/ : dengan minum sedikit tapi sering dapat memenuhi cairan dan mencegah terjadinya dehidrasi berat.

6) Timbang berat badan anak tiap hari

   R/ : indkikator cairan dan status dehidrasi

7) Kolaborasi dengan dokter untukpemberian cairan parenteral dan obat-obatan.

   R/ : mempercepat proses penyembuhan dan mempertahankan keseimbangan cairan tubuh.

c. Hipertermia berhungan dengan penyakit

   Hasil yang diharapkan :

   Menunjukkan suhu tubuh kembali dalam batas normal.

1) Kaji tingkat hipertermia

   R/ : suhu meningkat 38-40 ºC merupakan proses penyakit infeksius akut. Peningkatan suhu yang terjadi dapat membantu dalam diagnosis.

2) Observasi tanda-tanda vital (suhu, nadi, pernafasan)

R/ : mengetahuikeadaan umum

3) Beri kompres air hangat bila timbul demam.

R/ : kompres hangat menyebabkan vasodilitasi sehingga terjadi perpindahan panas secara evoporasi.

4) Anjurkan pada orang tua untuk mengenakan pakaian tipis menyerap keringat.

R/ : pakaian yang tipis dapat membantu dalam penyerapan keringat dan memberi rasa nyaman

5) Pertahankan cairan parenteral.

R/ : pemberian cairan perenteral sangat efektif untuk memenuhi kebutuhan cairan tubuh dan mengganti cairan tubuh yang hilang akibat demam.

6) Anjurkan orang tua untuk memberikan minum 950-1100ml/hari.

R/ : peningkatan suhu tubuh mengakibatkan penguapan tubuh sehingga diimbangi dengan asupan cairan yang cukup.

7) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian antibiotic dan antipiuretik.

R/ : mempercepat proses penyembuhan dan membantu penurunan demam.

d. ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan

Hasil yang diharapkan:

Menunjukkan berat badan stabil atau peningkatan BB sesuai dan sasaran dan tidak terdapat tanda-tanda malnutrisi.

1) Kaji keluhan diare, mual, muntah dan anoreksia.

R/ : dapat mengidentifikasi kekurangan/kebutuhan untuk membantu intervensi yang diperlukan oleh pasien.

2) Timbang berat badan setiap hari.

R/ : mengawasi penurunan berat badan atau efektifitas intervensi nutrisi.

3) Kaji pola makan pasien (frekuensi, porsi makan yang dihabiskan)

   R/ : adanya perubahan pola makan seperti nafsu makan menurun dapat memperburuk status nutrisi klien kerena intake kurang.

4) Beri makanan dalam porsi kecil tapi frekuensi sering sesuai yang dapat ditoleransi oleh pasien.

   R/ : makan dalam porsi sedikit tapi sering dapat membantu mengurangi distensi lambung.

5) Berikan perawatan oral, perhatikan kebersihan mulut sebelum dan sesudah makan.

   R/ : meningkatkan nafsu makan dan pemasukan oral, menurunkan pertumbuhan bakteri dan meminimalkan kemungkinan infekai.

6) Anjurkan untuk memberi makanan dalam keadaan hangat.

   R/ : makanan yang hangat dapat meningkatkan nafsu makan.

7) Kolaborasi dengan ahli gizi dalam perencanaan diet dengan nutrisi adekuat untuk kebutuhan metabolik dan diet.

e. Kurang pengetahuan berhungan dengan kurang informasi

   Hasil yang diharapkan:

   Keluarga atau orang tua dapat memahami proses penyakit, pengobatan dan mampu memberikan perawatan mandiri.

   1) Kaji pengetahuan keluarga

      R/ : untuk mengetahui tingkat pemahaman keluarga tentang penyakit yang diderita

2) Berikan Pendidikan kesehatan tentang penyakit khususnya gambaran tentang penyakit, penyebab penyakit, tanda dan gejala, penatalaksanaan, dan pencegahan.

   R/ : untuk menanbahkan pengetahuan keluarga dan pengalaman tentang penyakit.

3) Jelaskan tentang pembatasan diet, yaitu makanan tinggi serat dan lemak (buah segar), makanan tinggi lemak (susu)

   R/ : agar orang tua pasien mengerti bahwa makanan tinggi serat dan lemak dapat menyebabkan diare.

4) Jelaskan tentang obat yang diberikan: tujian, frekuensi, kemungkinan efek yang ditimbulkan.

   R/ : meningkatkan pemahaman dan kerjasama dalam program.

5) Libatkan orang tua dalam pengambilan keputusan dan rencana tindakan.

   R/ : kerjasama sangat penting dalam pencapaian keberhasilan suatu prosedur/tindakan.

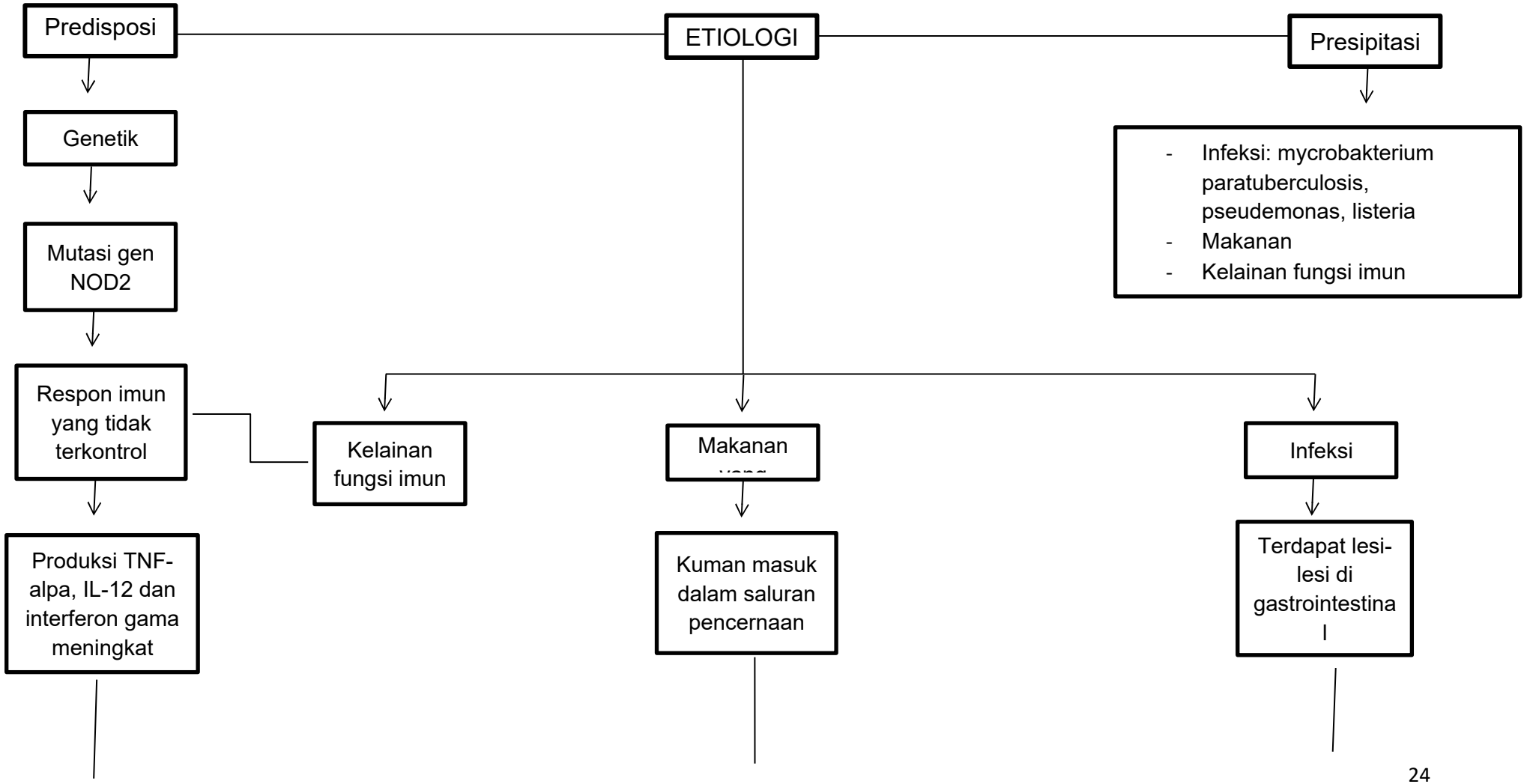
4. Discharge planning.

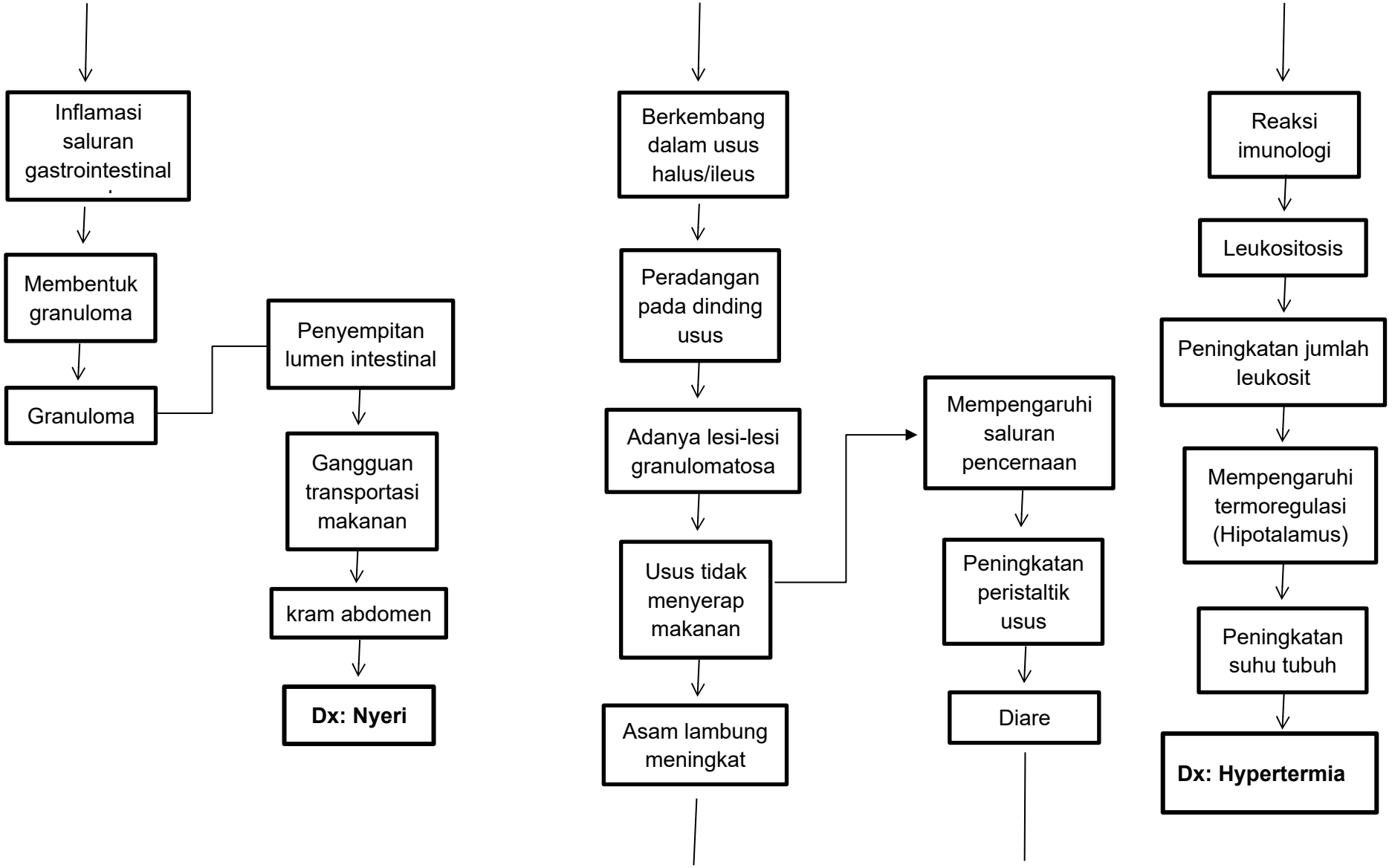
Menurut suliadi & rita yuliani (2011) menjelaskan tentang perencanaan pulang sebagai berikut :

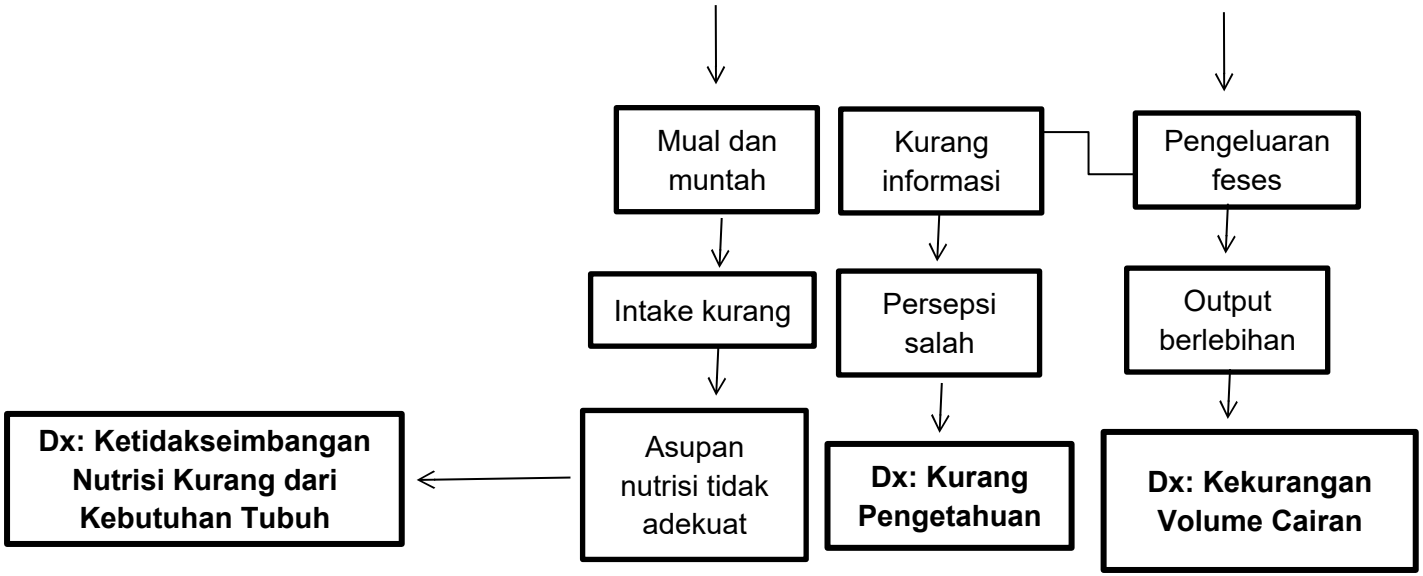
a. Jelaskan kepada keluarga/pasien tentang hal-hal yang dapat menyebabkan chron disease. Ajarkan kepada keluarga pasien untuk mengenal komplikasi dari chron disease.
b. Ajarkan kepada keluarga pasien untuk mencegah penyakit diare dan penularan
c. Ajarkan kepada keluarga tentang standar pencegahan
d. Beritahu keluarga tentang tanda-tanda komplikasi dan akibat yang akan ditimbulkan bila tidak segera diatasi.

e. Beritahu keluarga tentang tanda-tanda dehidrasi misalnya ubun-ubun dan mata cekung, turgor kulit tidak elastis, membrane mukosa kering, bibir pecah-pecah.
f. Ajarkan kepada keluarga untuk memberi obat pada waktu yang sama dan teratur sesuai dengan jam yang telah ditentukan. Jelaskan efek samping dan kegunaan obat.

C. PATOFLOWDIAGRAM




Inflamasi saluran gastrointestinal
Membentuk granuloma
Granuloma
Penyempitan lumen intestinal
Gangguan transportasi makanan
kram abdomen
Dx: Nyeri
Berkembang dalam usus halus/ileus
Peradangan pada dinding usus
Adanya lesi-lesi granulomatosa
Usus tidak menyerap makanan
Asam lambung meningkat
Mempengaruhi saluran pencernaan
Peningkatan peristaltik usus
Diare
Reaksi imunologi
Leukositosis
Peningkatan jumlah leukosit
Mempengaruhi termoregulasi (Hipotalamus)
Peningkatan suhu tubuh
Dx: Hypertermia


Mual dan muntah
Kurang informasi
Pengeluaran feses
Intake kurang
Persepsi salah
Output berlebihan
Asupan nutrisi tidak adekuat
Dx: Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh
Dx: Kurang Pengetahuan
Dx: Kekurangan Volume Cairan

BAB III

PENGAMATAN KASUS

Pasien bernama Tn “B” berusia 17 tahun dengan jenis kelamin laki-laki. Masuk Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 04 April 2018, dengan keluhan yaitu ± sejak 2 hari yang lalu pasien mengalami muntah 3-4 x disertai sakit perut dan BAB encer ± 2-4 x dan berwarna kecoklatan, tidak berlendir dan tidak berdarah. Pada saat pengkajian tanggal 05 April 2018, data yang didapat yaitu keadaan umum lemah, dan BAB encer ± 2x.Tampak muntah konsistensi cair berwarna bening dan tidak berampas. Pasien mengatakan saat tidur merasakan nyeri pada perut seperti tertusuk-tusuk. Nyeri yang dirasakan ± 30 menit dan dirasakan secara terus-menerus, skala nyeri 8. Badan teraba hangat, berkeringat, pusing, muntah ± 2-3x. Tanda vital: TD: 100/70 mmHg, frekuensi nadi: 88 x/menit, suhu: 38,7 ºC, frekuensi pernapasan: 20 x/menit, peristaltik usus: 38 x/menit. Pengukuran lingkar lengan atas: 15 cm, TB: 158 cm, BB: 30 kg. Therapi yang didapat: Neurosambe 1amp/hari (drips), Zink tablet 20 mg 1x1/ oral, Bcom 3x2/oral, Budenofalk 3x1/1x3/oral, Aminoshid + cernivit 1 botol / 12 jam / iv (diberikan jika mual) dan cairan RL 500cc dengan 20 tetes/menit. Hasil pemeriksaan Lab: WBC: 13.0 10^3/uL RBC : 4,6 10^6/uL , HGB: 10,2 g/dL , HCT: 30,40 % , PLT: 542 10^3/uL , MCV : 68,5 fL , MCH: 22,3 pg ,RDW-CV : 15,3 % , NEUT % : 75,110 ^3/uL , NEUT # : 7,110^3/Ul.

Dari data diatas, penulis mengangkat tiga diagnosa keperawatan yaitu: nyeri akut b.d agen cedera biologis, hipertermia b.d penyakit, ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurang asupan makanan.

KAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji : Aveliana Fredericha Basso
Nim : E1514401009

Unit : St. Bernadeth IIIA Autoanamnese: √

Kamar : 357[2] Alloanamnese : √

Tanggal masuk RS : 04 April 2018

Tanggal pengkajian : 05 April 2018

A. IDENTIFIKASI PASIEN

Nama initial	: Tn. B
Umur	: 17 Tahun
Jenis kelamin	: Laki-laki
Status perkawinan	: Belum kawin
Jumlah anak	: Tidak ada
Agama/ suku	: Budha/ cina
Warga negara	: Indonesia
Bahasa yang digunakan	: Indonesia
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Belum bekerja
alamat	: Jl. Banda No.35

B. PENANGGGUNG JAWAB

Nama	: Ny. K
Umur	: 39 Tahun
Alamat	: Jl. Banda No.35
Hubungan dengan pasien	: Ibu

I. DATA MEDIK

Diagnosa medik

Saat masuk : Colitis

Saat pengkajian : Crohn Disease

II. KEADAAN UMUM

A. KEADAAN SAKIT

Pasien tampak sakit sedang

Alasan : pasien berbaring di tempat tidur dan tidur terlentang. terpasang infus RL 400cc dengan 20 tetes/menit ditangan sebelah kanan. Pasien tampak kurus dan lemas di tempat tidur. Saat ini pasien dalam keadaan sadar penuh dan badan teraba hangat.

B. TANDA-TANDA VITAL

1. Kesadaran (kualitatif) : Compos mentis

Skala koma Glasgow (kuantitatif)

a) Respon motorik : 6

b) Respon bicara : 5

c) Respon membuka mata : 4

Jumlah : 15

Kesimpulan : pasien tidak koma

2. Tekanan darah : 100/70 mmHg

MAP : 80

Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai

3. Suhu : 38,7 ºC di

4. Pernapasan : 20 x/menit

Irama : [√] Teratur [ ] Bradipnea [ ] Takipnea

[ ] Kusmaul [ ] Cheynes-stokes

Jenis : [√] Dada [ ] Perut

5. Nadi : 88 x/menit

Irama : [√] Teratur [ ] Bradikardi [ ] Takikardi

[√] Kuat [ ] Takikardi

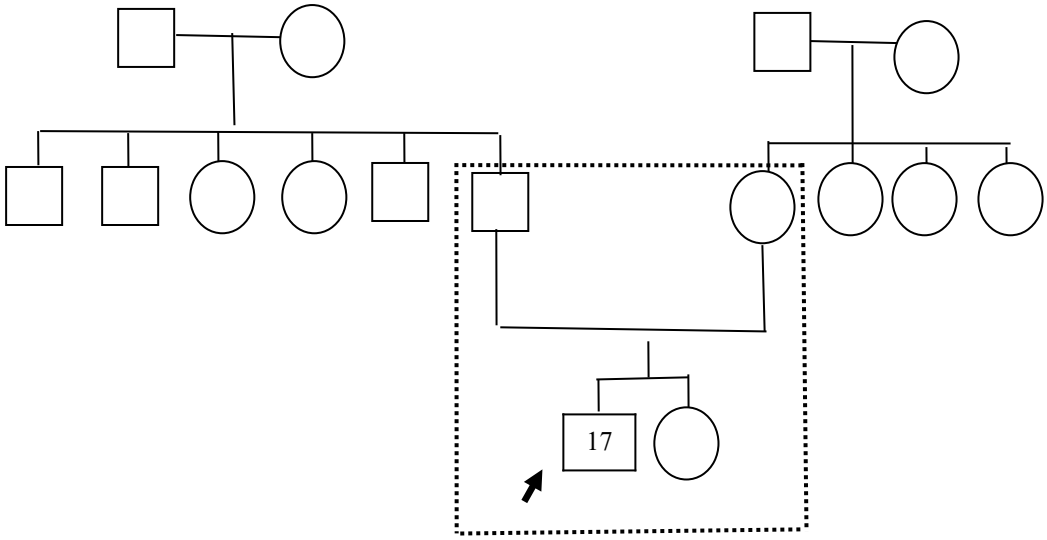
C. PENGUKURAN

1. Lingkar lengan atas : 15 cm
2. Tinggi badan : 158 cm

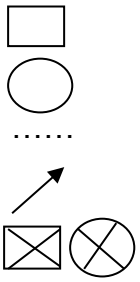
3. Berat badan : 30 kg
4. IMT (Indeks Massa Tubuh) : 12,01

   Kesimpulan : Berat badan kurang

D. GENOGRAM



Keterangan :



: Laki-laki

: Perempuan

…… : tinggal serumah

: Pasien

: Meninggal

III. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN

A. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

1. Keadaan sebelum sakit :

   Pasien mengatakan bahwa kesehatan itu penting dan perlu dijaga. Pasien mengatakan ia istirahat yang cukup teratur. Pasien mengatakan ia suka dengan makanan yang instan. Pasien mengatakan ia suka makan nasi goreng, bakso, gorengan, mie instan. Pasien juga mengatakan ia jarang untuk mencuci tangan sebelum makan. Apabila sakit pasien

langsung dibawa ke Rumah Sakit terdekat untuk berobat.

2. Riwayat penyakit saat ini :

   a) Keluhan utama

      Mual muntah

   b) Riwayat keluhan utama :

      Pasien mengatakan ± 2 hari yang lalu pasien mengalami muntah 3-4 x disertai sakit perut dan BAB encer. Pasien mengatakan BAB encer ± 2-4 x dan berwarna kecoklatan, tidak berlendir dan tidak berdarah. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berada pada skala 7 (berat). Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan ± 30 menit dan dirasakan secara terus-menerus. Keluarga mengatakan ± 4 bulan terakhir tepatnya pada bulan maret pasien sudah merasakan sakit perut dan merasakan demam. Pasien juga mengatakan ± 3 hari demam di Rumah (39 ºc). Pasien mengatakan minum obat sakit perut dan demam yang diresepkan dari dokter, namun saat pengkajian pasien lupa nama obat yang diminum. Saat pengkajian pasien mengatakan demamnya naik turun. Pasien mengatakan masih demam dengan (S:38,7ºC). Pasien mengatakan saat tidur merasakan nyeri pada perut. Pasien mengatakan masih muntah ± 2-3x dan BAB encer ± 2x. pasien mengatakan masih merasakan mual. Tampak pasien muntah 1x setelah minum air putih. Tampak pasien muntah konsistensi cair berwarna bening dan tidak berampas. Pasien mengatakan nyeri jika beraktivitas. Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk, nyeri dirasakan disemua bagian perut. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berada pada skala 8, nyeri yang dirasakan ± 30 menit dan dirasakan secara terus-menerus. Keluarga pasien mengatakan berdasarkan keluhan yang dirasakan

pasien dibawa ke Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

3. Riwayat penyakit yang pernah dialami

Keluarga mengatakan pasien nerasakan sakit perut semenjak 4 bulan terakhir. Keluarga mengatakan pasien pada bulan desember sudah mulai mengeluh sakit perut dan sekitar bulan maret pasien merasakan demam naik turun. Keluarga mengatakan penyakit yang pernah dialami yaitu penyakit types. Keluarga mengatakan pasien pernah dirawat di Rumah Sakit di Gorontalo selama 4 hari karena demam terus-memerus. Keluarga juga mengatakan pasien dirawat dan di diagnosa dengan *colitis* oleh dokter. Keluarga juga mengatakan karena pasien tidak sembuh, dan pengobatan yan dilakukan tidak berhasil keluarga memutuskan untuk keluar dan membawa pasien ke makassar untuk periksa dan berobat di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

4. Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga mengatakan tidak ada riwayat penyakit keturunan dalam keluarga dan tidak ada keluarga yang pernah mengalami sakit seperti pasien sekarang.

5. Pemeriksaan fisik

a) Kebersihan rambut : tampak bersih
b) Kuit kepala : tampak bersih
c) Kebersihan kulit : tampak bersih
d) Hygiene rongga mulut : tampak kotor
e) Kebersihan genetalia : tidak dikaji
f) Kebersihan anus : tidak dikaji

B. Pola nutrisi dan metabolik

1. Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien makan 3x

sehari. Pagi hari pasien kadang makan roti, minum-minuman jus, pepsi, dan teh kotak. Pasien mengatakan siang hari makan bakso, nasi goreng, mie instan. Pasien mengatakan malam hari ia makan nasi, sayur dan lauk seperti ikan, tempe, dan daging. Keluarga pasien mengatakan pasien jarang makan buah-buahan. Pasien mengatakan minum air putih ± 4-5 gelas atau (±800 cc).

2. Keadaan sejak sakit :

   Pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak ada nafsu makan. Pasien mengatakan makan ± 3 sendok dari makanan yang disediakan. Pasien mengatakan setelah makan pasien langsung mual dan muntah. Pasien mengatakan minum air putih ± 1-2 gelas atau (±400 cc).

   pasien mengatakan jika minum air putih pasien juga merasa mual dan muntah. Pasien mulai mengalami penurunan nafsu makan sejak bulan Desember. Pasien mengatakan berat badan menurun 15 kg dari 45 kg menjadi 30 kg semenjak 4 bulan terakhir.

3. Observasi

   Tampak pasien makan ± 4 sendok makan dan minum ± 2 gelas atau (±400 cc). pasien tampak kurus dan pasien mengkonsumsi makanan yang disediakan bagian gizi di Rumah Sakit.

4. Pemeriksaan fisik :

   a) Keadaan rambut : tampak bersih
   b) Hidrasi kulit : finger print kembali ≥3 detik
   c) Palpebra/conjugtiva : tidak tampak anemik
   d) Sclera : tidak tampak ikterik
   e) Hidung : tampak normal
   f) Rongga mulut : tampak bersih
   g) Gusi : tampak bersih

h) Gigi : tampak bersih

i) Gigi palsu : tidak ada

j) Kemampuan mengunyah keras : pasien mampu menguyah keras

k) Lidah : tampak bersih

l) Pharing : tampak bersih

m) Kelenjar getah bening : tidak teraba adanya pembesaran

n) Kelenjar karotis : tampak tidak ada pembesaran

o) Abdomen

- Inspeksi : tampak bentuk abdomen datar, tidak Ada benjolan dan tidak ada bayangan vena.
- Auskultasi : peristaltik usus 38 x/menit.
- Palpasi : terasa nyeri pada seluruh kuadran abdomen.
- Perkusi : terdengar bunyi tympani

p) Kulit

- Edema : [√] Positif [√] Negatif
- Icterik : [ ] Positif [√] Negatif
- Tanda-tanda radang : tidak ada

q) Lesi : tidak ada

C. Pola eliminasi

1. Keadaan sebelum sakit :

   Pasien mengatakan sebelum sakit BAB ± 2-3x sehari dengan konsistensi padat, berwarna kuning pucat. Pasien mengatakan BAK ± 5-6x sehari berwarna kuning keruh dan berbau amoniak.

2. Keadaan sejak sakit :

   Pasien mengatakan sejak sakit BAB ancer ± 3-4x sehari

dengan konsistensi cair dan berampas, tidak berlendir dan berwarna coklat. Pasien mengatakan BAB tidak ada darah dalam tinja. Pasien mengatakan sakit perut. Pasien mengatakan BAK ± 2-3x sehari atau (± 400cc) dan berbau amoniak.

3. Observasi :

Tampak pasien BAB encer dan mengeluh sakit perut.

4. Pemeriksaan fisik :

a) Peristaltik usus : 38 x/menit

b) Palpasi kandung kemi : ☐ Penuh ☑ Kosong

c) Nyeri ketuk ginjal : ☐ Positif ☑ Negatif

d) Mulut uretra : tidak dikaji

e) Anus

- Peradangan : tidak dikaji
- Hemoroid : tidak dikaji
- Fistula : tidak dikaji

D. Pola aktivitas dan latihan

1. Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien banyak beraktivitas. Pasien sering berolahraga, mengikuti les di sekolah dan membantu pekerjaan di Rumah. Diwaktu luang pasien biasanya mengerjakan tugas sekolah, bermain game, dan menonton Tv bersama keluarga di Rumah.

2. Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak melakukan aktivitas. Pasien mengatakan kadang hanya menonton Tv dan bermain game. Keluarga pasien mengatakan pasien biasanya mengeluh sakit perut dan ulu hati jika melakukan aktivitas lama. Keluarga pasien

mengatakan pasien hanya berbaring di tempat tidur.

3. Observasi :

Tampak pasien berbaring di tempat tidur.

a) Aktivitas harian :

- makan : 2
- mandi : 2
- pakaian : 2
- kerapihan : 2
- buang air besar : 0
- buang air kecil : 0
- mobilisasi di tempat tidur : 0

0 : mandiri
1 : bantuan dengan alat
2 : bantuan orang
3 :bantuan alat dan orang
4 : bantuan penuh

b) postur tubuh : kifosis

c) gaya jalan : tampak jalan bungkuk

d) anggota gerak yang cacat : tidak ada

e) fiksasi : tidak ada

f) tracheostomy : tidak ada

4. Pemeriksaan fisik :

a) Tekanan darah

Berbaring : 100/70 mmHg

Duduk : tidak dikaji

Berdiri : tidak dikaji

Kesimpulan : Hipotensi ortostatik : [ ] Positif [√] Negatif

a) HR : 88 x/menit

b) Kulit :

Keringat dingin : pasien tampak berkeringat dingin

Basah : tampak pasien berkeringat ditangan

c) JVP : 5 – 2 cmH_2O

Kesimpulan : perfusi ginjal memadai

d) Perfusi pembuluh kapiler kuku : kembali dalam waktu ± 4 detik

e) Thorax dan pernapasan :

- Inspeksi

  Bentuk thorax : simetris kiri dan kanan

  Retraksi intercostal : tidak tampak retraksi interkosta

  Sianosis : tidak tampak sianosis

  Stridor : tidak ada

- Palpasi :

  Vocal premitus : terdengar getaran dada kanan dan kiri sama-sama kuat

  Krepitasi : tidak ada

- Perkusi :

  [√] sonor [ ] redup [ ] pekak

  Lokasi : terdengar di kedua lapang paru

- Auskultasi

  Suara napas : vesikuler disemua lapang paru

  Suara ucapan : getaran paru sama kuat kiri dan Kanan

  Suara tambahan : tidak ada

f) Jantung

- Inspeksi :

  Ictus cordis : tidak tampak

- Palpasi :

  Ictus kordis : teraba pada ICS 5 mid clavicularis kiri

- Perkusi :

  Batas atas jantung :ICS 2 sinistra

  Batas bawah jantung :ICS 5 linea mid clavicularis sinnistra

  Batas kanan jantung :ICS 2 Linea stenarlis dextra

  Batas kiri jantung :ICS 5 Linea mid clavicularis sinistra

- Auskultasi :

Bunyi jantung II A : Bunyi tunggal terdengar di ICS 2 linea sternalis dextra

Bunyi jantung II P : bunyi tunggal terdengar di ICS 2 dan 3 linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I T : Bunyi tunggal terdengar di ICS 4 linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I M : Bunyi tunggal terdengar di ICS 5 linea clavicularis sinistra

Bunyi jantung III irama gallop :

Murmur : tidak ada

Bruit : Aorta : tidak ada

A.Reanalis : tidak ada

A.Femoralis : tidak ada

g) Lengan dan tungkai

- Atrofi otot : ☐ positif ☑ Negative
- Rentang gerak : bebas

Kaku sendi : tidak ada

Nyeri sendi : tidak ada

Fraktur : tidak ada

Parese : tidak ada

Paralisis : tidak ada

- Uji kekuatan otot

	kanan	kiri
Tangan	5	5
Kaki	5	5

Keterangan

Nilai 5 : kekutan penuh

Nilai 4 : kekuatan kurang dibandingkan sisi y ang lain

Nilai 3 :mampu menahan tegak tetapi mampu melawan tekanan

Nilai 2 : mampu menahan gaya gravitasi tapi dengan sentuhan akan jatuh

Nilai 1 :tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0 : tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

- Refleks fisiologi :Bisep(+), trisep(+), patella(+)
- Refleks patologi :

Babinski, kiri : ☐ Positif ☑ Negatif

Kanan : ☐ Positif ☑ Negatif

- Clubing jari-jari : tidak ada
- Varises tungkai : tidak ada

h) Columna vetebralis :

- ☐nspeksi : ☑ Lordisis ☐ Kiposis Skoliosis
- Palpasi : tidak ada

Kaku kuduk : tidak ada

E. Pola tidur dan istirahat

1. Keadaan sebelum sakit :

   Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien tidur ± 7-8 jam.keluarga pasien mengatakan pasien jarang tidur siang karena mengikuti kegiatan di Sekolah dan mengikuti les. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak pernah mengkonsumsi obat tidur. Keluarga mengatakan sebelum tidur kadang-kadang pasien minum susu dan nonton Tv ± 35 menit.

2. Keadaan sejak sakit :

   Pasien mengatakan sejak sakit ia susah tidur apabila merasakan nyeri pada perutnya. Pasien mengatakan jika nyeri yang dirasakan sudah berkurang pasien dapat tidur.

3. Observasi :

Ekspresi wajah mengantuk : [√] Positif [ ] Negatif
Banyak menguap : [ ] Positif [√] Negatif
Palpebra inferior berwarna gelap : [√] Positif [ ] Negatif

F. Pola persepsi kongnitif

1. Keadaan sebelum sakit :

   Pasien mengatakan sebelum sakit pasien mampu melihat dengan jelas, mampu mengecap rasa makanan. Keluarga mengatakan ingatan pasien masih baik dan pasien dapat merasakan manis, pahit, asam, asin, dan dapat mencium bau minyak kayu putih.

2. Keadaan sejak sakit :

   Pasien mengatakan masih mampu melihat dengan jelas, mampu mengecap rasa makanan. Keluarga mengatakan ingatan pasien masih baik dan pasien dapat merasakan manis, pahit, asam, asin, dan dapat mencium bau minyak kayu putih. Pasien mengatakan tidak mengatahui tentang penyakit yag dialami dan tidak mengetahui tentan penyebabnya.

3. Observasi :

   Tampak pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan, alat bantu pendengaran. Tampak pasien masih mengenal keluarganya.

4. Pemeriksaan fisik:

   a) Penglihatan
      - Kornea : bersih
      - Pupil : isokor
      - Lensa mata : tidak ada
      - Tekanan intra okuler (TIO) : sama rata kiri dankanan

   b) Pendengaran
      - Pina : tampak bersih

- Kanalis : tampak bersih

- Membrane timpani : tampak utuh

c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai
Pada dan tungkai ketika digerakan.

G. Pola persepsi dan konsep diri

1. Keadaan sebelum sakit :
Keluarga pasien mengatakan pasien sebagai anak pertama dari dua orang bersaudara. Pasien mengatakan ia masih bersekolah.
2. Keadaan sejak sakit :
Pasien mengatakan dirinya sangat di sayangi oleh ibu dan keluarganya. Pasien mengatakan penyakitnya pasti akan sembuh tapi masih membutuhkan perawatan yang lebih lanjut. Pasien juga mengatakan dengan keadaanya sekarang ia tidak bisa belajar dan kesekolah.
3. Observasi :
a) Kontak mata : menatap perawat saat berbicara
b) Rentang penglihatan : ada
c) Suara dan cara berbicara : keras dan pelan
d) Postur tubuh : bungkuk
4. Pemeriksaan fisik :
a) Kelainan bawaan yang nyata : tidak ada
b) Bentuk/postur tubuh : bungkuk
c) Kulit : tampak kering

H. Pola peran dan hubungan dengan sesama

1. Keadaan sebelum sakit :
Keluarga mengatakan sebelum sakit pasien sangat aktif di Sekolah. Pasien mengikuti kegiatan yang ada di Sekolahnya dan mengikuti les bersama-sama dengan

temannya. Pasein mengatakan hubungan dengan keluarga sangat harmonis dan begitu juga dengan teman-teman di sekolahnya.

2. Keadaan sejak saklit :

   Keluarga mengatakan sejak sakit hubungan pasien dengan kelurga dan teman-temannya masih terjalin harmonis, dengan keluarga dan teman-temannya datang menjenguk. Saat ini pasien tidak bisa belajar dan ke sekolah karena masih harus dirawat.

3. Observasi :

   Tampak keluarga menjaga pasien, tampak dua teman sekolahnya datang menjenguk.

I. Pola reproduksi dan seksualitas

1. Keadaan sebelum sakit :

   Keluarga mengatakan pasien sebelum sakit tidak ada masalah yang berkaitan dengan alat reproduksinya. Pasien mengatakan ia seorang laki-laki berusia 17 tahun dan memiliki satu orang adik perempuan dan anak pertama dari duaorang bersaudara.

2. Keadaan sejak sakit :

   Keluarga mengatakan saat ini pasien tidak ada masalah terhadap alat reproduksinya. Keluarga mengatakan pasien seorang anak laki-laki dari dua orang bersaudara.

3. Observasi :

   Tampak pasien berppenampilan selayaknya laki-laki , mengenakan pakaian berwarna putih dan celana pendek berwarna hitam.

4. Pemeriksaan fisik :

   Tidak dikaji karena pasien menolak.

J. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stres

1. Keadaan sebelum sakit :

   Keluarga pasien mengatakan hal yang membuat pasien marah ketika permintaanya tidak dituruti. Ketika ada masalah pasien selalu menceritakan kepada keluarga dan tidak melempiaskan dengan merusak barang-barang di dalam rumahnya.

2. Keadaan sejak sakit :

   Keluarga mengatakan pasien sejak sakit pasien mampu menahan terhadap sakitnya. Pasien mengatakan tidak ada penolakan terhadap penyakitnya. Pasien mengatakan selama di Rumah Sakit merasa nyaman akan pelayanan yang diberikan. Pasien juga mengatakan agar ia cepat sembuh dan bisa ke sekolah lagi. Pasien mengatakan setiap ada keluhannya pasien menceritakan kepada ibunya dan perawat.

3. Observasi :

   Tampak pasien gelisah.

K. Pola sistem nilai kepercayaan

1. Keadaan sebelum sakit :

   Keluarga mengatakan pasien sebelum sakit pasien rajin beribadah. Pasien juga mengatakan biasanya pasien mengikuti perkumpulan ibadah bersama teman-temannya di sekolah. Pasien mengatakan ia percaya bahwa kesehatan dan penyakitnya yang diderita oleh seseorang sudah diatur oleh Tuhan.

2. Keadaan sejak sakit :

   Keluarga mengatakan pasien sejak sakit hanya berdoa ditempat tidur sebelum ia tidur malam. Saat initidak ada tindakan medis yang bertentangan dengan agama dan

kepercayaan.

3. Observasi :

   Tampak tidak ada buku doa di tempat tidur.

IV. UJI SARAF KRANIAL

A. N I : Olfactorius

Pasien mampu mencium bau minyak kayu putih

B. N II : Optikus

Pasien mampu membaca kartu identitas perawat dalam jarak ± 30-40 cm

C. N III, IV, VI : okulomotorius, trochlearis, abduscens

Pasien mampu mengerakan mata ke seluruh arah (keatas, kebawah, kesamping kiri dan kanan).

D. N V : trigeminus

Sensorik : pasien mampu merasakan sentuhan kapas pada wajah bagian dahi, pipi, dan rahang bawah.

Motorik : pasien mampu mengunyah keras.

E. N VII : fascialis

Sensorik : pasien mampu merasakan manis gula pasir.

Motorik : pasien mampu mengangkat alis.

F. N VIII

Vestibularis : tidak dikaji karena pasien merasa lemas dan sakit pada perut.

Akustikus : pasien mampu mendengar gesekan jari tangan perawat pada kedua telinga.

G. N IX : glossopharyngeus

Tampak letak uvula berada ditegah.

H. N X : vagus

Pasien mampu menelan.

I. N XI : accessorius

Pasien mampu mengangat bahu kiri dan kanan.

J. N XII : hypoglossus

Pasien mampu menjulurkan lidah keluar dengan posisi lurus, pasien mampu mendorong pipi kiri dan kanan dari arah dalam

V. Daftar Therapi Obat

Neurosambe 1amp/ hari (drips)

Zink tablet 20 mg 1x1/ oral

Bcom 3x2/ oral

Budenofalk 3x1/1x3/oral

Aminofluid + cernivit 1 botol / 12 jam / iv

(diberikan jika mual)

VI. Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan darah lengkap

Parameter	Hasil	Flags	Satuan	Nilai Normal
WBC	13.0	+	10^3/uL	[4.8 – 10.8]
RBC	4.6	-	10^6/uL	[4.7 – 6.1]
HGB	10.2	-	g/dL	[14 – 18]
HCT	32.20	-	%	[42 – 52]
MCV	69.8	-	fL	[80 – 99]
MCH	22.1	-	pg	[27 – 31]
MCHC	32	-	g/dL	[33 – 37]
PLT	705	+	10^3/uL	[150 – 450]
RDW-CV	16.9	+	%	[11.5 – 14.5]
PDW	7.4	-	fL	[9 – 13]
MPV	7.0	-	fL	[7.2 – 11.1]
P-LCR	8.3	-	%	[15 – 25]
NEUT%	69.3		%	[40 – 74]
LYM%	18.2	-	%	[19 – 48]
MXD%	12.5		%	[4 – 18]
NEUT#	9.0	+	10^3/uL	[1.5 – 7]
LYM#	2.4		10^3/uL	[1 – 3.7]
MXD#	1.6	+	10^3/uL	[0 – 12]

Catatan :

- Leukositosis
- Trombositosis
- Anemia mikrositik hipokromik

Gambar 3.1 Pemeriksaan darah lengkap

2. Pemeriksaan Kimia Darah

Test / jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan	Metode
KIMIA DARAH				
ELEKTROLIT				
Elektrolit natrium, kalium, chloride				
NATRIUM	**131 ***	136-145	mmol/L	
KALIUM	4	3.4-4.5	mmol/L	
CHLORIDA	**93 ***	100-108	mmol/L	

Tabel 3.2 Pemeriksaan Kimia Darah

1. Pemeriksaan kimia darah

Parameter	**Hasil**	**Rujukan**	**satuan**	**specimen**
keterangan				
SGOT	10	<38	U/L	
Gamma GT	22	11-61	U/L	
UREUM	15.7	10-50	mg/Dl	
CREATININE	0.3	<1.4	mg/Dl	

CATATAN :

Tabel 3.3 Pemeriksaan Kimia Darah

2. Pemeriksaan urin

Test / jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan	Metode
URINALISIS				
Urine rutin				
SG	1.010			
Ph	7.5			
LEUKOSIT	NEGATIF	NEGATIF	/µL	
NITRIT	NEGATIF	NEGATIF		
PROTEIN	NEGATIF	NEGATIF	g/L	
GLUKOSA	NEGATIF	NEGATIF	mmol/L	
KETON	NEGATIF	NEGATIF	mmol/L	
UROBILIN	NORMAL	NORMAL	µmol/L	
BILIRUBUN	NEGATIF	NEGATIF	µmol/L	
ERYTROSIT	NEGATIF	NEGATIF	/µL	
SEDIMEN URIN				
Urine Rutin				
Sedimen Urine				
ERYTROSIT	0-1	0-1	/LPB	
LEUKOSIT	**4-5 ***	4-5	/LPB	
EPITEL	+	+		
COLOR	KUNING			
CLARITY	JERNIH			

Tabel 3. 4 Pemeriksaan Urin

3. Pemeriksaan Foto Thorax

Pemeriksaan foto thorax PA :

- Corakan bronchovaskuler kedua lapangan paru biasa, tidak tampak gambaran spesifik pada kedua paru
- Jantung : bentuk ukuran dan letak dalam batas normal
- Kedua sinus dan diafragma biasa
- Tulang-tulang intaks

Kesan : TIDAK TAMPAK KELAINAN RADIOLOGIS PADA FOTO TORAKS INI

B. ANALISA DATA

Nama/umur : Tn.B/17 tahun

Ruang/kamar : St.Bernadeth III.A/357[2]

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1	DS : - Pasien mengatakan berat badan menurun 15 kg dari 45 kg semenjak 4 bulan terakhir - pasien mengatakan mual dan muntah - pasien mengatakan tidak nafsu makan - pasien mengatakan makan ± 3 sendok makan - pasien mengatakan setelah makan pasien merasa mual dan muntah - pasien minum air putih ± 1-2 gelas (± 400 cc) - pasien mengatakan	Kurang asupan makanan	Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh

	jika minum air putih pasien juga merasa mual dan muntah - pasien mengatakan BAB encer ± 2-4x dan berwarna kecoklatan DO : - Tampak pasien makan ± 4 sendok makan - Tampak pasien minum ± 2 gelas (± 400 cc) - Tampak pasien kurus Hasil IMT 12,0 (berat badan kurang) - Tampak BAB encer - Hasl pemeriksaan Lab HGB 10.2 RBC 4.6 - Hasil Endoscopi : severe colitis-chron's disease		

2	DS : - Pasien mengatakan sakit kepala - Pasien mengatakan demam ± 3 hari di Rumah (S: 39ºC) - Pasien mengatkan demam yang dirasakan naik turun DO : - Tampak keadaan umum lemah - Badan teraba hangat - Tampak pasien berkeringat dingin - Tampak pasien berkeringat ditangan - Hasil Laboratorium : WBC : 13.0 HGB : 10.2 - Hasil observasi TTV : TD : 100/70 mmHg	Penyakit	Hipertermia

	N : 88x/menit S : 38,7 ºC P : 20x/menit Hasil Endoscopi : severe colitis-chron's		
3	DS : - Pasien mengatkan nyeri pada perut - Pasien mengatakan susah tidur karena merasakan nyeri pada perut - Pengkajian Nyeri : P : pasien mengatkan nyeri jika beraktivitas Q : pasien mengatkan nyeri seperti tertusuk-tusuk R : pasien mengatakan nyeri dirasakan disemua bagian perut S : pasien mengatakan nyeri berada pada skala 8 (berat)	Agens cedera biologis	Nyeri Akut

	T : pasien mengatkan nyeri yang dirasakan selama ± 30 menit dan dirasakan secara terus-menerus DO : Tampak keadaan umum lemah Tampak wajah pasien meringis Hasil observasi TTV TD : 100/70 mmHg N : 88x/menit S : 38,7 ºC P : 20x/menit Hasil Endoscopi : severe colitis-chron		

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama/umur : Tn.B/17 tahun

Ruangan/kamar : St.Bernadeth III.A/357[2]

NO	DIAGNOSA KEPERWATAN
1.	Nyeri akut b.d agens cedera biologis
2.	Hipertermia b.d Penyakit
3.	Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurang asupan makanan

D. RENCANA KEPERAWATAN

Nama/umur : Tn. B/17 Tahun

Ruang/kamar : St. Bernadeth IIIA/357[2]

NO	TANGGAL/JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	Nursing Outcome (NOC)	Nursing Intervention classification (NIC)
1.	05 April 2018	Nyeri akut b.d Agens cedera biologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatanselama 3 x 24 jam diharapkan Kontrol Nyeri dipertahankan pada skala 5 (secara konsisten menunjukan) ditingkatkan ke skala 3 (kadang-kadang menunjukan) dengan kriteria hasil : 1. Mengenali kapan nyeri terjadi dipertahankan pada skala 5 ditingkatkan ke skala 3 2. Menggunakan analgesik yang direkomendasikan	- Manajemen Nyeri Aktivitas perawat : 1. Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik,onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus. 2. Kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan (misalnya, suhu ruangan, pencahayaan, suara bising) 3. Ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri

			dipertahankan pada skala 5 ditingkatkan ke skala 3 3. Melaporkan nyeri yang terkontrol dipertahankan pada skala 5 ditingkatkan ke skala 3	4. Dukung istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri. 5. Pastikan perawatan analgesik bagi pasien dilakukan dengan pemantauan yang ketat. 6. Berikan informasi mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan dan antisipasi dari ketidaknyamanan akibat prosedur - Monitor TTV 1. Monitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat
2.	05 April 2018	Hipertermia b.d penyakit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Termoregulasi dipertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) ditingkatkan ke skala 4 (sedikit terganggu)	- Perawatan Demam Aktivitas perawat : 1. Dorong konsumsi cairan 2. Fasilitas istirahat, terapkan pembatasan aktivitas ; jika

			dengan kriteria hasil : 1. Melaporkan kenyamanan suhu dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4 2. Peningkatan suhu kulit dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4 3. Hipertermia dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan pada skala 4	diperlukan 3. Tutup pasien dengan selimut atau pakaian ringan, tergantung pada fase demam (yaitu : memberikan selimut hangat untuk fase dingin, menyediakan pakaian atau linen tempat tidur ringan untuk demam fase bergejolak). 4. Beri obat atau cairan IV (misalnya., antipiretik, agen antibakteri, dan agen anti menggigil). 5. Pantau suhu dan tanda-tanda vital lainnya 6. Monitor warna kulit dan suhu - Manajemen Cairan Aktivitas perawat : 1. Timbang berat badan setiap hari dan monitor status pasien 2. Monitor status dehidrasi 3. Monitor makanan/cairan yang dikomsumsi dan hiting asupan kalori

				harian.
3.	05 April 2018	Ketidakseimbangan Nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurang asupan makanan	Setelah dilakukan tindakan keperawatanselama 3 x 24 jam diharapkan status nutrisi :asupan nutrisi dipertahankan pada skala 2 (sedikit adekuat) ditingkatkan ke skala 3 (cukup adekuat) dengan kriteria hasil : 1. Asupan karbohidrat dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3 2. Asupan serat dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3 3. Asupan protein dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3	- Manajemen gangguan makan Aktivitas perawat : 1. Monitor tanda-tanda fisiologis (tanda-tanda vital, elektrolit) - Manajemen nutrisi : 1. Identifikasi (adanya) alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien 2. Ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan (misalnya bersih, berventilasi, satai, bebas dari bau yang menyengat). 3. Lakukan atau bantu pasien untuk duduk pada saat posisi tegak di kursi, jika memungkinkan 4. Tentukan status gizi pasien dan kemampuan (pasien) untuk memenuhi kebutuhan gizi.

E. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama/umur : Tn.”B”/17 tahun

Ruang/kamar : St.Bernadeth III.A/357[2]

Tanggal	DP	Waktu	Tindakan keperawatan	Perawat
06 April 2018	III	08.30	Memberikan obat atau cairan iv yang diresepkan H/ Bcom 2 tab 3x2 / oral	Perawat Adol
	III	08:55	Menimbang berat badan H/ berat badan 30 kg	Aveliana
	I,II, III	09:00	Mengganti cairan infus H/Terpasang cairan infus RL 500cc dengan jumlah 20 tetes permenit	Aveliana
	II	09:30	Memonitor status dehidrasi H/Tampak pasien berkeringat dingin. Tampak pasien berkeringat ditangan. Finger print kembali dalam waktu ± 4 detik	Aveliana
	II & III	09:45	Menganjurkan kepada keluarga untuk memberikan air hangat kepada pasien H/ Tampak keluarga memberikan air hangat ± ½ gelas air hangat dan dihabiskan ± 100 cc	Aveliana
	I,II, III	10:00	Mengobservasi tanda-tanda vital H/ TD : 100/80 mmHg Frekuensi Nadi : 89 x/menit	Apronimus

			S : 38,3 ºC Frekuensi pernapasan: 20 x/menit	
	II	10:30	Menganjurkan kepada pasien untuk menggunakan pakaian yang tipis H/Tampak pasien mengikuti sesuai anjuran perawat. Tampak pasien menggunakan pakaian yang tipis.	Apronimus
	II	10:45	Melakukan kompres hangat H/kompres hangat dilakukan pada daerah dahi, dan perut. Tampak pasien melaporkan rasa nyaman.	Apronimus
	II	10:55	Menganjurkan kepada keluarga untuk tetap memberikan pasien air minum sedikit tapi sering H/Tampak keluarga pasien menyetujui dengan anjuran yang diberikan	Aveliana
	III	11:00	Mengikuti visite dokter H/Pemenuhan nutrisi pasien dilakukan konsultasi dengan dokter gizi	Aveliana
	II	11:15	Memonitor warna kulit H/Tampak warna kulit kemerahan, Badan teraba hangat. Keluarga mengatakan demam pasien berkurang dari 38,3ºC menjadi 38ºC.	Aveliana

	I	11:35	Mengajarkan prinsip manajemen Nyeri yaitu Teknik relaksasi H/Tampak pasien mengikuti setiap pengajaran yang dilakukan	Aveliana
	I	11:40	Memberikan informasi mengenai nyeri H/Tampak keluarga mengetahui penyebab nyeri yang dirasakan pasien. Tampak pasien mengerti dengan informasi mengenai nyeri yang dirasakan.	Aveliana
	III	11:50	Menciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan H/ menginstruksikan pasien untuk cuci tangan sebelum makan. Tampak pasien menggunakan tisu basah.	Apronimus
	III	12:00	Memonitir makanan atau cairan yang dikonsumsi H/ Tampak pasien menghabiskan ± 4 sendok makan. Tampak pasien minum air putih ½ gelas atau ± 150 cc	Apronimus
	III	12:10	Mengidentifikasi adanya alergi makanan H/Pasien mengatakan tidak ada alergi dengan makanan.	Apronimus
	II	12:25	Menganjurkan pasien untuk minum	Apronim

	& III		air hangat H/Tampak pasien menghabiskan ½ gelas air hangat	us
	I	13:00	Menganjurkan pasien untuk istirahat H/Tampak pasien berbaring di atas tempat tidur	Apronimus
	I & III	13:10	Mengendalikan faktor lingkungan H/Tampak ruangan bersih. Tampak lingkungan sekitar tenang.	Aveliana
	II	13:15	Menutup pasien dengan selimut H/Tampak pasien menggunakan selimut	Apronimus
	I,II, III	15:15	Mengganti cairan infus H/Tampak terpasang infus RL 500 cc dengan jumlah tetesan 20 tetes/menit.	Inggrit
	I,II, III	16:00	Mengobservasi tanda-tanda vital; H/ TD : 100/70 mmHg Frekuensi Nadi : 80 x/menit Suhu : 38,7 ºC Frekuensi pernapasan: 22 x/menit	Ingrit
	III	16:00	Memberikan obat atau cairan iv yang diresepkan H/Ondansentron 1 ampul secara iv	Perawat Tia
	II	16:40	Melakukan kompres hangat H/Kompres hangat dilakukan pada dahi. Keluarga mengatakan demam	Friskila

			pasien naik turun.	
	II	16:40	Menganjurkan kepada pasien unuk minum air hangat H/Tampak pasien minum air hangat ½ gelas	Friskila
	II & III	17:00	Memonitor status dehidrasi H/Tampak pasien berkeringat Keluarga mengatakan pasien muntah 2x.	Friskila
	II	17:30	Memonitor warna kulit H/Tampak kulit kemerahan. Badan teraba hangat.	Ingrit
	I & III	17:45	Mengendalikan faktor lingkungan H/Tampak suhu ruangan dimatikan (AC). Tampak dalam ruangan terang.	Inggrit
	III	18:00	Memberikan obat atau cairan iv yang diresepkan H/Zink 1 tablet 20 mg / oral	Perawat Tia
	III	18:30	Mengikuti visite dokter H/Diberikan Aminofluid + cornevi 1 botol / hari / iv	Friskila
	III	19:00	Memberikan cairan nutrisi H/Aminofluid + cornevit 1 botol / iv	Friskila
	I	20:25	Memberikan posisi yang nyaman H/Tampak pasien diberikan posisi semifowler	Friskila
	I,II, III	21:00	Melakukan obserrvasi tanda-tanda vital H/ TD : 110/80 mmHg Frekuensi Nadi : 84 x/menit	Ingrit

			Suhu : 38,2 ºC Frekuensi pernapasan: 20 x/menit	
	I	21:30	Menganjurkan pasien untuk istirahat H/Tampak pasien berbaring di tempat tidur dan menggunakan selimut	Apronimus
	III	21:40	Memonitor cairan nutrisi H/Aminofluid ± 400 cc dengan 20 tetes/menit	Apronimus
		22:00	Memberikan obat atau cairan iv yang diresepkan H/Ondansentron 1 amp/12 jam / iv	Perawat Ida
	III	01:00	Memantau cairan nutrisi H/ Aminofluid ± 150 cc	Aveliana
	II	03:00	Memonitor suhu pasien H/ S : 38ºC	Aveliana
	I,II, III	04:15	Menganti cairan infus H/Tampak terpasang infus RL 500 cc dengan jumlah tetesan 20 tetes/menit.	Aveliana
		05:00	Memberikan obat atau cairan iv yang diresepkan H/ Buderofalk 3 tablet /oral Bcom 2 tablet /oral	Perawat Ida
	I,II, III	05:25	Melakukan observasi tanda-tanda vital H/ TD : 100/80 mmHg Frekuensi Nadi : 88 x/menit S : 37,9 ºC	Aveliana

			Frekuensi Pernapasan : 20 x/menit	
	I	06:00	Mengkaji nyeri secara komprehensif H/ P : pasien mengatakan nyeri saat beraktivitas Q : pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk R : pasien mengatakan nyeri yang dirasakan dibagian perut S : Pasien mengatakan nyeri berada pada skala 8 (berat) T : Pasien mengatakan nyeri dirasakan ± 30 menit dan dirasakan terus-menerus. Observasi: pasien tampak meringis dan sesekali memegang perut yang sakit	Aveliana
	I	06:25	Mengajarkan prinsip manejemen nyeri : Teknik relaksasi H/Tampak pasien mengikuti pengajaran yang dilakukan	Aveliana
	I	06:35	Memberikan informasi mengenai nyeri H/Tampak pasien mengetahui penyebab nyeri yang dirasakan. Tampak wajah pasien meringis	Aveliana
07 April 2018	III	08:30	Memberikan obat atau cairan iv yang diresepkan H/ Bcom 2 tablet / oral	Perawat Vera

	II	08:35	Memonitor status dehidrasi H/Tampak mukosa bibir lembab. Tampak pasien tidak berkeringat. Turgor kulit tidak elastis.	Friskila
	II	08:38	Menganjurkan kepada keluarga untuk tetap memberikan pasien air minum sedikit tapi sering H/Tampak keluarga pasien menyetujui dengan anjuran yang diberikan	Ingrit
	II	08:40	Memonitor warna kulit H/Keluarga mengatakan demam pasien masih naik-turun, badan teraba hangat	Ingrit
	I,II, III	09:45	Mengobservasi tanda-tanda vital H/ TD : 110/90 mmHg Frekuensi Nadi : 84 x/menit Suhu : 37,8 ºc Frekuensi Pernapasan : 20x/menit	Ingrit
	III	10:15	Menimbang berat badan H/ berat badan 30 kg	Friskila
	I,II, III	10:20	Mengganti cairan infus H/Terpasang infus RL 500cc dengan 20 tetes/menit	Friskila
	I	10:40	Mengkaji nyeri secara komprehensif H/ P : pasien mengatakan saat beraktivitas Q : pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk	Friskila

			R : pasien mengatakan nyeri dirasakan pada perut S : pasien mengatakan nyeri berada pada skala nyeri 7 T : nyeri yang dirasakan ± 15 menit dan dirasakan secara terus-menerus	
	I	10:55	Menganjurkan pasien untuk menggunakan Teknik relaksasi H/Tampak pasien mengikuti anjuran yang diberikan	Ingrit
	I	11:00	Mengevaluasi cara pasien melakukan Teknik relaksasi napas dalam H/Tampak pasien sudah bisa melakukan Teknik relaksasi napas dalam. Pasien mengatakan sedikit lebih rileks	Ingrit
	III	11:55	Menciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan H/Tampak meja bersih, alat-alat makan dalam jangkauan pasien, pasien nyaman dengan lingkungan yang bersih	Ingrit
	III	12:05	Memonitor makanan atau cairan yang dikonsumsi H/Pasien tampak menghabiskan ± 5 sendok makanan, pasien mengatakan masih merasa mual	Ingrit

	II & III	12:10	Menganjurkan pasien untuk minum air hangat H/Tampak pasien menghabiskan ½ gelas air hangat	Friskila
	I,II	14:35	Menganjurkan pasien untuk beristirahat H/Tampak pasien berbaring di tempat tidur	Friskila
	III	16:00	Memberikan obat atau cairan iv yang diresepkan H/Ondensentron 1 ampul / iv	Perawat Vera
	II	16:05	Memonitor warna kulit H/Badan teraba hangat, pasien tampak berkeringat	Apronimus
	II	16:10	Memonitor suhu H/ S : 38,2 ºc	
	I,II, III	16:25	Melakukan obseravsi tanda-tanda vital H/ TD : 110/90 mmHg Frekuensi Nadi : 84 x/menit Suhu : 38,2 ºc Frekuensi Pernapasan : 20 x/menit	Apronimus
	II	16:30	Menganjurkan pasien untuk menggunakan pakain yang tipis H/Pasien tampak menggunakan pakaian yang tipis sesuai anjuran perawat	Apronimus
	II	17:00	Melakukan kompres hangat H/Kompres hangat dilakukan pada daerah dahi dan ketiak	Apronimus

	II	17:05	Memonitor suhu tubuh H/Keluarga mengatakan demam pasien masih naik turun. Keluarga mengatakan setelah dilakukan kompres hangat ± 30 demam pasien menurun hasil (S : 38 ºc)	Apronimus
	II	17:15	Menganjurkan kepada pasie untuk minim air hangat H/Tampak pasien menghabiskan ½ gelas air hangat	Apronimus
	III	18:00	Memberikan obat atau cairan iv yang diresepkan H/ Zink 1 tablet 20 mg/oral	Apronimus
	III	19:00	Memberikan cairan nutrisi H/Cornevit 1 botol / iv	Perawat Ida
	I,II, III	21:00	Melakukan observasi tanda-tanda vital H/ TD : 110/90 mmHg Frekuensi Nadi : 86 x/menit Suhu : 37,9 ºc Frekuensi Pernapasan : 20 x/menit	Aveliana
	I	21:25	Mengkaji nyeri secara komprehensif H/ P : pasien mengatakan saat beraktivitas Q : pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk R : pasien mengatakan nyeri dirasakan di perut	Aveliana

			S : pasien mengatakan nyeri berada pada skala nyeri 7 T : nyeri yang dirasakan ± 15 menit dan dirasakan secara terus-menerus	
	III	22:00	Memberikan obat atau cairan iv yang diresepkan H/Ondensentron 1 ampul / iv	Perawat Elsi
	I,II, III	01:40	Mengganti cairan infus H/ terpasang infus RL 500 cc dengan 20 tets/menit	Aveliana
	II	04:45	Memonitor suhu H/ S : 38,9 ºc	Aveliana
	I,II III	05:00	Memberikan obat atau cairan iv yang diresepkan H/ Budenfalk 3 tablet/oral Bcom 2 tablet/oral	Perawat Elsi
	II	05:10	Menganjurkan keluarga melakukan kompres hangat H/Kompres hangat dilakukan pada daerah dahi	Aveliana
	I,II, III	05:25	Melakukan observasi tanda-tanda vital H/ TD : 110/80 mmHg Frekuensi Nadi : 89 x/menit Suhu : 38,9 ºc Frekuensi Pernapasan : 20 x/menit	Aveliana
	II	06:30	Memonitor suhu tubuh H/Keluarga mengatakan demam pasien masih naik turun.	Aveliana

			Keluarga mengatakan setelah dilakukan kompres hangat ± 30 demam pasien menurun hasil (S : 38, 6 ºc)	
08 April 2018	I	15:00	Mengkaji nyeri secara komprehensif H/ P :pasien mengatakan saat beraktivitas Q :Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk R :pasien mengatakan nyeri dirasakan di perut S :pasien mengatakan nyeri berada pada skala 7 (berat) T :pasien mengatakan nyeri yang dirasakan ± 15 menit	Friskila
	III	15:10	Memonitor cairan nutrisi H/Terpasang cairan aminoflluid ± 300 cc dengan 20 tetes/menit	Friskila
	I,II, III	15:35	Melakukan observasi tanda-tanda vital H/ TD : 110/90 mmHg Frekuensi Nadi : 88 x/menit Suhu : 37,9 ºc Frekuensi Pernapasan : 20 x/menit	Friskila
	III	15:40	Menimbang berat badan H/Berat badan 31 kg	Apronimus

	I	15:55	Menganjurkan pasien untuk gunakan Teknik relaksai napas dalam H/Tampak pasien mengikuti anjuran yang diberikan	Friskila
	I	16:00	Mengevaluasi cara pasien melakukan Teknik relaksasi saatnteri timbul H/ tampak pasien melakukan Teknik relaksasi napas dalam, pasien mengatakan sedikit rileks	Aveliana
	III	16:10	Memberikan obat atau cairan iv yang diresepkan H/Ondansentron 1 ampul / iv	Perawat Novi
	I,II, III	16:45	Melakukan observasi tanda-tanda vital H/ TD : 110/90 mmHg Frekuensi Nadi : 88 x/menit Suhu : 37,9 ºc Frekuensi Pernapasan : 20 x/menit	Apronimus
	I	16:48	Melakukan kompres hangat H/ kompres hangat dilakukan pada daerah dahi	Apronimus
	II	17:00	Memonitor suhu H/keluarga mengatakan pasien masih demam.	Aveliana
	II	18:00	Memonitor status dehidrasi H/Tampak pasien berkeringat, mukosa bibir lembab.	Aveliana

	II	18:45	Menganjurkan kepada keluarga untuk tetap memberikan pasien air minum sedikit tapi sering H/Tampak keluarga pasien menyetujui dengan anjuran yang diberikan	Aveliana
	II	19:00	Menganjurkan kepada pasien untuk menggunakan pakaian yang tipis H/Tampak pasien menggunakan pakaian yang tipis	Aveliana
	III	20:30	Memberikan obat atau cairan iv yang diresepkan H/Zink 1 tablet 20 mg/oral	Perawat Novi
	III	20:35	Menciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan H/Tampak meja makan bersih. Tampak meja makan teratur dan lingkungan bersih.	Aveliana
	III	20:40	Memonitor makanan atau cairan yang dikonsumsi H/Tampak pasien menghabiskan ± 5 sendok makan. Tampak pasien minum air putih ½ gelas air, pasien mengatakan masih mual.	Aveliana
	III	21:00	Menganti cairan infus H/Terpasang infus RL 500cc dengan 20 tetes/menit	Aveliana
	I	21:20	Mengkaji nyeri secara	Aveliana

			komprehensif H/ P :pasien mengatakan saat beraktivitas Q :pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk R :pasien mengatakan nyeri dirasakan di perut kuadran sebelah kanan S :pasien mengatakan nyeri dirasakan berada pada skala nyeri 6 T :pasien mengatakan nyeri yang dirasakan ± 15 menit.	
	I	21:05	Memberikan posisi yang nyaman H/Tampak pasien diberikan posisi semifowler. Tampak wajah meringis	Apronimus

F. EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/umur : Tn.B/17 tahun

Ruangan/kamar : St.Bernadeth III.A/357[2]

TANGGAL NO DP	EVALUASI (SOAP)	NAMA PERAWAT
06 April 2018	DP I : Nyeri akut b.d agens cedera biologis S : Pasien mengatakan nyeri saat melakukan aktivitas, nyeri seperti tertusuk-tusuk, nyeri dirasakan pada perut, nyeri berada pada skala 8 (berat), nyeri dirasakan ±30 menit dan dirasakan secara terus-menerus. O : - Tampak KU lemah - Tampak wajah meringis - Tampak pasien berkeringat - Hasil observasi TTV : TD : 100/80 mmHg S : 38,7 ºC Frekuesi Nadi: 87 x/menit Frekuensi pernapasan: 20 x/menit A : Nyeri belum teratasi P : Lanjutkan intervensi Nyeri Akut - Manajemen nyeri - Monitor TTV	Aveliana

07 April 2018	DP II : Hipertermia b.d penyakit S : keluarga pasien mengatakan pasien menggigil dan demam pasien naik turun O : - Tampak KU lemah - Tampak pasien berkeringat - Tampak keluarga memberikan kompres hangat di daerah dahi - Hasil Observasi TTV : S : 38,7 ºC A : Hipertermia belum teratasi P : Lanjutkan intervensi Hipertermia - Perawatan demam - Manajemen cairan DP III : Ketidakseimbangan Nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh b.d Kurang Asupan Makanan S : Pasien mengatakan masih mual dan muntah O : - Tampak pasien muntah 2x setelah makan - Tampak pasien hanya	

	menghabiskan makanan ± 3-4 sendok makanan - BB : 30 kg A : Ketidakseimbangan Nutrisi belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Manajemen gangguan makan - Manajemen nutrisi DP I : Nyeri akut b.d agens cedera biologis S : pasien mengatakan nyeri dirasakan saat aktivitas. pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk. pasien mengatakan nyeri dirasakan pada seluruh kuadran perut. skala nyeri 7 (berat). pasien mengatakan nyeri dirasakan ± 15 menit O : - Tampak KU lemah - Tampak wajah meringis - Tampak pasien memegang perut - Tampak pasien gelisah - Hasil observasi TTV : TD : 110/90 mmHg Suhu : 37,9 ºC	

08 April 2018	Frekuensi Nadi : 89 x/menit Frekuensi pernapasan : 20 x/menit A : Nyeri belum teratasi P : Lanjutkan intervensi Nyeri Akut - Manajemen nyeri - Monitor TTV DP II : Hipertermia b.d penyakit S : - Keluarga mengatakan pasien demam - Keluarga mengatakan pasien berkeringat O : - Tampak pasien berkeringat - Badan teraba hangat - S : 38,2 ºC A : Hipertermia belum teratasi P : Lanjutkan intervensi Hipertermia - Perawatan demam - Manajemen cairan DP III :Ketidakseimbangan Nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh b.d Kurang Asupan Makanan S :	

	- pasien mengatakan masih mual -keluarga mengatakan pasien menghabiskan makanan ± 4 sendok makanan. O : - Tampak pasien KU lemah - Tampak pasien menghabiskan ± 4 sendok makanan - Tampak pasien muntah 1x setelah makan. - BB : 30 kg A : Ketidakseimbangan Nutrisi belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Manajemen gangguan makan - Manajemen nutrisi DP I : Nyeri akut b.d agens cedera biologis S : pasien mengatakan saat beraktivitas. pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk. pasien mengatakan nyeri dirasakan di perut kuadran sebelah kanan. pasien mengatakan nyeri dirasakan berada pada skala nyeri 6 (sedang). pasien mengatakan nyeri yang dirasakan ± 15 menit	

	O : - Tampak KU lemah - Tampak wajah meringis - Hasil observasi TTV : TD : 110/90 mmHg Frekuensi Nadi : 88 x/menit Suhu : 37,9 ºc Frekuensi Pernapasan : 20 x/menit A : Nyeri mulai teratasi sesuai dengan tujuan NOC P : Lanjutkan intervensi - Manajemen nyeri 1, 3, 4 - Monitor TTV DP II : Hipertermia b.d penyakit S : - Keluarga mengatakan pasien demam - Keluarga mengatakan pasien berkeringat O : - Suhu : 37,9 ºc - Tampak pasien berkeringat A : Hipertermia mulai teratasi sesuai dengan tujuan di NOC P :	

	Lanjutkan intervensi - Perawatan demam 1, 2, 4, 5 - Manajemen cairan 1, 3 DP III :Ketidakseimbangan Nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh b.d Kurang Asupan Makanan S : Pasien mengatakan masih mual. O : - Tampak pasien menghabiskan ± 5 sendok makan. - Tamppak pasien minum air putih ½ gelas air. A : Ketidakseimbangan Nutrisi sudah mulai memadai dimana terjadi peningkatan BB 1 kg dari BB 30 kg sejak sakit P : - Lanjutkan intervensi - Manajemen makan 1, 2, 4	

G. DAFTAR OBAT

1. Nama obat : Neuresambe

   Klasifikasi/ golongan obat :

   - Obat Neurosanbe merupakan nama paten dari vitamin B kompleks.

   Dosis umum :

   - Obat Neurosanbe di apotik tersedia dalam bentuk tablet. Satu tablet neurosanbe memiliki kandungan vitamin B1 sebanyak 100 mg, vitamin B6 sebanyak 200 mg, dan vitamin B 12 sebanyak 200 mcg. Selain Neurosanbe biasa di apotik terdapat pula Neurosanbe Plus yaitu Neurosanbe yang mengandung tambahan obat Metampiron. Metampiron adalah obat analgesik atau pengurang rasa nyeri sehingga neurosanbe plus ini merupakan obat yang cocok bagi penderita pegal – pegal. Kandungannya mirip dengan analsik Obat Neurosanbe diminum dengan dosis satu sampai dua tablet per hari. Obat ini dapat dikonsumsi kapan saja baik pada saat sakit, setelah penyembuhan penyakit, atau pada saat kondisi sehat

   Cara pemberian obat : Oral

   Mekanisme kerja dan fungsi obat :

   - Obat ini terdiri dari gabungan vitamin B1, vitamin B6, dan vitamin B12. Vitamin B kompleks ini biasa diresepkan oleh dokter untuk mengatasi berbagai macam keluhan yang berkaitan dengan kesehatan saraf (neuro).
   - Di dalam tubuh manusia vitamin B12 berperan dalam sintesa asam nukleat yang berpengaruh pada pematangan sel dan pemeliharaan integritas jaringan saraf. Karena kerjanya tersebut vitamin B kompleks memiliki manfat yang sangat besar dalam proses pembentukan sel – sel tubuh, proses pembentukan sel darah

merah, dan sebagai nutrisi bagi sel saraf. Selain sebagai nutrisi bagi sel saraf, vitamin B juga membantu dalam produksi neuro transmiter, yaitu zat yang menjadi perantara antar sel – sel saraf

Indikasi :

- Pengobatan berbagai kelainan pada sistem saraf tepi, penderita pegal-pegal otot, dan kesemutan. Pengobatan berbagai kelainan akibat kekurangan vitamin B seperti penyakit beri-beri, gangguan saraf otak, sariawan, infeksi mata, hingga penurunan kesadaran. Pengobatan pasien anemia atau kekurangan darah yang disebabkan oleh defisisensi vitamin B

Kontra indikasi :

- Obat ini tidak boleh digunakan oleh penderita yang diketahui memiliki riwayat hipersensitif atau riwayat alergi terhadap vitamin B kompleks atau komponen vitamin B1, vitamin B6, atau vitamin B12.

Efek samping :

- Sebagai vitamin atau suplemen makanan, obat Neurosanbe pada umumnya relatif aman dan tidak menimbulkan efek samping. Sejumlah efek samping yang pernah dilaporkan terkait dengan penggunaannya yang berlebihan antara lain: Reaksi alergi Gatal kulit, bentol-bentol, Bengkak kulit, Sensasi rasa hangat, Berkeringat berlebih, Kebiruan, Rasa lelah Mual, muntah, Kulit mati rasa, Urine berwarna oranye

2. Nama obat : aminofluid

   Klasifikasi/ golongan obat :

   - Aminofluid merupakan cairan penyuplai nutrisi dan diberikan kepada penerima melalui parenteral. Cairan ini mengandung elektrolit, glukosa dan Protein dan biasanya akan diberikan sebelum dan setelah tindakan medis seperti operasi. Aminofluid dibuat dari berbagai senyawa atau zat aktif, seperti asam amino bebas, glukosa, nitrogen, asam amino esensial atau non esensial.

   Dosis umum :

   - Penggunaan Aminofluid haruslah mengikuti petunjuk dan arahan dari pihak yang berwenang, seperti dokter, bidan ataupun perawat. Karena hal itu pula, dosis dari Aminofluid tidak boleh dibuat dengan asal-asalan dan harus mempertimbangkan kodisi dan kebutuhan pengguna. Namun secara umum, dosis dari penggunaan Aminofluid adalah : Dosis pada pengguna lansia atau pasien kritis adalah 500 mL dimasukkan melalui pembuluh tepi dengan kecepatan jatuh tetes infus 500 Ml per 120 menit. Maksimal 2500 Ml per hari. Sebenarnya masih banyak dosis yang diberikan, namun perlu kami tekankan bahwa Aminofluid termasuk kedalam golongan obat keras, maka pertimbangkanlah dosis dan segala jenis kondisi dan keadaan penerima parenteral ini.

   Cara pemberian obat :

   - Obat – obatan yang digunakan untuk proses medis dan pengobatan medis, tentunya memiliki berbagai efek samping. Meskipun efek samping dari tiap obat berbeda, tapi faktor pendukung efek samping tersebut hanyalah 3, yakni :
     1. Kondisi penyakit lain yang diderita pengguna obat
     2. Obat lain yang masih dikonsumsi

3. Dosis ataupun cara penggunaan

Dari penjelasan diatas, tentunya kita paham bahwa Aminofluid juga dapat memberikan efek samping mulai dari yang ringan hingga berat. Oleh sebab itu hindarilah penggunaan obat yang tidak menggunakan dosis yang tepat, serta konsultasikan kondisi penyakit lain dan obat lain yang masih di konsumsi kepada dokter sebelum menggunakan Aminofluid.

Mekanisme kerja dan fungsi obat :

- Aminofluid adalah salah satu cairan yang memiliki fungsi untuk menyuplai berbagai nutrisi kedalam tubuh pengguna yang kesulitan untuk menelan ataupun mengunyah makanan.Selain itu, Aminofluid juga berfungsi untuk meningkatkan nutrisi seperti elektrolit, protein, asam amino, Glukosa sebelum dan setelah operasi. Beberapa penyakit yang biasa menggunakan Aminofluid adalah :

  1. Hiperkalemia, Gula darah rendah, Dehidrasi, Skizofrenia, Penyembuhan luka, Tissue perbaikan, Gigi sensitif, Virus herpes simpleks

  2. Depresi, Detoksifikasi hati, Kelelahan, Tetani hypocalcemic, Hipokalsemia terkait hipoparatiroidisme, Hipokalsemia terkait kehamilan, Kram otot

  3. Pengobatan rakhitis, Osteomalacia, Kerusakan hati alkoholik, Hangover pencegahan, Blok bangunan untuk protein, Glukosa darah yang rendah, Kerusakan saraf

  4. Sintesis hemoglobin, Perbaikan jaringan, Sistem kekebalan tubuh, Anoreksia, Fungsi otak, Kegilaan atau kejiwaan, Kerusakan otot, Gangguan gerakan

5. Eklampsia, Kejang, Hypomagnesemia akut, Tetani uterus, Kekurangan asam amino, Keracunan parasetamol, Vitiligo, Penyakit parkinson, Sakit kronis.

Indikasi :

- Aminofluid dapat melakukan interaksi dengan obat- obatan lainnya yang masih dikonsumsi atau masih digunakan secara bersamaan. Adapun beberapa obat yang dapat berinteraksi dengan Aminofluid adalah: Actidose plus sorbitol, Actidose-aqua, Actidose-aqua advance, Activated charcoal, Active carbon, Anticoagulants. Selain beberapa obat diatas, kemungkinan besar masih banyak obat lainnya yang dapat berinteraksi dengan Aminofluid ketika digunakan secara bersamaan. Oleh sebab itu, pergunakanlah Aminofluid secara bersamaan dengan obat – obatan yang benar – benar aman untuk menghindari interaksi obat yang berbahaya.

Kontra indikasi :

- Aminofluid dapat berkontraindikasi ketika digunakan kepada orang-orang yang memiliki kondisi kesehatan, seperti : Koma akibat Gangguan Fungsi Hati, Gangguan fungsi ginjal kronis, Kadar nitrogen dalam darah tinggi, Gagal jantung karena penyempitan jantung, Keracunan asam, Metabolisme elektrolit atau asam amino tidak normal, Kelebihan Kalsium, kalium, Magnesium, atau fosfor, Retensi jumlah urine, Ibu hamil, anak – anak dibawah 18 tahun hingga wanita yang berencana untuk hamil, Kekurangan asam folat, Kekurangan methyltransferase Guanidinoacetate, Kelainan Genetika, Disfungsi CV, Ssidosis, Gejala Diabetes Melitus. Dari berbagai banyaknya kontraindikasi diatas, kami berharap pemberian Aminofluid kepada orang – orang yang membutuhkannya harus menggunakan dosis dan cara penggunaan

yang tepat. Kontraindikasi lain mungkin saja tidak tertulis, oleh sebab itu ketika pengguna mengalami gejala kontraindikasi yang lain dan lebih parah, maka hentikan penggunaan dan hubungilah dokter segera.

Efek samping :

- menyebabkan Alergi Kulit atau iritasi kulit, Dada terasa tertekan, Peningkatan detak jantung, Pembengkakan pada kepala, paru-paru, serta ujung-ujung jari akibat timbunan cairan, Kelebihan kadar Kalium dalam darah, Keracunan asam, Nyeri dan pembengkakan pada pembuluh darah, Penyebab Demam Menggigil, Sakit kepala, dan gejala lainya. Kemungkinan masih terdapat banyak efek samping lainnya mulai dari yang ringan hingga yang berat. Apabila kamu melihat gejala efek samping diatas ataupun gejala efek samping lainnya yang lebih berat, maka segeralah hubungi dokter untuk konsultasi dan penanganan lebih lanjut.

3. Nama obat : Cernivit

   Klasifikasi/ golongan obat : vitamin

   Dosis umum :

   - Untuk dosis yang diberikan kepada orang dewasa maupun jika dikonsumsi oleh anak-anak yag berusia diatas 11 tahun, maka dosis yang diberikan adalah sebnayak 1 vial untuk setiap harinya.
   - Untuk penggunaan dosis biasanya akan dimulai dengan pemberian air sebanyak 5 ml untuk injeksi ke dalam vial dan kemudian kocok agar nantinya lyophilised powder bisa larut. Kemudian larutan tersebut akan diberikan melalui intravena secara perlahan-lahan maupun juga dengan infus dalam isotonic salene maupun juga larutan glukosa.

   Cara pemberian obat : injeksi atau suntikan

   Mekanisme kerja dan fungsi obat :

   - Cernevit merupakan multivitamin yang biasanya diberikan untuk orang yang mendapat nutrisi secara parenteral (melalui infus) ataupun injeksi.
   - Cernevit banyak digunakan untuk membantu mengobati depresi

   Indikasi :

   - Sebagai multivitamin harian yang diberikan dalam dosis yang dperuntukkan untuk orang dewasa maupun anak-anak yang berusia di atas 11 tahun yang mana tersebut masih menerima nutrisi parenteral.
   - Obat ini juga diberikan pada kasus pemberian terapi intravena jika memang diperlukan, seperti misalnya :
     1) Operasi, patah tulang, dan trauma lainnya.
     2) Mengalami luka bakar.

3) Selain itu, obat ini juga bisa digunakan untuk membantu mengobati penyakit glukosa ataupun penyakit larutan campuran nutrisi parenteral.

Kontra indikasi :

- Obat ini tidak dianjurkan untuk diberikan kepada seseorang yang mana ia terindikasi memiliki riwayat hipersensitifitas.
- Tidak dianjurkan untuk diberikan kepada seseorang yang mana ia diketahui memiliki alergi terhadap kandungan dari obat cernivit.
- Selain itu, obat ini juga tidak boleh diberikan kepada pasien yang terindikasi memiliki riwayat hipervitaminosis.

Efek samping :

- Jika mengkonsumsi obat ini dalam jangka waktu yang lama, maka kemungkinan besar akan mengalami penyakit diare yang mana kondisi ini biasanya harus segera dilakukan penaganan agar tidak semakin parah.
- Seseorang yang mengkonsumsi obat cernevit jika dimungkinkan ia akan mengalami reaksi alergi.
- Mual tanpa muntah, sakit perut, perut kembung, dan kondisi lainnya.
- Ruam, gatal-gatal, eritema, Pusing, sakit kepala, dan cemas.

4. Nama obat : zink

   Klasifikasi/ golongan obat : obat bebas

   Dosis umum :

   - Anak 6 bulan – 5 tahun 1 tablet/ hari
   - Bayi 2-6 bulan ½ tabet/ hari
   - Semua dosis diberikan selama 10 hari berturut-turut meskipun diare sudah berhenti.

   Cara pemberian obat : oral

   Mekanisme kerja dan fungsi obat :

   - Zinc digunakan untuk mengobati diare. Obat ini juga diberikan sebagai salah satu obat komplementer (pelengkap) untuk mengganti cairan tubuh yang hilang dan mencegah dehidrasi.

   Indikasi :

   - Untuk mrngatasi kekurangan zinc di tubuh. Namun beberapa kondisi kesehatan tertentu diketahui dapat diatasi dengan mineral satu ini.

   Kontra indikasi :

   - Karena kandungan seplemen zinc merupakan zat dasar pembangunan tubuh, obat ini aman dikonsumsi asalkan disesuaikan dengan dosis.

   Efek samping :

   - Nyeri perut, dyspepsia
   - mual muntah, diare, iritasi lambung, gastritis
   - dan penggunaan jangka Panjang dapat menyebabkan defisiensi tembaga.

5. Nama obat : Becom-C

   Klasifikasi/ golongan obat :

   Dosis umum :

   Cara pemberian obat :

   - Becom-C dapat diminum sebelum maupun sesudah makan, dengan dosis pemakaian sebagai berikut: Dosis anak-anak : 1 kaplet sehari. Dosis dewasa : 1 – 2 kaplet sehari. Jika terjadi sedikit kelebihan dosis selama pemakaian, maka akan dikeluarkan bersama dengan urine. Oleh karena itu, setiap mengonsumsi vitamin Anda diwajibkan untuk banyak minum air putih.

   Mekanisme kerja dan fungsi obat :

   - Bcom-C mengandung berbagai macam nutrisi yang merupakan komponen yang sesuai untuk memenuhi kebutuhan vitamin dan mineral dalam tubuh. Komposisi Becom-C dalam setiap kapletnya: Vitamin B1 50 mg. Vitamin B2 25 mg. Vitamin B6 10 mg. Vitamin B12 5 mcg. Nikotinamida 100 mg. Vitamin C 500 mg. Panthothenic acid 18,4 mg. Kandungan pada suplemen ini mempunyai peran masing-masing di dalam tubuh. Berikut cara kerja dari masing-masing kandungan : Vitamin B kompleks yang terdiri dari vitamin B1, B6, dan B 12 berperan untuk : Vitamin B1 berperan dalam membantu metabolisme karbohidrat serta menjadi koenzim pada dekarboksilasi asam alfa-keto. Vitamin B2 membantu tubuh membakar karbohidrat, protein, dan lemak Vitamin B6 membantu metabolisme asam amino dan protein karena bisa berubah menjadi piridoksamin fosfat dan piridoksal fosfat. Vitamin B12 membantu memelihara intergrasi jaringan saraf, memiki peran dalam sintesa asam nukleat serta berpengaruh pada pemotongan sel.
   - Vitamin C akan membantu pembentukan kolagen atau senyawa berisi asam amino mirip lem pengikat sel. Zat perekat ini menjadi bagian

susunan utama jaringan penghubung seperti kulit, tulang, dan ikatan sendi tulang. Proses inilah yang berguna untuk mengurangi kerutan dan meningkatkan kehalusan permukaan kulit. - Nikotinamida atau vitamin B3 dianggap sebagai anti oksidasi seperti halnya vitamin A, C dan E. Vitamin ini membantu meningkatkan kesehatan system pencernaan dan mengurangi gangguan pada perut dan usus. Peranan vitamin B3 lainnya mencakup meningkatkan kesehatan kulit.

- Panthothenic acid atau vitamin B5 membantu mengurangi kecapekan dan kelelahan, serta menetapkan aktivitas metabolisme seluruh tubuh agar pada jalur yang benar. Sehingga vitamin B5 mampu meningkatkan stamina tubuh untuk melakukan berbagai aktivitas dengan cara yang efisien dan sehat.

Indikasi :

- Becom-C memiliki berbagai kandungan gizi yang dibutuhkan untuk: Anak-anak yang sedang dalam masa pertumbuhan yaitu untuk pembentukan gigi dan tulang. Pencegahan & pengobatan pasien yang kekurangan vitamin B kompleks dan vitamin C. Pasien yang sedang dalam masa penyembuhan setelah sakit.

Kontra indikasi :

- Becom-C relatif aman dan tidak ada kontraindikasi khusus. Kecuali bagi mereka yang alergi terhadap salsah satu atau beberapa komponen dalam suplemen ini.

Efek samping :

- Becom-C tidak memiliki efek samping namun hindari penggunaan melebihi dosis yang dianjurkan. Pada umumnya, mengonsumsi multivitamin setiap hari hingga kini belum menimbulkan efek samping yang berbahaya. Selalu minum air putih yang cukup, olahraga, cukup istirahat dan tetap jaga makanan dengan gizi seimbang demi tetap

menjaga daya tahan tubuh yang baik selain dari meminum suplemen makanan.

6. Nama obat : Budenofalk

   Klasifikasi/ golongan obat : obat Kortikosteroid

   Dosis umum :

   - Untuk penyakit Chron akut, penggunaan Budenofalk adalah sebesar 9 mg diminum sehari sekali pada pagi hari selama 8 minggu. Pengobatan ini dapat dikurangi ke 6 mg setiap hari selama 2 minggu sebelum penggunaan obat selesai. Sementara, untuk episode penyakit Chron aktif yang kambuh, pengulangan 8 minggu pengobatan dapat diberikan. Mengikuti pengobatan 8 minggu untuk penyakit Chron aktif dan ketika gejala sudah terkendali, 6 mg sekali sehari direkomendasikan untuk perawatan remisi klinis hingga 3 bulan.

   Cara pemberian obat : Oral

   Mekanisme kerja dan fungsi obat :

   - Budenofalk berfungsi untuk mengobati penyakit Crohn dan dapat digunakan untuk meringankan dan mengobati penyakit Asma atau penyakit COPD (chronic obstructive pulmonary disease) lain serta berbagai jenis penyakit usus lainnya seperti Diare Putih atau nyeri pada bagian perut. Ketika Budenofalk dikonsumsi, maka obat ini akan bekerja untuk melakukan penurunan konsentrasi kortisol endogen dan menurunkan sistem kekebalan tubuh.

   Indikasi :

   - Memicu remisi (berkurangnya gejala-gejala penyakit) pada passion dengan crohn ringan sampai sedang dengan kekusutan usus halus dan penurunan kolon.

   Kontra indikasi :

   - Budenofalk juga dapat memberikan kontraindikasi bila digunakan oleh orang-orang yang memiliki kondisi kesehatan, seperti :

Laktasi, penyakit hati seperti Gejala Sirosis Hati, Infeksi akut karena Kemoterapi Antimikroba, Kehamilan, katarak, diabetes, eksim, glaucoma, Hipertensi, infeksi yang disebabkan oleh bakteri, virus, jamur, Osteoporosis, rhinitis atau peradangan hidung, Tukak perut aktif, Gejala TBC, Sistem imunitas yang lemah

Efek samping :

- Budenofalk juga dapat memunculkan efek samping mulai dari yang ringan hingga yang berat. Adapun beberapa efek samping yang dapat ditimbulkan oleh penggunaan Budenofalk adalah : Badan Panas Kepala Pusing dan Mual, mulas, dan sakit kepala, Reaksi alergi seperti gatal-gatal, wajar,bibir, lidah, atau tenggorokan membengkak hingga sulit bernafas, Bentuk tubuh seeprti lengan, wajah, leher, payudara atau pinggang berubah, Tekanan darah meningkat, detak jantung tidak teratur, penglihatan menjadi kabur, Kulit menipis, mudah terluka, ingusan atau Hidung Tersumbat Setiap Hari, batuk, sakit tenggorokan, nyeri otot, nyeri perut, Gangguan pencernaan hingga perubahan pada siklus haid.

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

Bab ini membahas kesenjangan antara teori dan kasus kelolaan pada Tn “B” dengan Chron Disease di ruang perawatan Bernadeth III.A Rumah Sakit Stella Maris Makassar selama tiga hari dari tanggal 5–8 April 2018 dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari, pengkajian, Analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam mengumpulkan data dari berbagai sumber yaitu pasien, keluarga, perawat ruangan, pemeriksaan diagnostik, dan hasil pengamatan langsung pada pasien.

Hasil pengkajian yang didapatkan pada pasien atas nama Tn.”B” umur 17 tahun masuk Rumah Sakit Stella Maris dengan keluhan mual muntah. Saat pengkajian tanggal 05 april 2018 diperoleh data, keadaan umum lemah, BAB encer ± 2x, muntah konsistensi cair berwarna bening dan tidak berampas, saat tidur pasien merasakan nyeri pada perut seperti tertusuk-tusuk. nyeri yang dirasakan ± 30 menit dan dirasakan secara terus-menerus, dengan skala nyeri 8, Badan teraba hangat (demam).

Hasil pemeriksaan meliputi tanda-tanda vital: TD: 100/70 mmHg, frekuensi nadi: 88x/menit, suhu: 38,7ºC, frekuensi pernapasan: 20x/menit, peristaltik usus: 38x/menit. Hasil pemeriksaan Lab: WBC: 13.0 10^3/uL, RBC : 4,6 10^6/uL , HGB: 10,2 g/dL. Pasien mengatakan ia suka dengan makanan yang instan. Pasien mengatakan ia suka makan nasi goreng, bakso, gorengan, mie instan. Pasien juga mengatakan ia jarang untuk mencuci tangan sebelum makan.

Menurut Priscilia Le Mone, dkk (2016), menyebutkan bahwa tanda dan gejala pada pasien Crohn disease adalah Nyeri abdomen yang disebabkan karena adanya Jaringan parut dan pembentukan granuloma yang mempengaruhi kemampuan usus untuk mentranspor produk dari pencernaan usus atau melalui lumen. nyeri yang dirasakan seperti kram, kram yang terjadi karena peristaltik usus di rangsang oleh makanan yang melewati usus, nyeri yang dirasakan terjadi setelah makan..Pasien dengan crohn disease mungkin dapat ditemukan massa pada kuadran perut kanan bawah. Komplikasi (seperti fisura atau fistula perianal, abses, dan prolaps rektum) dapat ditemukan sampai pada 90% pasien dengan crohn disease yang keseluruhannya dapat menimbulkan manifestasi nyeri abdomen.

Hasil pengkajian juga didapatkan pasien mengalami mual muntah, disertai sakit perut dan BAB encer. Biasanya, diagnosis dapat ditegakkan hanya setelah beberapa tahun mengalami nyeri perut berulang, demam, dan diare. dimana mengalami Diare persisten, Feses berbentuk cair atau semipadat dan biasanya tidak mengandung darah. Kehilangan berat badan akibat diare, anoreksia, dan sulit makan. Kehilangan berat badan lebih sering terjadi pada Crohn disease karena terjadinya malabsorpsi yang berhubungan dengan penyakit pada usus halus. Pasien bisa tidak mau makan karena ingin mengurangi gejala yang terjadi. Sehingga menyebabkan penurunan berat badan.

Dari hasil pengkajian yang didapatkan, pasien mengalami demam yaitu suhu 38,7^{0}c. Penyebab terjadinya demam karena usus mengalami peradangan juga bisa dapat mengalami perforasi dan membentuk abses anal dan inta abdomen. Pasien dengan megakolon toksik tampak terlihat sepsis, yang ditandai dengan demam tinggi, letargi, menggigil, takikardi, meningkatnya nyeri pada abdomen, dan distensi abdomen.

Tidak semua tanda dan gejala pada teori ditemukan pada kasus, seperti adanya Jaringan parut dan pembentukan granuloma. Jaringan

parut dan pembentukan granuloma mengakibatkan nyeri abdomen seperti kram, karena peristaltik usus di rangsang oleh makanan dan nyeri yang dirasakan terjadi setelah makan.

B. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan teori terdapat 5 diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada pasien crohn disease yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan agen cedera biologis
2. Risiko kekurangan volume cairan tubuh berhubungan dengan kehilangan volume cairan aktif
3. Hipertermia berhungan dengan penyakit
4. ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan
5. Kurang pengetahuan berhungan dengan kurang informasi

Pada tinjauan kasus yang ditegakkan pada Tn.”B” dengan kasus Crohn Disease penulis hanya mengangkat 3 diagnosa keperawatan prioritas antara lain:

1. Nyeri akut berhubungan agen cedera biologis

   Alasan penulis mengangkat diagnosa ini karena didukung oleh data adanya nyeri pada bagian perut seperti tertusuk-tusuk, nyeri yang dirasakan ± 30 menit dan dirasakan secara terus-menerus, dengan skala nyeri 8. Hal ini kemungkinan disebabkan karena terjadi infeksi usus yang bersifat akut yang dirasakan + 4 bulan.
2. Hipertermia berhubungan dengan penyakit

   Diagnosa ini didukung karena pasien demam dengan temperature suhu pasien (S:38,7ºC), badan teraba hangat, dan tampak pasien berkeringat.
3. Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan

   Diagnosa ini didukung karena pasien berat badan menurun 15 kg. Dimana berat badan sebelum sakit yaitu 45 kg menjadi 30 kg dari 4

bulan terakhir sejak pasien mengalami sakit. Semenjak sakit pasien tidak nafsu makan, makan ± 3 sendok makan, tampak pasien kurus, dan hasil IMT: 12,0 (berat badan kurang).

Bila dibandingkan dengan diagnosa teori dan kasus hanya 3 diagnosa yang didapatkan dari hasil data yang diperoleh. Alasan penulis tidak mengangkat 2 diagnosa yang ada di teori karena tidak ada data yang mendukung dan adapun respon yang berbeda dari setiap pasien.

C. Perencanaan Keperawatan

Berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien. selanjutnya penulis membuat perencanan untuk mengatasi masalah keperawatan yang muncul.

Pada diagnosa keperawatan pertama, kedua dan ketiga intervensi keperawatan disusun oleh penulis berdasarkan *Nursing intervension classification (*NIC*).*

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis.

   Intervensi keperawatannya adalah Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik,onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus., Kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan (misalnya, suhu ruangan, pencahayaan, suara bising), Ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri, Dukung istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri., Pastikan perawatan analgesik bagi pasien dilakukan dengan pemantauan yang ketat, Berikan informasi mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan dan antisipasi dari ketidaknyamanan akibat prosedur, Monitor TTV
2. Hipertermia berhubungan dengan penyakit.

Intervensi keperawatannya adalah Dorong konsumsi cairan, Fasilitas istirahat, terapkan pembatasan aktivitas ; jika diperlukan, Tutup pasien dengan selimut atau pakaian ringan, tergantung pada fase demam (yaitu : memberikan selimut hangat untuk fase dingin, menyediakan pakaian atau linen tempat tidur ringan untuk demam fase bergejolak, Beri obat atau cairan IV (misalnya., antipiretik, agen antibakteri, dan agen anti menggigil), Pantau suhu dan tanda-tanda vital lainnya, Monitor warna kulit dan suhu, Timbang berat badan setiap hari dan monitor status pasien, Monitor status dehidrasi,Monitor makanan/cairan yang dikomsumsi dan hiting asupan kalori harian.

3. Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan.

   Intervensi keperawatannya adalah Monitor tanda-tanda fisiologis (tanda-tanda vital, elektrolit), Identifikasi (adanya) alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien, Ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan (misalnya bersih, berventilasi, satai, bebas dari bau yang menyengat), Lakukan atau bantu pasien untuk duduk pada saat posisi tegak di kursi, jika memungkinkan, Tentukan status gizi pasien dan kemampuan (pasien) untuk memenuhi kebutuhan gizi.

D. Pelaksanaan Keperawatan

Berdasarkan intervensi keperawatan yang telah disusun oleh penulis kemudian diimplementasikan pada pelaksanaan asuhan keperawatan.

Pada diagnosa keperawatan pertama, Nyeri akut berhubungan agen cedera biologis dimana pada hari pertama, kedua dan ketiga semua intervensi tetap dilakukan. Penulis melakukan semua intervensi yang telah dibuat yaitu Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas

atau beratnya nyeri dan faktor pencetus., Kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan (misalnya, suhu ruangan, pencahayaan, suara bising), Ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri, Dukung istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri., Pastikan perawatan analgesik bagi pasien dilakukan dengan pemantauan yang ketat, Berikan informasi mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan dan antisipasi dari ketidaknyamanan akibat prosedur, Monitor TTV.

Pada diagnosa keperawatan kedua, Hipertermia berhubungan dengan penyakit, dimana pada hari pertama, kedua dan ketiga semua intervensi tetap dilakukan semua intervensi dilakukan adalah Dorong konsumsi cairan, Fasilitas istirahat, terapkan pembatasan aktivitas ; jika diperlukan, Tutup pasien dengan selimut atau pakaian ringan, tergantung pada fase demam (yaitu : memberikan selimut hangat untuk fase dingin, menyediakan pakaian atau linen tempat tidur ringan untuk demam fase bergejolak, Beri obat atau cairan IV (misalnya., antipiretik, agen antibakteri, dan agen anti menggigil), Pantau suhu dan tanda-tanda vital lainnya, Monitor warna kulit dan suhu, Timbang berat badan setiap hari dan monitor status pasien, Monitor status dehidrasi,Monitor makanan/cairan yang dikomsumsi dan hiting asupan kalori harian.

Pada diagnosa keperwatan ketiga yaitu, Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurang asupan makanan dimana intervensi dilakukan adalah Monitor tanda-tanda fisiologis (tanda-tanda vital, elektrolit), Identifikasi (adanya) alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien, Ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan (misalnya bersih, berventilasi, satai, bebas dari bau yang menyengat), Lakukan atau bantu pasien untuk duduk pada saat posisi tegak di kursi, jika memungkinkan, Tentukan status gizi pasien dan kemampuan (pasien) untuk memenuhi kebutuhan gizi

.

E. Evaluasi

Tahap ini merupakan tahap terakhir dari asuhan keperawatan yang mencakup tentang penentuan apakah hasil yang diharapkan biasa dicapai. Dari hasil evaluasi keperawatan selama melaksanakan proses keperawatan pada pasien selama 3 hari (6-8 april 2018) adalah sebagai berikut :

1. Nyeri akut berhubungan agens cedera biologis

   Masalah ini mulai teratasi sesuai dengan tujuan NOC dimana skala nyeri pasien yaitu skala 6 (berat).

2. Hipertemia berhubungan dengan penyakit

   Masalah ini mulai teratasi karena sesuai dengan tujuan NOC dimana suhu pasien dari 38,7 ºc menjadi 37,9 ºc.

3. Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurang asupan makanan.

   Masalah ini mulai teratasi karena sesuai dengan tujuan NOC dimana terjadi peningkatan BB 1 kg yaitu menjadi 31 kg dari 30 kg.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

Setelah melakukan pembahasan kasus, yang membandingkan teori dengan kasus pada pasien di lahan praktek melalui asuhan keperawatan yang diterapkan pada pasien Tn.''B" dengan *Crohn Disease* di ruang perawatan Bernadeth III.A Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Maka penulis dapat menarik kesimpulan dan memberikan saran sebagai berikut:

A. Simpulan

1. Pengkajian merupakan keputusan atau tindakan yang dipilih untuk mengatasi masalah yang diperoleh dari pasien.

   Pada pengkajian penulis mendapatkan data-data sebagai berikut Pengkajan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien Tn."B" dengan *Crohn disease,* penulis menemukan beberapa data seperti keadaan umum lemah, dan BAB encer ± 2x.Tampak muntah konsistensi cair berwarna bening dan tidak berampas, merasakan nyeri pada perut seperti tertusuk-tusuk. nyeri yang dirasakan ± 30 menit dan dirasakan secara terus-menerus, skala nyeri 8. TD: 100/70 mmHg, frekuensi nadi: 88 x/menit, suhu: 38,7 ºC, frekuensi pernapasan: 20 x/menit, peristaltic usus: 38 x/menit. Pengukuran lingkar lengan atas: 15cm,TB: 158cm, BB: 30kg. Hasil pemeriksaan Lab: WBC: 13.0 10^3/Ul, RBC : 4,6 10^6/uL , HGB: 10,2 g/dL.
2. Diagnosa merupakan hasil suatu masalah dan penyebab yang didapatkan dari pasien dengan cara pengumpulan data dan melihat respon yang ada.

   Diagnosa keperawatan yang ditemukan penulis Dari hasil pengkajian pada kasus Tn"B" maka diagnosa keperawatan yang muncul adalah :

   a. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis

b. Hipertermia berhubungan dengan penyakit
c. Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan

1. Perencanaan tindakan keperawatan yang ditetapkan ditujukan untuk mengatasi diagnosa keperawatan yaitu :

a) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis.

Intervensi keperawatannya adalah Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik,onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetu. Kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan (misalnya, suhu ruangan, pencahayaan, suara bising), Ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri, Dukung istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri., Pastikan perawatan analgesik bagi pasien dilakukan dengan pemantauan yang ketat, Berikan informasi mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan dan antisipasi dari ketidaknyamanan akibat prosedur, Monitor TTV

b) Hipertermia berhubungan dengan penyakit.

Intervensi keperawatannya adalah Dorong konsumsi cairan, Fasilitas istirahat, terapkan pembatasan aktivitas ; jika diperlukan, Tutup pasien dengan selimut atau pakaian ringan, tergantung pada fase demam (yaitu : memberikan selimut hangat untuk fase dingin, menyediakan pakaian atau linen tempat tidur ringan untuk demam fase bergejolak, Beri obat atau cairan IV (misalnya., antipiretik, agen antibakteri, dan agen anti menggigil), Pantau suhu dan tanda-tanda vital lainnya, Monitor warna kulit dan suhu, Timbang berat badan setiap hari dan monitor status pasien, Monitor status dehidrasi,Monitor makanan/cairan yang dikomsumsi dan hiting asupan kalori harian.

c) Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan.

Intervensi keperawatannya adalah Monitor tanda-tanda fisiologis (tanda-tanda vital, elektrolit), Identifikasi (adanya) alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien, Ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan (misalnya bersih, berventilasi, satai, bebas dari bau yang menyengat), Lakukan atau bantu pasien untuk duduk pada saat posisi tegak di kursi, jika memungkinkan, Tentukan status gizi pasien dan kemampuan (pasien) untuk memenuhi kebutuhan gizi.

2. Pelaksanaan tindakan keperawatan seluruhnya bisa dilaksanakan sesuai dengan perencanaan pada masing-masing diagnose keperawatanberkata kerja sama yang baik dari teman, perawat dan tim medis lainnya dan didukung oleh sarana dan prasarana yang tesedia dengan baik di Rumah sakit.
3. Evaluasi merupakan hasil dari tindakan yang dilakukan selama tiga hari untuk mengasatasi masalah yang ada.

Evaluasi keperawatan didapatkan hasil dari ketiga diagnosa keperawatan teratasi sesuai dengan tujuan yang dterapkan di Nursing Outcome (NOC) yaitu hiperthermi mulai teratasi dimana suhu pasin dari 38,7 ºc menjadi 37,9 ºc, diperoleh hasil evaluasi dari masalah nyeri akut Masalah ini mulai teratasi sesuai dengan tujuan NOC dimana skala nyeri pasien yaitu skala 6 (berat), dan ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh Masalah ini mulai teratasi karena sesuai dengan tujuan NOC dimana terjadi peningkatan BB 1 kg yaitu menjadi 31 kg dari 30 kg.

B. Saran

1. Bagi instansi Rumah Sakit

Penulis mengharapkan untuk Rumah Sakit agar lebih meningkatkan fasilitas pelayanan kesehatan utamanya dalam upaya peningkatan

pengetahuan dan pencegahan penyakit pada masyarakat khususnya penyakit *Crohn Disease.*

2. Bagi Pendidikan

   Penulis mengharapkan karya tulis ilmiah ini dapat menjadi bahan studi kasus yang dapat bermanfaat bagi pembaca. Diharapkan agar tetap menjaga dan meningkatkan metode pembimbingan bagi seluruh mahasiswa yang praktek di Rumah Sakit agar supaya mahasiswa dapat meniru model professional keperawatan yang akan menghantar mahasiswa manjadi calon perawat yang professional dimasa sekarang dan yang akan datang.

3. Bagi pasien

   Diharapkan agar lebih memperhatikan dan meningkatkan upaya pencegahan dari penyakit, dan pengobatan sejak dini. Penulis mengharapkan pasien mengikuti anjuran yang telah diberikan dari perawat maupun dari tenaga medis lainnya, seperti rutin memeriksakan kesehatan dan menjaga pola hidup yang sehat. sehingga kesehatan dapat tercapai dengan baik di lingkungan keluarga maupun masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

Suddarth & brunner. (2013). *keperawatan medical-bedah*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC

Arif muttaqin, sari Kumala . (2011). *Gangguan gastrointestinal.* Jakarta: salemba medika

Priscilla L, keren M.Burke, gerene bauldoff. (2015). *Keperawatan medical bedah.* Jakarta: Buku Kedeokteran EGC

Herdman, T. Heather. (2015). Nanda International Inc. Diagnosis Keperawatan Nanda NIC NOC. Jakarta: EGC

Nursing Interventions Clasification (NIC). (2013). Nursing Interventions Clasification. Edisi ke-6, edisi Bahasa Indonesia: Intansari Nurjannah, Roxsana D. Tumanggor

Nursing outcomes, classification (NOC). (2013). Nursing outcomes, Edisi ke-5, edisi bahasa Indonesia: Intansari Nurjannah, Roxana D. Tumanggor

MRO RS Sakit Stella Maris. (2016, 2017). Statistik penyskit *crohn disease.* RS Stella Maris Makassar. Tidak dipublikasikan

https://mediskus.com

http://dwitenriramadhanti.blogspot.co.id/2013/01/penyakit-crohn-crohn-disease.html (diambil tgl 08 april 2018)

https://septialesmana.wordpress.com/2014/03/12/asuhan-keperawatan-crohn-disease/ (diakses tanggal 12 April 2018)

https://www.pfizer.co.id/crohn%E2%80%99s-disease-penyakit-langka-saluran-cerna (diakses tanggal 12 April 2018)

https://www.scribd.com/doc/289928812/Makalah-Penyakit-Crohn-Disease (diakses tanggal 23 April 2018)

http://download.portalgaruda.org/article.php?article=14461&val=970

file:///C:/Users/DELL/Downloads/1116-1718-1-PB.pdf
(diakses tanggal 23 April 2018)

http://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/viewFile/1116/963
(di akses tanggal 16 april 2018)

https://media.neliti.com/media/publications/69813-ID-none.pdf
(di akses tanggal 16 april 2018)

https://nisapurple.wordpress.com/2011/10/16/penyakit-crohn/
(di akses tanggal 16 april 2018)

http://www.depkes.go.id/resources/download/LAKIP%20RO REN/1%20perencanaan%20kinerja/RAK%20Puskomblik.pdf
(di akses tanggal 16 april 2018)

https://nisapurple.wordpress.com/2011/10/16/penyakit-crohn/
(di akses tanggal 20 April 2018**)**

https://docuri.com/download/crohn39s-disease-inflammatory-bowel-disease_59c1d590f581710b28664cc3_pdf
(di akses tanggal 20 April 2018**)**

LEMBAR KONSUL KTI

Nama mahasiswa : Aveliana Fredericha Basso

Nama pembimbing : Elmiana Bongga Linggi,Ns.,M.Kes

Lahan bimbingan : Ruang Perawatan St.Bernadeth III.A

Program studi/tingkat : DIII Keperawatan/ III

Tanggal	Materi konsul	Paraf pembimbing	Paraf mahasiswa
06 April 2018	Lapor kasus dengan penyakit Crohn Disease		
16 April 2018	Konsul pengkajian dan lengkapi ulang pengkajian		
17 April 2018	Konsul perbaikan pengkajian. Konsul Analisa data, diagnosa dan intervensi. perbaiki Analisa data dan intervensi.		
18 April 2018	Konsul perbaikan Analisa data dan intervensi		
23 April 2018	BAB I dan perbaiki Latar Belakang		

Makassar,……

Wakil ketua I

Hennny Pongantung, S.Kep.,Ns, MSN

NIDN. 0912106501

LEMBAR KONSUL KTI

Nama mahasiswa : Aveliana Fredericha Basso

Nama pembimbing : Elmiana Bongga Linggi,Ns.,M.Kes

Lahan bimbingan : Ruang Perawatan St.Bernadeth III.A

Program studi/tingkat : DIII Keperawatan/ III

Tanggal	Materi konsul	Paraf pembimbing	Paraf mahasiswa
15 Mei 2018	perbaikan Latar Belakang Implementasi dan Evaluasi.		
16 Mei 2018	BAB II dan tambahkan materi konsep dasar keperawatan		
17 Mei 2018	Tambahan materi BAB II		
21 Mei 2018	Perbaikan implemtasi dan Evaluasi		
22 Mei 2018	Konsul BAB IV dan BAB V Perbaiki ulang BAB IV dan BAB V		
23 Mei 2018	Perbaikan BAB IV dan V. Tambahkan Materi di BAB IV		

Makassar,……

Wakil ketua I

Hennny Pongantung, S.Kep.,Ns, MSN

NIDN. 0912106501

LEMBAR KONSUL KTI

Nama mahasiswa : Aveliana Fredericha Basso

Nama pembimbing : Elmiana Bongga Linggi,Ns.,M.Kes

Lahan bimbingan : Ruang Perawatan St.Bernadeth III.A

Program studi/tingkat : DIII Keperawatan/ III

Tanggal	Materi konsul	Paraf pembimbing	Paraf mahasiswa
24 Mei 2018	Patoflowdiagram dan perbaikan penambahan BAB IV		
25 Mei 2018	Perbaikan Patoflowdiagram		
30 Mei 2018	Konsul ulang Implementasi , Evaluasi dan BAB IV		

Makassar,……

Wakil ketua I

Hennny Pongantung, S.Kep.,Ns, MSN

NIDN. 0912106501