

BAB IV

PEMBAHASAN

Dalam bab ini merupakan pembahasan dari kasus yang diambil dari bab III dan penulis akan membahas tentang asuhan keperawatan yang diberikan kepada An.A, umur 4 bulan dengan kasus Diare Kronik di bangsal Anggrek RSUD Sukoharjo. Asuhan keperawatan ini dilakukan dari tanggal 29 Desember – 31 Desember 2015. Pembahasan ini akan membandingkan antara teori tentang asuhan keperawatan Diare Kronik dengan kenyataan kasus yang ada di rumah sakit, dengan melihat kesenjangan-kesenjangan yang ada. Pembahasan ini meliputi pengkajian keperawatan,diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi.

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Pengkajian meliputi pengumpulan data secara sistematis dan cermat untuk menentukan status kesehatan klien saat ini dan riwayat kesehatan masa lalu (Carpenito, L.J. 2006 : 32).Pengkajian adalah pengumpulan, pengaturan, validasi, dan dokumentasi data. Sebenarnya, pengkajian adalah proses berkesinambungan yang dilakukan pada semua fase proses keperawatan.

Menurut dalam kasus An.A penulis melakukan pengkajian menggunakan teknik observasi, wawancara, status pasien dan dokumentasi.Sedangkan penulis mendapatkan data-data dari berbagai sumber antara lain dari pasien, keluarga, perawat ruangan, tim kesehatan lain, maupun catatan keperawatan dan catatan medis.

Menurut Suriadi & Rita Yuliani (2010), tanda dan gejala yang muncul pada pasien dengan diare adalah feses encer, lemah, peningkatan leukosit dalam tinja, kram perut, feses bercampur darah, mual muntah,. Dari teori diatas beberapa tanda dan gejala yang terjadi pada An.A sesuai dengan teori yaitu dengan keluhan buang air besar 5 kali dalam sehari, keluarga juga mengatakan bahwa sudah 22 hari yang lalu An.A buang air besar dan cair, tetapi tidak berdarah. An.A juga terlihat lemas, dan dalam pemeriksaan darah rutin dapat terlihat peningkatan leukosit $17,7 \times 10^3/uL$ dengan pemeriksaan feses : bakteri

positif. Data yang tidak ditemukan pada An.A adalah kram perut, feses bercampur darah, untuk gejala kram perut tidak muncul karena dalam kasus, pasien tidak bisa mengungkapkan secara verbal tentang keluhan karena An.A masih berusia 4 bulan, dan untuk feses bercampur darah tidak muncul dalam kasus An.A karena tidak terjadi rusaknya lambung yang mengakibatkan feses bercampur darah..

Menurut Sodikin 2011 penyebab utama dari diare adalah *escherchia coli*, *shigella*, *salmonella* dan faktor virus *rotavirus*. Selain kuman diatas, diare juga bisa disebabkan oleh adanya beberapa perilaku yang dapat meningkatkan risiko terjadinya diare yaitu tidak memberikan ASI eksklusif secara penuh untuk umur 0-6 bulan pertama, air minum yang tercemar, membuang tinja (termasuk feses bayi) dengan tidak benar, tidak mencuci tangan setelah buang air besar, tidak mencuci tangan sebelum memegang makanan , memberi makanan yang tidak sehat, imunisasi yang tidak lengkap (Sodikin 2011). Dalam pengkajian keluarga mengatakan belum mengerti tentang penyakit diare pada anaknya dan sebelum sakit An.A yang berusia 4 bulan diberi makan bubur 2 sendok, dan hanya baru 1 kali diberi imunisasi yaitu hepatitis, dari teori dan keadaan pasien di atas tidak ada kesenjangan karena penyebab diare sama antara teori dan keadaan pasien.

Menurut Richard Behrman akibat yang ditimbulkan diare bisa berupa penurunan berat badan telah terjadi adanya kehilangan cairan dan elektrolit berlebih karena dehidrasi maka akan timbul penurunan berat badan, dan dalam data terdapat kesenjangan karena selama pengkajian An.A tidak mengalami dehidrasi yang akan mengalami penurunan berat badan. Menurut Sodikin 2011 tanda dan gejala yang sering muncul pada pasien gastrointestinal adalah sering buang air besar dengan konsistensi cair dan frekuensi bisa sedikit/banyak terdapat tanda dan gejala dehidrasi yaitu turgor kulit jelek, demam, mual-muntah, pucat. Dapat disimpulkan bahwa terdapat kesenjangan antara teori dan kenyataan pada An.A, yaitu suhu An.A 36,8°C dan An.A tidak mengalami demam dikarenakan pada pasien diare suhu badan mungkin bisa berubah dan selama pengkajian An.A tidak mengalami demam. Kesenjangan lainnya yaitu An.A tidak mengeluhkan mual-muntah. Gejala muntah dapat terjadi sebelum atau sesudah diare. Bila penderita telah banyak mengalami kehilangan cairan dan elektrolit, maka terjadi dehidrasi

seperti : berat badan turun, ubun-ubun besar cekung, tonus otot dan turgor kulit menurun, bibir terlihat kering (Sodikin 2010) dan dikarenakan sudah terlalu lama An.A mengalami diare memungkinkan mual-muntah pada An.A terjadi hanya pada saat awal mengalami diare dan belum dirawat dirumah sakit sehingga penulis tidak mendapatkan data mual-muntah dan dapat disimpulkan An.A tidak mengalami dehidrasi.

B. Masalah keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan keputusan klinis tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensial, perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga, menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah status kesehatan klien (Carpenito, 2006).

1. Diare berhubungan dengan fisiologi (proses infeksi dan parasit)
2. Risiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan berlebihan melalui rute normal (misal:diare)
3. Kurang pengetahuan berhubungan dengan tidak familier dengan sumber informasi
4. Nyeri berhubungan dengan proses infeksi sekunder, proses perjalanan penyakit
5. Kekurangan volume cairan b.d kehilangan cairan aktif

Setelah dilakukan pengkajian data, tahap berikutnya adalah analisa data diagnosa. Penulis memunculkan dalam pembahasan ini telah disesuaikan dengan prioritas masalah yang ada. Adapun diagnosa yang muncul sesuai dengan teori pada kasus An.A dengan diare antara lain sebagai berikut :

1. Diare berhubungan dengan fisiologi (proses infeksi dan parasit)

Menurut NANDA NIC NOC 2015 Diare adalah feses yang lunak dan tidak berbentuk. Batasan karakteristik diare adalah nyeri abdomen buang air besar dari 3 kali dalam sehari, kram perut, bising usus hiperaktif. Diagnosa ini muncul karena pada saat pengkajian didapatkan data subyektif Ibu pasien mengatakan An.A sudah BAB $\pm 5x$ /hari. Data obyektif Suhu : $36,8^{\circ}\text{C}$, Nadi : 120 x/menit, RR : 32 x/menit, Akral hangat, BAB cair, warna kuning.

Diagnosa ini menjadi prioritas utama karena, pola defekasi yang tidak teratur dan lebih sering akan mengakibatkan dehidrasi, pada akhirnya terjadi ketidak seimbangan cairan dan elektrolit apabila dehidrasi tidak segera ditangani, maka akan sangat mengancam nyawa pasien.

2. Risiko kekurangan volume cairan b.d kehilangan berlebihan melalui rute normal (misal: diare).

Menurut NANDA NIC NOC 2015 resiko kekurangan volume cairan adalah berisiko mengalami dehidrasi vaskuler, selular atau intraselular. Diagnosa ini muncul karena pada pengkajian didapatkan obyektif keadaan umum lemah, peristaltik usus 38x/menit, mukosa lembab, BAB tampak masih cair berwarna kuning, BC = CM-CK=640-671=-31, dan untuk data subyektifnya tidak dapat dikaji secara verbal dan hanya dapat diamati karena An.A masih berusia 4 bulan dan orang tua An.A mengatakan An.A masih BAB cair

3. Kurang pengetahuan b.d tidak familier dengan sumber informasi

Menurut NANDA NIC NOC 2015 kurang pengetahuan adalah tidak adanya atau kurangnya informasi kognitif sehubungan dengan topik spesifik. Batasan karakteristik : memverbalisasikan adanya masalah, ketidak akuratan mengikuti instruksi, perilaku tidak sesuai.

Diagnosa ini muncul karena pada pengkajian didapatkan data obyektif pasien adalah bayi yang masih berumur 4 bulan dan kedua orang tua An.A tidak bersekolah tinggi dan kurang banyak wawasan,dan pada data subyektif bahwa keluarga tidak mengetahui tentang penyakit,perawatan saat dirumah dan sebelum sakit An.A diberi makan bubur 2 sendok,dan ibu dan keluarga tampak belum mengerti dan kurang memahami tentang pentingnya pemberian Asi eksklusif dari umur 0-6 bulan dan hanya baru 1x diberi imunisasi. Kurang pengetahuan menyebabkan pasien tidak mengetahui tentang perjalanan penyakitnya dan bagaimana cara menganggulangnya serta pengobatan yang harus dijalaninya.

Dalam teori Virginia Henderson kebutuhan dasar manusia terbagi menjadi 14 komponen dan belajar, mengetahui atau memuaskan rasa penasaran adalah komponen ke – 13 . Diagnosa kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi menjadi prioritas ke tiga karena pasien menyatakan tidak mengetahui tentang penyakitnya.

Sedangkan diagnosa keperawatan yang ada diteori dan pathway tetapi tidak ada dalam kasus dan tidak dapat diangkat menjadi prioritas adalah masalah kekurangan volume cairan dan nyeri.

1. Diagnosa kekurangan volume cairan

Kekurangan volume cairan adalah penurunan cairan intravascular, interstisial, dan intraseluler.Ini mengacu pada dehidrasi, kehilangan cairan tanpa perubahan pada natrium.

Diagnosa ini tidak diangkat penulis ke prioritas diagnose karena tidak adanya data yang lebih spesifik yang mendukung diagnosa ini untuk dijadikan prioritas diagnosa. Karena penulis tidak mendapatkan tanda-tanda dehidrasi yang lebih spesifik.Menurut NANDA NIC NOC 2015 memiliki batasan karakteristik yaitu penurunan turgor kulit, haus, peningkatan hematokrit, perubahan status mental, Membran mukosa kering, peningkatan suhu tubuh.Pada kasus ini, kekurangan volume cairan tidak bisa diangkat menjadi prioritas diagnosa karena klien tidak menandakan data yang ada dalam batasan karakteristik yang spesifik tentang adanya

kekurangan volume cairan dan pada data pasien hanya terdapat resiko kekurangan volume cairan yang dapat diangkat oleh penulis.

2. Diagnosa Nyeri

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosi yang tidak menyenangkan akibat adanya kerusakan jaringan yang aktual dan potensial, atau digambarkan dengan istilah (international association for the study of pain).

Diagnosa ini tidak diangkat penulis ke prioritas diagnosa karena tidak adanya data yang lebih spesifik yang mendukung diagnosa ini untuk dijadikan prioritas diagnosa. Karena penulis sangat mengalami kesulitan untuk pengambilan data diagnosa nyeri secara subyektif ataupun obyektif. Diagnosa ini apabila diangkat menjadi prioritas harus ada satu atau lebih dari beberapa batasan karakteristik nyeri menurut NANDA NIC NOC 2015, diantaranya adalah klien mampu mengungkapkan seara verbal tentang nyeri yang dirasakan, perubahan selera makan, bukti nyeri yang dapat diamati. Pada kasus ini, nyeri tidak bisa diangkat menjadi prioritas diagnosa karena klien tidak menandakan data yang ada dalam batasan karakteristik yang spesifik tentang adanya nyeri, dan klien juga masih balita yang berusia 4 bulan dan tidak bisa dikaji secara verbal.

C. Intervensi

Dipaparkan oleh (Deswani, 2011 : 59) bahwa intervensi keperawatan merupakan fase ketiga dari proses keperawatan. Menyusun rencana secara umum, berarti merancang dasar bagaimana sesuatu dapat dicapai atau diselesaikan dengan cara tertentu dengan waktu tertentu. Intervensi keperawatan merupakan panduan untuk perilaku spesifik yang diharapkan dari klien dan tindakan yang harus dilakukan perawat. Intervensi dilakukan untuk membantu klien mencapai hasil yang diharapkan. Setelah penulis menemukan masalah pada An.A maka rencana keperawatan yang dilakukan dilakukan sesuai dengan diagnosa di atas serta rencana keperawatan :

1. Diare berhubungan dengan fisiologi (proses infeksi dan parasit)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan diare dapat teratasi dengan kriteria hasil : Feses

berbentuk, BAB sehari 3x sehari, tidak mengalami diare, menjelaskan penyebab diare dan rasional tindakan.

Rencana keperawatan yang akan dilakukan yaitu Identifikasi faktor penyebab dari diare, ukur diare/keluaran BAB, ajarkan keluarga untuk menggunakan obat anti diare, Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat anti diare.

2. Risiko kekurangan volume cairan b.d kehilangan berlebihan melalui rute normal (misal:diare).

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan risiko kekurangan volume cairan dapat teratasi dengan kriteria hasil : Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB, nadi, suhu tubuh dalam batas normal, tidak ada tanda-tanda dehidrasi, elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan.

Rencana keperawatan yang akan dilakukan yaitu monitor vital sign, monitor masukan makanan/cairan dan hitung intake kalori harian, monitor status hidrasi (kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik), timbang popok/pembalut jika diperlukan, pertahankan catatan intake dan output yang akurat, dorong masukan oral, kolaborasi dengan dokter pemberian parental.

1. Kurang pengetahuan b.d tidak familier dengan sumber informasi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan resiko kekurangan volume cairan dapat teratasi dengan kriteria hasil : pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan, pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar, pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya.

Rencana keperawatan yang akan dilakukan yaitu Identifikasi kemungkinan penyebab dengan cara yang tepat, berikan penkes tentang diare kepada keluarganya, diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi dimasa yang akan datang dan proses pengontrolan penyakit, dorong keluarga untuk mampu mengatasi masalah penyakit pada anaknya lewat media massa.

D. Implementasi

Implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data dan berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah tindakan keperawatan dan menilai data yang baru (Rohmah, 2009 : 89).

1. Diare berhubungan dengan fisiologi (proses infeksi dan parasit)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan diare dapat teratasi dengan kriteria hasil : Feses berbentuk, BAB sehari 3xsehari, tidak mengalami diare, menjelaskan penyebab diare dan rasional tindakan.

Tindakan keperawatan yang dilakukan penulis pada hari pertama yaitu Mengobservasi feses tiap BAB lendir, darah data yang didapatkan BAB cair berwarna kuning, tidak berlendir dan tidak berdarah, Mencatat faktor penyebab diare : dari hasil laboratorium Lekosit 17.7, Eritrosit 5.37, Hasil : positif bakteri, Mengajarkan keluarga untuk menggunakan obat anti diare seperti oralit bila di rumah, pada saat dilakukan diajarkan keluarga tampak memperhatikan dalam penggunaan obat anti diare, Mengukur keluaran BAB didapatkan data BAB cair warna kuning @50cc. jadi BAB dalam sehari $5 \times 50 = 250$ cc BAB cair yang keluar. Mengkolaborasi pemberian obat oral : Obat oral L.Bio 1 sachet, Smecta $\frac{1}{4}$ sachet masuk oral dan cairan infus D $\frac{1}{2}$ NS masuk intra vena dengan 30 tpm mikro. Mengukur tanda-tanda vital dan memonitor data yang didapatkan ku : lemah, Suhu : $36,8^{\circ}\text{c}$, Nadi : 120x/menit, RR : 32 x/menit, Peristaltik usus : 38x/menit.

2. Resiko kekurangan volume cairan b.d kehilangan berlebihan melalui rute normal (misal:diare).

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan resiko kekurangan volume cairan dapat teratasi dengan kriteria hasil : Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB, nadi, suhu tubuh dalam batas normal, tidak ada tanda-tanda dehidrasi, elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan.

Tindakan keperawatan yang dilakukan penulis pada hari pertama yaitu Mencatat intake dan output didapatkan data input : 970cc, untuk output 892, IWL : 192cc, jadi balance cairan : $970 - 892 = +78$ cc. Mencatat status hidrasi, Nadi : 120x/menit, peristaltik : 38x/menit, ku : lemah, Mendorong masukan oral : Asi dari umur 0-6 bulan dan Ibu klien tampak memahami yang telah dijelaskan.

3. Kurang pengetahuan b.d tidak familier dengan sumber informasi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan resiko kekurangan volume cairan dapat teratasi dengan kriteria hasil : Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan, Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar, pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya.

Tindakan keperawatan yang dilakukan penulis pada hari pertama yaitu Mengidentifikasi kemungkinan penyebab : Infeksi, makanan yang tidak sehat : Ibu pasien tampak belum mengerti tentang pentingnya pemberian Asi eksklusif dari 0-6 bulan, Memberikan penkes tentang diare kepada keluarga : pengertian diare, penyebab, tatalaksanaan di rumah hasil data yang didapatkan Ibu pasien tampak kooperatif, memperhatikan dan dapat mengulangi yang diajarkan. Mendiskusikan perubahan gaya hidup untuk keluarga : cuci tangan sebelum dan sesudah memegang bayi dengan langkah 6 benar, memberikan makan-makan yang sehat, membersihkan area vital anak 1x usap dari depan ke belakang, data yang didapatkan : Keluarga pasien bersedia merubah gaya hidup sehat, Mendorong untuk mampumengatasi masalah penyakit lewat media masa : keluarga pasien tampak kurang paham dalam masalah mencari informasi dengan media massa.

E. Evaluasi

Evaluasi dilakukan untuk menilai status kesehatan pada klien setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan. Selain itu juga untuk menilai pencapaian tujuan, tingkat keberhasilan perawat dan mendapatkan informasi yang tepat dan jelas untuk meneruskan, memodifikasi atau menghentikan asuhan keperawatan yang telah diberikan (Deswani, 2011 : 99). Dari data yang sudah ada, baik pengkajian, diagnosa, intervensi, dan implementasi yang telah dilakukan penulis didapatkan hasil evaluasi sebagai berikut :

1. Diare berhubungan dengan fisiologi (proses infeksi dan parasit)
Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari didapatkan hasil bahwa diare An.A sudah berkurang menjadi 3x/hari, BAB cair sebanyak 75cc berwarna kuning, ku : lemah, suhu 36,8°C. Dari data tersebut masalah keperawatan diare teratasi sebagian sehingga masih tetap dilanjutkan untuk intervensinya yaitu mengkolaborasi pemberian obat oral.
2. Risiko kekurangan volume cairan b.d kehilangan berlebihan melalui rute normal (misal:diare).
Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari didapatkan hasil bahwa peristaltik 34x/menit, ku : lemah, data hari pertama input-output : 970-892, data hari kedua input-output =920cc-892=+28cc, data hari ketiga input-output = 700-642cc=+58cc, BAB masih cair. Dari data tersebut masalah keperawatan risiko kekurangan volume cairan teratasi sebagian, sehingga masih tetap dilanjutkan untuk intervensi yaitu pemberian obat oral L.Bio, dan Smecta.
3. Kurang pengetahuan b.d tidak familier dengan sumber informasi
Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari didapatkan hasil bahwa keluarga An.A bersedia merubah gaya hidup dan setelah pulang dari rawat inap An.A akan diberikan imunisasi secara lengkap. Dari data tersebut masalah keperawatan kurang pengetahuan sudah teratasi sehingga intervensi dihentikan.