

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Dalam bab ini akan dibahas mengenai perbedaan dan persamaan antara tinjauan pustaka yang mengungkapkan secara teoritis dengan tinjauan kasus yang merupakan pelaksanaan secara nyata di lapangan. Perbedaan dan persamaan yang didapatkan sebagai berikut :

#### **4.1 Pengkajian keperawatan**

Identitas klien pada tinjauan kasus merupakan langkah awal yang digunakan untuk mengali data selanjutnya, sedangkan pada tinjauan pustaka hanya merupakan suatu acuan yang diwujudkan dalam BAB 3. Penulis menemui kesulitan karena keluarga kurang menanggapi dan kedatangan penulis pun kurang dianggap baik, tidak ingin dengan kedatangan penulis terbukti saat penulis datang ke rumah klien, klien tampak takut, kaget dan malu dengan kondisi rumahnya, tetapi hal tersebut dapat diatasi setelah penulis dan pihak puskesmas menjelaskan maksud akan kedatangannya ke rumahnya.

Keluarga menganggap kondisi anaknya yang kurus merupakan hal yang biasa, An. T berusia 3 tahun dengan berat badan 9,5 Kg, padahal data di puskesmas menyatakan bahwa berat badan kurang yang diderita anak tersebut itu adalah KKP sedang karena seharusnya berat badan anak yang berusia 3 tahun adalah 11,5 Kg. Adapun data yang terkumpul dan menunjang pada tinjauan kasus sama dengan tinjauan teori seperti, anak tampak kurus, hingga tulang terbungkus kulit, rambut tipis, Cengeng, rewel, jaringan lemak subkutis sangat sedikit, Perut cekung, KMS di bawah garis merah. Dalam memberikan asuhan keperawatan

kesehatan keluarga, ada beberapa peranan yang dapat dilakukan oleh perawat antara lain, memberikan asuhan keperawatan pada anggota keluarga yang sakit, mengenalkan masalah dan kebutuhan kesehatan keluarga, koordinator pelayanan kesehatan dan keperawatan kesehatan keluarga, fasilitator, pendidik kesehatan, penyuluh dan konsultan.

#### **4.2 Diagnosa keperawatan**

Diagnosa yang terdapat pada tinjauan pustaka muncul 6 diagnosa keperawatan meliputi :

1. Gangguan pertumbuhan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal tanda dan gejala KKP.
2. Komunikasi keluarga disfungsional berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan dalam melaksanakan tindakan yang tepat untuk segera berobat ke sarana kesehatan.
3. Resiko terjadinya infeksi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang menderita KKP.
4. Gangguan kebutuhan nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan merawat anggota keluarga yang menderita KKP.
5. Penatalaksanaan pemeliharaan lingkungan disfungsional (Higienis lingkungan) berhubungan dengan ketidakmampuan memelihara lingkungan rumah yang dapat mempengaruhi kesehatan keluarga yang menderita KKP.

6. Kurang pengetahuan berhubungan dengan ketidakmampuan menggunakan sumber yang ada di masyarakat guna memelihara kesehatan keluarga yang menderita KKP.

Tinjauan teori dan tinjauan kasus dalam diagnosa keperawatan penulis menemukan persamaan karena masalah atau situasi yang ada di lapangan sesuai dengan diagnosa keperawatan dalam tinjauan teori, sehingga penulis mengganggakan diagnosa tersebut.

Menentukan prioritas masalah yang penulis angkat berdasarkan pada skoring adapun prioritas yang penulis angkat adalah gangguan pola nutrisi  $3 \frac{1}{2}$ , gangguan pertumbuhan  $3 \frac{1}{6}$ , komunikasi keluarga disfungsional  $2 \frac{2}{3}$ , kurang pengetahuan  $2 \frac{1}{3}$ , penatalaksanaan pemeliharaan lingkungan disfungsional  $1 \frac{1}{2}$ , resiko infeksi 1. Adapun diagnosa keperawatan yang diangkat penulis dalam tinjauan kasus ada 6 diagnosa. Berikut 6 diagnosa keperawatan yang diangkat sesuai dengan prioritas masalah yang ditemukan di lapangan:

1. Gangguan kebutuhan nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan merawat anggota keluarga yang menderita KKP.
2. Gangguan pertumbuhan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal tanda dan gejala KKP.
3. Komunikasi keluarga disfungsional berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan dalam melaksanakan tindakan yang tepat untuk segera berobat kesarana kesehatan.
4. Penatalaksanaan pemeliharaan lingkungan disfungsional (Higienis lingkungan) berhubungan dengan ketidakmampuan memelihara

lingkungan rumah yang dapat mempengaruhi kesehatan keluarga yang menderita KKP.

5. Kurang pengetahuan berhubungan dengan ketidakmampuan menggunakan sumber yang ada di masyarakat guna memelihara kesehatan keluarga yang menderita KKP, seperti JPS, dana sehat dan tidak memahami manfaatnya.
6. Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang menderita KKP.

### **4.3 Perencanaan keperawatan**

Perencanaan yang dilakukan pada klien hampir sama dengan tinjauan teori yang meliputi kriteria hasil, tujuan dan perencanaan keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah dicapai. Pada teori juga dikatakan bahwa dalam menyusun rencana tindakan harus melibatkan sumber-sumber dalam keluarga, mengikutsertakan klien, keluarga serta sumber daya keluarga dan menggunakan SAP. SAP yang digunakan dalam studi kasus ini meliputi SAP diet untuk anak dengan berat badan kurang, SAP kekurangan kalori protein, SAP memperkenalkan posyandu, SAP perilaku hidup bersih dan sehat. Waktu yang digunakan dalam SAP disesuaikan dengan keadaan keluarga jika semua anggota keluarga ada waktu maka penyuluhan tersebut dilakukan. Dalam hal ini penulis mengalami kesulitan karena tingkat pengetahuan keluarga yang kurang dan peran keluarga yang kurang aktif sehingga penulis berusaha keras untuk memenuhi tuntutan tersebut dan membutuhkan waktu yang relatif lama dan keterbatasan media yang digunakan untuk memaparkan materi kurang karena penulis hanya

menggunakan leaflet. Usaha yang penulis lakukan misalnya dengan mengajak pergi ke posyandu dan menjelaskan cara diet untuk anak berat badan kurang.

#### **4.4 Pelaksanaan keperawatan**

Pelaksanaan merupakan perwujudan dari rencana yang telah disusun, untuk memperoleh hasil yang diinginkan dalam melaksanakan keperawatan diperlukan sarana penunjang, kemampuan atau ketrampilan penulis serta peran perawat seperti memberikan asuhan keperawatan pada anggota keluarga yang sakit, mengenalkan masalah dan kebutuhan kesehatan keluarga, koordinator pelayanan kesehatan dan keperawatan kesehatan keluarga, fasilitator, pendidik kesehatan, penyuluh dan konsultan serta kemampuan dari klien itu sendiri. Rencana tindakan pada diagnosa keperawatan pertama dapat dilaksanakan oleh penulis begitu juga dengan diagnosa keparawatan kedua, ketiga, keempat dan kelima. Dalam pelaksanaan penulis mengalami kesulitan karena dalam menjelaskan atau memberikan informasi harus berulang-ulang dan membutuhkan waktu yang cukup lama karena keluarga sulit dalam memahami informasi yang dijelaskan oleh penulis, penulis hanya menggunakan leaflet sebagai media penyuluhan kepada keluarga. Keluarga mau diajak kerjasama meskipun peran keluarga kurang aktif pada awal pelaksanaan keperawatan, tetapi masalah tersebut dapat diatasi dengan berjalannya pelaksanaan yang dilakukan oleh penulis terhadap keluarga dan akhirnya keluarga dapat kooperatif dalam pemberian asuhan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan.

#### **4.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi merupakan tahap untuk menentukan atau menilai berhasil tidaknya tindakan keperawatan yang telah diberikan sesuai dengan tindakan yang

telah dicapai. Dalam menentukan evaluasi ini diperlukan pemantauan yang berkesinambungan terhadap perkembangan keluarga terutama dalam perubahan perilakunya untuk mengatasi masalah kesehatan yang dihadapinya. Dalam BAB 3 dijelaskan pada diagnosa pertama gangguan kebutuhan nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan merawat anggota keluarga yang menderita KKP dengan indikator kognitif keluarga mampu menjelaskan cara diet untuk klien KKP, afektif keluarga dapat menentukan pola makan anak sesuai diet KKP, psikomotor keluarga dapat menyajikan pola makan sesuai diet KKP dan diagnosa kedua gangguan pertumbuhan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal tanda dan gejala KKP dengan indikator kognitif keluarga mampu menjelaskan tanda dan gejala KKP, afektif keluarga dapat mempersepsikan pertumbuhan anak yang benar, psikomotor keluarga dapat menimbang berat badan anaknya 2 minggu sekali. Diagnosa pertama dan diagnosa kedua tidak sesuai dengan kriteria waktu yang telah ditentukan yaitu selama 2 minggu, dalam kenyataannya setelah 2 minggu masalah teratasi sebagian karena menurut penulis bahwa masalah nutrisi dan gangguan pertumbuhan dapat teratasi dalam waktu yang lama, selanjutnya intervensi dilanjutkan oleh keluarga dan puskesmas. Diagnosa ketiga komunikasi keluarga disfungsiional berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan dalam melaksanakan tindakan yang tepat untuk segera berobat kesarana kesehatan dengan indikator kognitif keluarga mengetahui konsekwensi tidak mengambil keputusan yang tepat, afektif keluarga mau mengambil keputusan yang tepat, psikomotor keluarga pergi ke fasilitas kesehatan, diagnosa keempat penatalaksanaan pemeliharaan lingkungan disfungsiional (Higienis lingkungan) berhubungan dengan ketidakmampuan

memelihara lingkungan rumah yang dapat mempengaruhi kesehatan keluarga yang menderita KKP dengan indikator kognitif keluarga mampu menyebutkan fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan sekitarnya, afektif keluarga dapat menyampaikan kemauan untuk ke fasilitas kesehatan (rumah sakit, puskesmas, posyandu), psikomotor keluarga pergi ke fasilitas kesehatan, diagnosa kelima kurang pengetahuan berhubungan dengan ketidakmampuan menggunakan sumber yang ada di masyarakat guna memelihara kesehatan keluarga yang menderita KKP, seperti JPS, dana sehat dan tidak memahami manfaatnya dengan indikator kognitif keluarga mampu menjelaskan manfaat lingkungan yang sehat, afektif keluarga dapat mengolah lingkungan yang sehat, psikomotor keluarga mampu membersihkan rumah setiap hari, diagnosa keenam resiko infeksi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang menderita KKP dengan indikator kognitif keluarga mampu menyatakan tanda dan gejala infeksi, afektif keluarga mampu mengambil keputusan untuk mencegah infeksi, psikomotor keluarga mampu melakukan pencegahan terjadinya infeksi. Diagnosa ketiga, keempat, kelima dan keenam tujuan ditentukan selama 2 minggu , dalam kenyataannya setelah 2 minggu dengan kunjungan rumah 6x masalah teratasi dan intervensi dipertahankan.