

BAB III

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas tentang permasalahan yang ditemukan pada pasien An.T adapun permasalahan tersebut sebagai berikut:

A. Diagnosa 1

Bersihkan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan sekresi.

Bersihkan jalan nafas tidak efektif adalah suatu keadaan dimana seseorang individu mengalami suatu ancaman yang nyata atau potensial pada status pernafasansehubungan dengan ketidakmampuan untuk batuk secara befektif. (Carpenito, 1997:318)

Menurut Doenges 2000, dalam menegakkan diagnosa ini dibuktikan dengan adanya: perubahan frekwensi dan kedalaman pernafasan yang tidak normal, penggunaan otot aksesoris, bunyi nafas yang tidak normal, dispnea, sianosis, batuk efektif atau tidak efektif dengan atau tanpa produksi spuntum.

Setelah dilakukan pengkajian An.T ditemukan data: ibu anak T mengatakan anaknya batuk-batuk dan sesak nafas setelah batuk. Pada pemeriksaan auskultasi dada terdengar suara krekels, respiratory rate 28x/menit. Anak tampak batuk-batuk dengan nafas grok-grok. Maka berdasarkan data tersebut diatas penulis menegakan diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif.

Diagnosa tersebut diturunkan pada prioritas pertama, berdasarkan atas konsep triase. Pembebasan jalan nafas merupakan tindakan yang pertamakali dilakukan dalam triase (IDAI, 2004:245). Sedangkan menurut Carpenito 2000, sumbatan oleh karena benda asing atau lendir pada jalan nafas akan menyebabkan gagal nafas yang ditandai dengan: hipoksia, hiperventilasi, karena ketidak seimbangan asam dan basa, dan dapat menurunkan kesadaran. Adapun rasionalisasi dalam tindakan keperawatan sebagai berikut;

1. Beri posisi semi fowler.

Untuk meningkatkan ekspansi paru dan untuk pertukaran gas yang akan mencegah adanya sekret pada pernafasan (Wong, 2003:1348)

2. Observasi tanda-tanda vital

Perubahan respiratori rate heart rate dapat menunjukan adanya distress pernafasan (Gale, 2000:87)

3. Lakukan dalam tindakan fisioterapi dada

Untuk mempertahankan fungsi utama respirasi dan membersihkan saluran pernafasan dari sekret yang ada di bronkus (Wong, 2003:1348)

4. Berikan minum air hangat.

Cairan hangat dapat memobilisasi dan mengeluarkan sekret (Doenges, 2000; 167)

5. Kolaborasi pemberian ekspektoran.

Untuk mengeluarkan spasme bronkus dengan mobilisasi sekret (Dongoes, 2000:167)

Kekuatan dalam tindakan keperawatan pada An.T adalah intervensi dapat dilakukan dengan baik, karena keluarga mau bekerjasama dengan perawat dalam pemberian obat antitusif oral. Kelemahan dari pelaksanaan tindakan ini adalah pasien menangis atau rewel ketika dilakukan pengukuran tanda-tanda vital.

Evaluasi yang diharapkan pasien menunjukkan adanya pengeluaran sekret yang adekuat serta fungsi pernafasan normal (Wong, 2003:1348)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam pada An T, didapatkan hasil: ibu pasien mengatakan anaknya masih batuk-batuk namun sesak berkurang, pada pemeriksaan auskultasi dada masih menunjukkan suara krekels sedangkan RR normal 28x/m. Dari hasil tersebut dapat diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi sebagian dan rencana tindakan dilanjutkan.

B. Diagnosa 2

Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan masukan nutrisi yang tidak adekuat.

Menurut Carpenito 2000, Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan adalah kondisi dimana dialami oleh individu yang tidak mengalami atau beresiko mengalami puasa atau beresiko mengalami penurunan berat badan yang berhubungan dengan tidak cukupnya masukan atau metabolisme nutrisi untuk kebutuhan metabolisme.

Kondisi tersebut dapat ditandai oleh: berat badan dibawah 10% hilangnya nafsu makan, penurunan tonus otot, turgor kulit jelek, edema dependent, berkeringat dan palpitasi abdominal yang dapat menyebabkan hepatomegali (Doenges, 2000:153)

Diagnosa tersebut penulis tegakkan dari data pasien berupa: ibu klien mengatakan anaknya susah sekali makan diet dari rumah sakit tidak dihabiskan, berat badan 9kg, pemeriksaan NHCS menunjukan resiko kurang nutrisi kurang yang ditunjukan dengan berat badan, tinggi badan dan lingkar lengan dibawah garis 5%.

Diagnosa ini diprioritaskan menjadi diagnosa kedua berdasarkan atas hirarki kebutuhan A.Maslow berupa kebutuhan fisiologi tentang nutrisi. Nutrisi yang kurang dari kebutuhan akan menyebabkan rendahnya tahanan terhadap infeksi serta lambatnya respon terhadap terapi (doenges, 2000:172). Masalah ini harus segera diatasi agar proses penyembuhan segera tercapai. Dalam hirarki Maslow kebutuhan makan merupakan kebutuhan fisiologis, setelah kebutuhan cairan.

Adapun rasionalisasi tindakan keperawatan adalah sebagai berikut:

1. Timbang berat badan setiap hari.

Untuk mengkaji status nutrisi (Wong and Whaley's, 1996:453).

2. Berikan diet dalam keadaan semenarik mungkin dan sajikan saat hangat.

Dengan memberikan makanan yang bervariasi dapat memperbaiki nafsu makan dan dapat menimbulkan peningkatan masukan (Carpenito, 1999:790).

3. Penkes mengenai kebutuhan nutrisis.

Informasi mengenai nutrisis yang sesuai dapat membantu sebagai pengingat dan pendorong keluarga untuk menyediakan nutrisi sesuai kebutuhan (Doengos, 2000:436).

4. Menganjurkan makan sedikit tapi sering.

Makan sedikit tapi sering dapat mengurangi malabsorpsi dan distensi dengan menurunkan jumlah protein yang dimetabolisme pada suatu kesempatan dan dengan porsi yang sedikit anak akan termotivasi untuk makan (Carpenito, 1999:183).

5. Kolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian diit.

Dengan kolaborasi dengan tim gizi dapat memberikan nutrisi yang lengkap sesuai kebutuhan (gale, 2000:71).

Kekuatan dari tindakan ini adalah keluarga An.T kooperatif dalam memenuhi kebutuhan nutrisi anak. Hal ini ditandai dengan: keluarga menyediakan berbagai makanan kecil pada pasien dan menyuapkan diit yang diberikan. Kelemahannya anak hanya menghabiskan 2-3 sendok setiap disuapi ibunya.

Hasil evaluasi yang diharapkan adalah An.T akan menerima asupan nutrisi yang optimal (Wong and Whaley's, 1996;453).setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam didapatkan hasil: ibu klien mengatakan An.T masih usush untuk makan, diit yang diberikan dari rumah sakit hanya dimakan dua sendok, anak hanya mau minum ASI, tampak makanan dari rumah sakit masih utuh, berat badan 9 kg dan keluarga sudah dapat menyediakan

kebutuhan nutrisi sesuai anjuran dan kebutuhan anak. Dari hasil tersebut diatas dapat diambil kesimpulan masalah teratasi sebagian dan rencana tindakan dilanjutkan.

C. Diagnosa ke-3

Cemas berhubungan dengan kesulitan bernafas, prosedur yang belum dikenal dan lingkungan yang tidak nyaman (Wong 2003:1348).

Cemas adalah perasaan yang timbul karena adanya ancaman yang tidak mudah diidentifikasi (Carpenito, 2000:403).

Diagnosa ini dapat ditegakkan pada pasien ditemukan data: peningkatan kewaspadaan, kemampuan untuk mengakui perasaan ancaman, penurunan kemampuan komunikasi keluarga untuk berkomunikasi, penurunan perhatian (Nelson, 1995:312).

Diagnosa tersebut muncul pada An.T karena dalam pengkajian ditemukan data-data; pasien tampak tak tenang, sukar tidur, sering rewel.

Adapun rasionalisasi dari tindakan ini ;

1. Jelaskan prosedur tindakan yang belum dipahami oleh orangtua dan anak.

Mengurangi kecemasan keluarga dan klien (Wong, 2003).

2. Berikan suasana lingkungan yang tenang.

Mengurangi rangsangan terhadap kecemasan (Doenges, 2003).

3. Hindari tindakan yang menyebabkan anak bertambah cemas

Perasaan takut atau tertekan dapat menyebabkan anak bertambah cemas (nelson, 1995).

4. Beri aktivitas sesuai kemampuan.

Aktivitas yang tidak sesuai kemampuan akan meningkatkan kecemasan (Carpenito, 2000).

Kekuatan dari tindakan ini adalah keluarga An.T kooperatif menjaga agar lingkungan tetap tenang. Hal ini ditandai dengan lingkungan yang terjaga ketenangannya, keluarga mampu membuat An.T lebih tenang.

Hasil evaluasi yang diharapkan An.T akan dapat beradaptasi dengan kecemasan setelah dilakukan tindakan 1x24 jam didapatkan hasil: keluarga An.T mampu menjaga ketenangan lingkungan, keluarga tidak cemas, An.T tampak lebih tenang.

Selain membahas masalah yang muncul pada kasus pasien An.T penulis juga akan membahas tentang diagnosa yang terdapat pada konsep dasar tetapi tidak muncul pada kasus diatas. Adapun diagnosa tersebut adalah:

1. gangguan pengaturan suhu tubuh: hipertermi berhubungan dengan proses peradangan alveoli (Carpenito, 1999:195).

Menurut Carpenito 1999, gangguan pengaturan suhu tubuh hipertermi adalah keadaan dimana seorang individu mengalami atau beresiko untuk mengalami suhu tubuh terus menerus lebih tinggi dari $37,8^{\circ}\text{C}$ per oral atau $38,8^{\circ}\text{C}$ per rektal karena faktor-faktor eksternal.

Keadaan tersebut dapat ditandai dengan kulit kemerahan, hangat waktu disentuh, peningkatan tingkat pernafasan dan takikardi (Doenges, 2000:875). Sedangkan pada An.T ditemui adanya data: suhu peroral 36°C dan nadi 100x/menit. Berdasarkan data tersebut diagnosa ini tidak ditegakkan.

2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, kelemahan umum, batuk berlebihan dan dispneu (Doenges, 2000:170).

Intoleransi aktivitas adalah penurunan kapasitas fisiologi seseorang untuk mempertahankan aktivitas sampai tingkat yang diinginkan atau diperlukan (Carpenito, 2000:109). Menurut Doenges, 2000, keadaan ini dapat dibuktikan oleh adanya: kelelahan, kelemahan, keletihan, yang diungkapkan secara verbal, takipneu, dan takikardi.

Diagnosa ini tidak ditegakkan karena setelah dilakukan pengkajian, tidak terdapat data-data yang mendukung untuk ditegakkanya diagnosa ini. Seperti keluhan lelah, sianosis, dan takikardi.