

BAB IV

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

Bab ini menjelaskan mengenai pasien kelolaan asuhan keperawatan diare pada anak dengan gastroenteritis akut di Ruang Jempiring RSUD Bangli. Asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

Pengkajian pada pasien dilakukan pada tanggal 25 Januari pukul 13.00 Wita di Ruang Jempiring RSUD Bangli. Sumber data pengkajian ini diperoleh dari hasil wawancara dengan keluarga pasien dan rekam medis pasien. Pasien berinisial An. S, berjenis kelamin laki-laki berusia 2 tahun 4 bulan, beragama hindu, pekerjaan belum bekerja, penanggung jawab pasien adalah ibu pasien sendiri yang berinisial Ny. A berusia 36 tahun, pekerjaan ibu petani.

Pasien datang ke RSUD Bangli melalui IGD pada tanggal 21 Januari 2024 pukul 14.16 wita, dengan keluhan utama BAB 6 kali dengan konsistensi cair, tidak berlendir dan tidak disertai darah setiap diare. Riwayat diare 3 hari sebelum masuk rumah sakit dengan lendir dan terdapat darah disetiap diare disertai demam. Hasil pemeriksaan yang dilakukan S : 37.5°C, N : 155x/mnt, BB : 14,3 kg, TB : 80 cm, lingkar kepala : 43 cm. Hasil pemeriksaan lab didapatkan HB : 13.3 g/dL, HCT : 39.2% setelah dilakukan pemeriksaan pasien didiagnosis gastroenteritis akut. Dilakukan juga pemeriksaan feses lengkap dan dilihat hasilnya terdapat bakteri (3+). Pasien dilakukan perawatan di Ruang Jempiring RSUD Bangli. Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 25 Januari 2024, Ny A mengatakan An. S masih diare

dengan BAB 7 kali dengan konsistensi cair, berlendir dan tidak bercampur darah, tidak ada mual muntah, S : 36.7 °C, N : 120x/mnt, Respirasi : 22x/mnt. Riwayat penyakit pasien sebelumnya, Ny. A mengatakan An. S memiliki riwayat kesehatan yang umum dialami pada anak-anak balita seperti batuk, pilek, flu, demam dan diare. Dan setiap sakit dibawa ke bidan terdekat lalu mendapatkan obat. Ny. A mengatakan An. S tidak memiliki riwayat penyakit menular, tidak mengalami riwayat kecelakaan. Riwayat kesehatan keluarga Ny. A mengatakan tidak ada keluarga yang menderita penyakit menular dan penyakit keturunan. Riwayat imunisasi hepatitis B, BCG, Polio tetes 1, DPT-HB-Hib 1, DPT-HB-Hib 2, DPT-HB-Hib 3. Pemeriksaan antropometri An. S meliputi, sebagai berikut :

1. Berat badan : 14,3 kg selama sakit berat badan tetap
2. Tinggi badan : 80 cm
3. Lingkar kepala : 45 cm
4. Lingkar dada : 47
5. Lingkar perut : 47

Hasil pemeriksaan fisik pada An. S sebagai berikut :

1. Bentuk kepala : normosefali dengan warna rambut hitam
2. Mata : konjungtiva merah muda, sklera tidak ikterik
3. Leher : tidak ada pembengkakan pada kelenjar tiroid, tidak ada kelainan pada bentuk leher
4. Dada : simetris, irama nafas regular, suara nafas normal, batuk (-), sekret (-)
5. Abdomen : inspeksi perut An. S tampak datar, auskultasi abdomen terdengar bunyi peristaltik usus 20x/menit, palpasi tidak teraba

adanya suatu massa, tidak teraba nyeri tekan pada lapang abdomen, perkusi abdomen terdengar suara hipertimpani.

6. Ekstremitas : akral hangat, pergerakan ekstremitas aktif, kekuatan otot kuat, tidak ada kelainan pada ekstremitas, kulit berwarna normal (sawo matang), mukosa bibir lembab, tidak ada masalah pada genetalia dan anus.

Pengkajian data biologis An. S meliputi :

1. Tidak memiliki masalah pada pernafasan
2. Nafsu makan An. S sedikit berkurang, tidak ada kesulitan makan, mual (-), muntah (-)
3. Ny. A mengatakan An. S masih diberikan asi dan air putih untuk kebutuhan cairannya.

B. Diagnosis Keperawatan

1. Analisa Data

Tabel 6
Analisis Data Asuhan Keperawatan Diare Pada Anak Gastroenteritis Akut di Ruang Jempiring RSU Bangli

Data Fokus	Analisis Data	Masalah
Data subjektif : Ibu pasien mengatakan anaknya BAB 7 kali dengan konsistensi cair, berlendir dan tidak ada campuran darah Data objektif : a) Defekasi lebih dari 3 kali dalam 24 jam b) Feses pasien tampak cair, berlendir dan tidak bercampur darah c) Bising usus : 20x/menit	Bakteri, virus, parasit, mikroorganisme ↓ Infeksi pada sel ↓ Berkembang di usus ↓ Hipersekresi air dan elektrolit ↓ Isi rongga usus berlebihan ↓ Diare	Diare

2. Perumusan Diagnosis

Perumusan diagnosis keperawatan pada An. S didapatkan hasil yaitu, bagian *problem* (P) ditemukan masalah yaitu diare, *etiologi* (E) ditemukan yaitu penyebab masalah proses infeksi, pada *sign and symptom* (S) ditemukan bahwa data defekasi lebih dari tiga kali dalam 24 jam sejak 3 hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit, feses tampak cair dan bising usus hiperaktif.

Berdasarkan data masalah keperawatan yang ditemukan dapat dirumuskan diagnosis keperawatan aktual yaitu, diare berhubungan dengan proses infeksi dibuktikan dengan defekasi lebih dari tiga kali dalam 24 jam, feses cair, bising usus 20x/menit.

C. Rencana Keperawatan

Rencana asuhan keperawatan dalam penelitian KIAN ini dilakukan agar dapat mengatasi masalah keperawatan diare pada anak gastroenteritis akut. Rencana keperawatan An. S sebagai berikut :

1. Tujuan dan Kriteria Hasil

Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, maka eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil :

- a. Kontrol pengeluaran feses meningkat
- b. Konsistensi feses membaik
- c. Frekuensi defekasi membaik
- d. Peristaltik usus membaik

2. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan untuk mengatasi masalah keperawatan diare pada An. S dengan label manajemen diare.

Intervensi utama SIKI label : Manajemen Diare (I.03101) memiliki definisi mengidentifikasi dan mengelola diare dan dampaknya. Tindakannya sebagai berikut:

a. Observasi

- 1) Identifikasi penyebab diare (mis. inflamasi gastrointestinal, iritasi gastrointestinal, proses infeksi, malabsorpsi, ansietas, stres, efek obatobatan, pemberian botol susu)
- 2) Identifikasi riwayat pemberian makanan
- 3) Identifikasi gejala invaginasi (mis. tangisan keras, kepucatan pada bayi)
- 4) Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja
- 5) Monitor tanda dan gejala hypovolemia (mis. takikardia, nadi teraba lemah, tekanan darah turun, turgor kulit turun, mukosa mulut kering, CRT melambat, BB menurun)
- 6) Monitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal
- 7) Monitor jumlah pengeluaran diare
- 8) Monitor keamanan penyiapan makanan

b. Terapeutik

- 1) Berikan asupan cairan oral (terapi nonfarmakologis : terapi kombinasi madu dan rebusan daun jambu biji)
- 2) Pasang jalur intravena
- 3) Berikan cairan intravena (D5 ½ dan NS 12tpm)
- 4) Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit
- 5) Ambil sampel feses untuk kultur

c. Edukasi

- 1) Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap
- 2) Anjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas dan mengandung laktosa

d. Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian obat antimotilitas (mis, loperamide, difenoksilat)
- 2) Kolaborasi pemberian obat pengeras feses (mis, atapulgit, smektit, kaolin-pektin)

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilaksanakan sesuai rencana keperawatan yang telah ditetapkan yaitu dilakukan 3 kali sehari setelah makan dan 1 jam setelah minum obat dengan selang waktu yaitu pukul 10.00, sore pukul 16.00 dan malam pukul 20.00 wita selama 3x24 jam pada tanggal 26 sampai 28 Januari 2024 di Ruang Jempiring RSUD Bangli. Implementasi keperawatan yang telah dilakukan sesuai dengan rencana intervensi keperawatan manajemen diare meliputi mengidentifikasi penyebab terjadinya diare, mengidentifikasi riwayat pemberian makanan, memonitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja, monitor tanda dan gejala hypovolemia, monitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal, monitor jumlah pengeluaran diare serta pemberian terapi kombinasi madu dan rebusan daun jambu biji sebanyak tiga kali sehari selama masa penelitian.

E. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi yang diperoleh setelah An. S diberikan asuhan keperawatan 3x24 dengan diagnosa medis gastroenteritis akut. Setelah diberikan intervensi

didapatkan hasil evaluasi yaitu kontrol pengeluaran feses membaik, konsistensi feses membaik, frekuensi defekasi membaik dibuktikan dengan data subjektif orang tua pasien mengatakan feses anaknya sudah tidak cair ataupun lembek dihari terakhir pemberian terapi, orang tua pasien mengatakan anaknya sudah tidak mengeluh sakit perut setiap saat seperti sebelumnya. Data objektif keadaan umum pasien tampak membaik, feses pasien tampak sudah mulai padat. *Assessment* diare teratasi. *Planning* pertahankan kondisi pasien, monitor selalu keadaan pasien dan monitor secara berkala pengeluaran feses pasien, menganjurkan pemberian terapi kombinasi madu dan rebusan daun jambu biji jika mengalami diare kembali.

F. Pelaksanaan Terapi Kombinasi Madu dan Rebusan Daun Jambu Biji

Intervensi terapi kombinasi pada penelitian KIAN ini diberikan pada pasien yang mengalami diare dengan data objektif defekasi lebih dari 3 kali dalam 24 jam, feses lembek dan cair. Terapi kombinasi yang diberikan yakni madu dan rebusan daun jambu biji yang diberikan 3 kali sehari selama 3 hari berturut-turut. Tujuan pemberian terapi kombinasi ini yaitu untuk menurunkan frekuensi BAB. Prosedur terapi kombinasi ini Campurkan rebusan daun jambu biji dengan madu sebanyak 5cc, lalu aduk hingga tercampur rata. Pemberian dilakukan 3 kali sehari dalam jangka waktu pemberian terapi inovasi 3x24jam.

Hasil yang didapatkan antaranya frekuensi BAB pasien tampak mulai membaik, konsistensi feses mulai membaik, nafsu makan membaik. Orang tua pasien juga mengatakan terapi kombinasi ini banyak manfaatnya untuk anak seumurannya. Penggunaan terapi kombinasi ini dapat dijadikan intervensi non farmakologis dalam mengatasi diare.