

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab ini, penulis akan mengemukakan kesenjangan yang terjadi antara asuhan keperawatan secara teori dengan penerapan asuhan pada Tn. S di ruang Interna RSUD M Soewadhi dari tanggal 08 Agustus – 11 Agustus 2012. Untuk memahami kesenjangan yang terjadi, maka penulis membahas sesuai proses keperawatan sebagai berikut :

4.1 Pengkajian Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian yang diperoleh pada Tn. S, ditemukan data-data sebagai berikut: BAB sering dengan frekuensi ± 5 x/hari dengan konsistensi encer, ampas, muntah, nafsu makan menurun, klien mengatakan malas minum. Klien lemah, ekspresi wajah tegang, bibir kering, mata agak cekung, turgor kurang elastic.

Sedangkan dalam teori gejala diare digambarkan sebagai berikut: BAB encer lebih dari 3 x/hari, muntah, demam, nyeri perut dan atau kejang perut, haus, berat badan berkurang, mata cekung, lidah kering, tulang pipi tampak lebih menonjol, turgor kulit menurun serta suara menjadi serak dan terkadang terdapat pernapasan Kussmaul, syock hipovolemik, dan kerusakan organ ginjal.

Setelah penulis menganalisa dari fenomena diatas, ditemukan Adanya kesenjangan yaitu pada kasus tidak ditemukan adanya gejala seperti syok hipovolemik, kerusakan organ ginjal, dan pernafasan. Hal ini disebabkan karena gejala-gejala tersebut adalah komplikasi yang timbul akibat keterlambatan dalam penanganan diare. Penyakit diare harus segera di obati dengan prinsip rehidrasi, yaitu upaya pengembalian cairan tubuh yang keluar melalui pemberian pengganti

cairan seperti oral atau dengan larutan gula garam, hal ini bertujuan untuk memenuhi kebutuhan cairan tubuh agar tercipta keseimbangan internal yang baik dan menghindari terjadinya komplikasi.

Oleh karena itu, perawat dalam memberikan asuhan keperawatan seharusnya merencanakan asuhan sesuai dengan respon yang diperlihatkan oleh klien. Agar tindakan tersebut terarah dan tepat sasaran untuk mengatasi masalah klien.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Dari hasil analisa data pada kasus ditemukan empat diagnosa keperawatan yaitu:

- a. Defisit volume cairan b/d muntah, diare
- b. Nyeri akut b/d hiperperistaltik usus
- c. Gangguan pemenuhan nutrisi b/d intake yang tidak adekuat
- d. Kurang pengetahuan b/d pemaparan informasi yang terbatas

Sedangkan diagnosa keperawatan secara teori dikemukakan ada empat diagnosa yaitu:

- a. Kekurangan volume cairan b.d kehilangan berlebihan melalui feses dan muntah serta intake terbatas (mual).
- b. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhantubuh b.d gangguan absorbsnutrient dan peningkatan peristaltic usus.
- c. Nyeri (akut) b.d hiperperistaltik, iritasi fisura perirektal.
- d. Kurang pengetahuan keluarga tentang kondisi, prognosis dan kebutuhan terapi b.d pemaparan informasi terbatas, salah interpretasi informasi dan atau keterbatasan kognitif.

Dengan demikian, hanya ada tiga diagnosa keperawatan yang ditemukan dalam kasus klien sama dengan teori, sedangkan diagnose hypertermi yang penulistemukan dalam kasus namun tidak terdapat dalam teori merupakan respon tubuh terhadap invasibakteri kedalam usus yang melepaskan oksin, sehingga terjadi reaksi peningkatan panast ubuh (hypertermi).

Sedangkan diagnosa keperawatan yang penulis tidak munculkan pada kasus tetapi ada pada teori adalah nyeri perirektal, nyeri ini biasanya timbul sebagai akibat iritasi pada mukosa anus yang disebabkan pengeluaran BAB yang sering, sehingga lubang anus akan mengalami kerusakan yang menyebabkan sel mast. Hal ini tidak terjadi pada kasus karena fakta menunjukkan bahwa frekuensi BAB ± 5 x/hari yang memungkinkan belum terjadinyanyeri.

4.3 Intervensi Keperawatan

Pada tahap perencanaan ini, penulis tidak mendapatkan kesenjangan yang berarti, karena prencanaan disusun secara teoritis yang kemudian disesuaikan dengan masalah keperawatan yang ditemukan pada kasus. Adapun intervensi keperawatan yang direncanakan adalah:

1. Diagnosa keperawatan I

Tindakan Keperawatan menurut teori :

- a. Berikan cairan oral dan parenteral sesuai dengan rehidrasi
- b. Pantau intake dan output
- c. Kajitanda vital, tanda/gejala dehidrasi dan hasil pemeriksaan laboratorium
- d. Kolaborasi pelaksanaan terapi definitive

Tindakan keperawatan selama dirawat :

- a. Kaji adanya tanda-tanda dehidrasi
- b. Observasi vital sign/8 jam
- c. Beri asupan cairan oral dan parenteral sesuai dengan petunjuk dokter
- d. Anjurkan klien untuk minum banyak
- e. Catat intake dan cairan
- f. Penatalaksanaan obat anti mikrobadan anti diare

2. Diagnosa keperawatan 2

Tindakan keperawatan menurut teori :

- a. Pertahankan tirah baring dan pembatasan aktivitas selama fase akut
- b. Pertahankan status puasa selama fase akut
- c. Bantu pelaksanaan pemberian makanan sesuai dengan program diet
- d. Kolaborasi pemberian nutrisi parenteral sesuai indikasi

Tindakan keperawatan selama dirawat :

- a. Kaji tanda-tanda perubahan status nutrisi
- b. Timbang berat badan setiap hari
- c. Beri makanan sesuai dengan diet
- d. Motivasi klien untuk menghabiskan makanan yang diberikan

3. Diagnosa keperawatan 3

Tindakan keperawatan menurut teori

- a. Kaji tanda-tanda vital klien
- b. Bantu klien dengan pemberian posisi yang nyaman
- c. Ajarkan klien teknik relaksasi
- d. Kolaborasi pemberian obat

Tindakan keperawatan selama dirawat

- a. Observasi TTV
 - b. Berikan posisi yang nyaman untuk klien
 - c. Motivasi klien untuk melakukan tehnik relaksasi
 - d. Motivasi klien untuk selalu minum obat
4. Diagnosa keperawatan 4

Tindakan keperawatan menurut teori :

- a. Bantu klien dengan pemberian posisi yang nyaman
- b. Kaji kesiapan keluarga mengikuti pembelajaran
- c. Jelaskan carapenanganan diare
- d. Jelaskan tujuan pemberian obat, dosis dan frekuensi

Terdapatnya perbedaan intervensi selama dirawat dengan intervensi menurut teori karena Intervensi keperawatan selama dirawat diberikan berdasarkan kondisi dan respon tubuh klien terhadap intervensi yang akan diberikan.

4.4 Tindakan Keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan sesuai dengan intervensi yang tercantum pada rencana keperawatan dengan mencantumkan waktu pelaksanaan dan respon klien.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Diagnosa keperawatan devisit volume cairan b/d mauntah dan diare, kecemasan b/d kurangnya pengetahuan dapat teratasi pada hari pertama, hal ini disebabkan karena adanya dukungan yang Positif dari tim medis, teman sejawat

serta dukungan dari pihak keluarga klien yang Sangat kooperatif dalam pelaksanaan asuhan, sedangkan untuk dua masalah yang belum teratasi menurut penulis dapat disebabkan dari kondisi dalam tubuh klien sendiri dalam merespon pengobatan dan kemampuan daya tahan tubuh klien melawan kuman dan mikroorganisme yang ada dalam tubuhnya.