

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam BAB ini penulis akan menguraikan kesenjangan antara tinjauan pustaka BAB 2 dengan tinjauan kasus BAB 3 dalam “Asuhan Keperawatan Anak Pada An.A Dengan Diagnosa Medis Gastroenteritis Di Ruang Multazam RS. PKU Muhammadiyah Surabaya” yang meliputi pengkajian keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan.

4.1 Pengkajian Keperawatan.

Tahap pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien. Pengkajian menggunakan metode wawancara, observasi, studi dokumentasi dan pemeriksaan fisik (Setiadi, 2010)

Dalam pengkajian yang dilakukan pada 09 Juni 2015 sampai dengan 11 Juni 2015, pada An.A dengan Diagnosa medis Gastroenteritis di Ruang Multazam RS. PKU Muhammadiyah Surabaya, penulis menggunakan metode wawancara, observasi, studi dokumentasi dan pemeriksaan fisik. penulis menemukan hambatan dalam pengumpulan data karena klien yang masih berusia 14 bulan, tetapi penulis bekerjasama dengan orang tua dan tenaga kesehatan (Perawat) untuk pengumpulan data sehingga bisa tercukupi data-data yang penulis butuhkan untuk pengkajian.

Pada Pola Eliminasi dalam tinjauan pustaka ditemukan tanda-tanda diare lebih dari 3x perhari, tetapi dalam tinjauan kasus ditemukan klien mengalami

diare lebih dari 5x perhari dan setelah diberi obat untuk mengurangi diare, diare klien berkurang.

Pada pemeriksaan fisik abdomen terdapat dalam tinjauan pustaka terdapat distensi abdomen, kembung, nyeri tekan dan dalam tinjauan kasus tidak ditemukan distensi abdomen, klien hanya mengalami kembung dan bising usus meningkat.

Pada pemeriksaan pola fungsi kesehatan dalam tinjauan pustaka pola nutrisi dan metabolisme terdapat tanda-tanda penurunan nafsu makan akibat mual, muntah, anoreksia yang menyebabkan penurunan berat badan anak dan dalam tinjauan kasus klien juga mengalami penurunan nafsu makan akibat mual, muntah, anoreksia.

Ada beberapa yang menonjol dari komponen-komponen pengkajian tersebut diantaranya, munculnya masalah Defisit volume cairan, Hipertemia, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dan Kerusakan integritas kulit. Tetapi penulis dapat mengatasi masalah tersebut dengan cara memberikan Intervensi Keperawatan untuk penyelesaian masalah tersebut.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Dari pengumpulan data yang diperoleh, kemudian di analisa dan di dapatkan diagnose keperawatan, pada tinjauan teori di dapatkan sebagai berikut. (Nanda, 2015) :

- a. Diare berhubungan dengan proses infeksi, inflamasi di usus
- b. Defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif

- c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan intake makanan
- d. Hipertemia berhubungan dengan proses penyakit
- e. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ekskresi/BAB sering

Sedangkan berdasarkan data-data yang didapatkan penulis dari hasil pengkajian tanggal 09 Juni – 11 Juni 2015, pada An.A dengan Diagnosa Medis Gastroenteritis di Ruang Multazam RS. PKU Muhammadiyah Surabaya. Dari data pengkajian dapat disimpulkan bahwa diagnose keperawatan yang muncul pada kasus telah di sesuaikan dengan prioritas masalah yaitu :

- a. Defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif
- b. Hipertemia berhubungan dengan proses penyakit
- c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan intake makanan
- d. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ekskresi/BAB sering

Sedangkan Diagnosa Keperawatan yang lainnya, yang di sebutkan dalam Tinjauan putaka tidak ditemukan dalam kasus karena pada hasil pengkajian tidak di temukan adanya data yang mendukung.

4.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi Keperawatan meliputi penentuan prioritas masalah, tujuan, kriteria hasil, dan intervensi. Tahap ini dimulai setelah menentukan diagnose keperawatan dan menyimpulkan rencana dokumentasi. Tahap perencanaan merupakan suatu proses penyusunan berbagai intervensi Keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah-masalah klien. Perencanaan ini

merupakan langkah ketiga dalam membuat suatu proses keperawatan (Hidayat, 2004)

Intervensi keperawatan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat perbedaan karena pada tinjauan kasus menyesuaikan dengan keadaan klien dan saran yang ada di tempat keperawatan. Tujuan dari kasus di cantumkan jangka waktunya sebagai pedoman dalam melakukan evaluasi karena penulis mengamati klien secara langsung sedangkan pada tinjauan pustaka tidak ditentukan jangka waktunya.

Tujuan pada diagnosa keperawatan Defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif dilakukan dalam waktu 1x24 jam pada tanggal 09 Juni 2015. Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan kebutuhan cairan terpenuhi dengan memberikan rehidrasi oral seperti memberikan oralit, rehidrasi melalui intravena seperti memberikan cairan infuse D5 ¼ NS melalui intravena.

Pada diagnosa keperawatan Hipertemia berhubungan dengan proses penyakit dilakukan dalam waktu 2x24 jam pada tanggal 09 Juni-10 Juni 2015. Setelah dilakukan tindakan Asuhan keperawatan diharapkan Tubuh tidak panas, Suhu tubuh dalam batas Normal (36 – 37,5°C).

Pada diagnosa keperawatan Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan intake makanan dilakukan dalam waktu 3x24 jam pada tanggal 09 – 11 Juni 2015. Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan nafsu makan meningkat, klien tidak mengalami mual, muntah, anoreksia.

Pada diagnosa Kerusakan integritas kulit juga di lakukan dalam waktu 2x24 jam pada htanggal 09 Juni -10 Juni 2015, dan setelah dilakukan asuhan keperawatan diharap kan intergritas kulit yang baik bisa di pertahankan, tidak ada luka/lesi pada kulit.

4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahap keempat dari proses keperawatan dimana rencana keperawatan di laksanakan dan melaksanakan intervensi atau aktifitas yang telah ditentukan (Handayanningsih, 2007)

Pada tinjauan kasus dilakukan implementasi keperawtan sesuai dengan yang dirumuskan pada intervensi keperawatan sedangkan pada tinjauan pustaka tidak di lakukan implementasi di karenakan tidak ada kliennya. Seperti pada diagnosa keperawatan Defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif adalah melakukan pendekatan pada klien dan ibu klien, mengobservasi tanda-tanda vital, memantau tanda gejala kekurangan cairan, memantau intake output, memberikan injeksi Ceftriaxon 3x250 mg iv, Injeksi Indexon 2 x 2mg iv, Drip Metronidazole 3 x 50mg iv, puyer diare 1bks peroral.

Pada diagnosa Hipertemia berhubungan dengan proses penyakit juga melakukan pendekatan pada klien dan ibu klien, mengobservasi suhu tiap 4 jam sekali, menganjurkan pada ibu klien untuk memakaikan baju yang mudah di serap oleh keringat, mengompres klien dengan air biasa pada kedua axial dan pada daerah pelipatan tubuh, Memberikan Sanmol drop 3 x 0,8cc peroral, vometa drop 2 x 0,4cc, injeksi Ceftriaxon 3x250 mg iv, Injeksi Indexon 2 x 2mg iv, Drip Metronidazole 3 x 50mg iv, puyer diare 1bks peroral.

Pada diagnosa keperawatan Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan intake makanan penulis memberikan/menyajikan makanan dan minuman hangat untuk klien, mengobservasi taanda-tanda vital, menganjurkan pada keluarga klien untuk memberikan makanan favorit yang disukai klien, menganjurkan ibu klien untuk memberikan makanan sedikit tapi sering, memberikan HE/Mendiskusikan atau menjelaskan tentang pembatasan diit (makanan berserat tinggi, makanan terlalu panas atau terlalu dingin dapat merangsang mengiritasi mukosa lambung), member injeksi Ceftriaxon 3x250 mg iv, Injeksi Indexon 2 x 2mg iv, Drip Metronidazole 3 x 50mg iv, puyer diare 1bks peroral.

Pada diagnosa keperawatan yang terakhir, Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ekskresi/BAB sering penulis melakukan monitor kulit akan adanya kemerahan, membersihkan tempat tidur agar tetap kering, Mengkaji kerusakan kulit, membantu ibu klien untuk memberikan lotion/baby oil pada daerah yang tertekan.

Dalam pelaksanaan ini penulis menemukan hambatan tetapi penulis mampu mengatasihambatan tersebut sehingga tidak menjadi masalah oleh penulis.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan keberhasilan dari intervensi keperawatan, apakah sudah tercapai atau belum tercapaidan apakah sudah sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Evaluasi ini di lakukan dengan menggunakan format evaluasi SOAP meliputi data subjektif, objektif, data analisa dan data perencanaan (Handayaningsih, 2007)

Evaluasi keperawatan pada tinjauan kasus ini di lakukan dengan pengamatan dan menanyakan langsung pada keluarga kemudian di dokumentasikan dalam catatan perkembangan sedangkan pada tinjauan pustaka tidak menggunakan catatan perkembangan karena tidak adanya klien sehingga tidak di lakukan evaluasi. Evaluasi untuk setiap diagnosa keperawatan pada tinjauan kasus dapat tercapai, dan tercapai sebagian dengan kriteria hasil yang di harapkan.

Pada diagnosa keperawatan Defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif masalah teratasi sebagian, ibu klien mengatakan Diare anaknya sedikit menurun, hanya 3x sehari ini, sedikit padat berampas, warna kuning, bising usus 20x/mnt, suhu 37,5°C, RR : 34x/mnt Nadi:124x/mnt, Mata cowong (-), mual (-), muntah (-), turgor kulit baik, ubun-ubun normal. Keadaan umum cukup, GCS : 456.

Pada diagnosa hipertemia berhubungan dengan proses penyakit masalah dapat teratasi ditandai dengan keadaan umum cukup, GCS : 456, Nadi : 124x/mnt RR : 34x/mnt, Suhu : 37,°C, BAB 3x hari ini Sedikit padat berampas, berwarna kuning, makan (+) ± 6-5 sendok, Minum (+).

Pada diagnosa keperawatan Ketidakseimbangan nutrisi dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan intake makanan Masalah teratasi sebagian dengan ibu klien mengatakan anaknya sudah mau makan 6-5 sendok makan, Keadaan umum cukup, GCS : 456 Nadi : 124x/mnt RR : 34x/mnt, Suhu : 37,°C, BAB 3x hari ini Sedikit padat berampas, berwarna kuning, makan (+) ± 6-5 sendok, Minum (+). Mual (-), Muntah (-)

Pada diagnosa yang terakhir, Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ekskresi/BAB sering ditemukan masalah teratasi ditandai dengan klien tidak lagi menangis saat BAB, dan tidak terlihat kemerahan pada perianal.