

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Studi Kasus

Studi kasus karya tulis ilmiah ini dilakukan pada Pasien yang bernama Ny. A berusia 52 tahun dan beralamatkan di Komplek Bumi Sari Indah RT 03 RW 17 Ds. Manggahang Kec. Baleendah Kab. Bandung Jawa Barat 40375, pasien beragama islam dengan pendidikan terakhir SMA, pekerjaan sehari-hari adalah sebagai ibu rumah tangga serta pasien ditemani oleh Tn. A 22 tahun selaku anak kandungnya yang bertindak sebagai keluarga pasien.

4.1.1 Hasil Pengkajian

Pengkajian pada pasien dilakukan pada tanggal 10 April 2023 pada pukul 13.00 WIB dimana pasien datang ke rumah sakit pada pukul 10.00 WIB. Pasien Ny. A dengan diagnose medis GEA mengatakan mengeluh buang air besar (BAB) >10 kali sejak malam tanggal 09-10 April 2023 dengan konsistensi cair bercampur lendir, dan mual muntah, disertai nyeri pada bagian perut khususnya pada bagian perut kanan bawah atau di kuadran 3, semakin terasa jika ingin BAB dan berkurang ketika sudah BAB nyeri yang dirasakan seperti di lilit-lilit dengan skala nyeri 3 dari 0-10 nyeri pasien semakin terasa di waktu-waktu ketika ingin BAB. Pasien mengatakan bahwa pada saat berbuka puasa segala makanan di makan mulai dari gorengan makanan pedas dan es buah. Pasien pun mengatakan dirinya juga mengeluh sesak nafas disertai dahak dan batuk-batuk karena pasien sebelumnya memiliki Riwayat penyakit Asma dan Hipertensi dari ayahnya.

Pasien juga mengeluh badannya demam juga mengeluh mual muntah dan pasien mengatakan bahwa dirinya sebelumnya belum pernah sampai dirawat di rumah sakit.

Pola kebiasaan sehari-hari pasien sebelum sakit terkadang tidak mencuci tangannya sebelum makan dan karena bersamaan dengan bulan puasa pasien mengatakan Ketika berbuka puasa dirinya memakan makanan secara berlebihan mulai dari gorengan, makanan pedas dan makanan manis seperti es buah yang dimakan langsung secara bersamaan.

Pada pemeriksaan fisik terdapat kesadaran Ny. A Compos mentis GCS 15 (E4V5M6). Dimana pada pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan hasil Tekanan darah : 135/85 mmHg, Suhu 38,5 °C, Nadi 115 x/menit Respirasi : 26x/menit, SpO₂ : 94%. Sebelum sakit berat badan Ny. A 61 Kg sedangkan sesudah sakit menjadi 59 Kg TBnya 155 Cm dengan IMT 24,1 masih dalam skala normal. Dalam pemeriksaan fisik didapat hasil pasien tampak lemas, mukosa bibir kering dan pucat, terdapat nyeri tekan pada bagian abdomen khususnya di sebelah kanan bawah, Ketika di perkusi terdengar suara pekak di kuadran 3 abdomen, terdengar bising usus 27 x/menit dan tidak terdapat distensi abdomen, serta anus tampak bersih, tidak ada hemoroid dan tidak ada lesi, akral teraba hangat, turgor kulit >2 detik, serta mata tampak cekung tampak mual dan muntah, terdapat secret, pasien tampak batuk-batuk dan terdengar bunyi nafas tambahan yaitu Wheezing dan Ronkhi,

Pemeriksaan psikososial dan spiritual didapatkan bahwa pasien tidak mengalami kecemasan, kopingnya baik, dapat berkomunikasi dengan baik, pasien

dapat menerima keadaan dirinya sebagai seorang perempuan dan seorang ibu dari anak-anaknya serta tidak merasa malu terhadap penyakitnya dan keadaannya sekarang, pasien senantiasa bersyukur, bersabar dan ikhlas serta berserah diri kepada Allah. Swt. Pasien tidak putus asa dan yakin bahwa dirinya bisa cepat sembuh dan bisa beraktivitas Kembali, pasien selalu berdoa, mengaji dan beribadah 5 waktu.

Pemeriksaan laboratorium telah dilakukan pada tanggal 10 April 2023 didapatkan hasil Hematologi yaitu darah rutin dengan hasil Hemoglobin 16,1 g/dl, Leukosit 15,220 sel/ul, Eritrosit 5.39 juta/ul, Hematokrit 48,3%, dan Trombosit 371000 sel/ul. Hasil kimia klinik yaitu fungsi liver AST (SGOT) 36 U/L, ASL (SGPT) 35 U/L, fungsi Ginjal Ureum 21 Mg/dl, Kreatinin 1.08 Mg/dl dan Gula darah GDS 128 Mg/dl serta pemeriksaan Imunologi Rapid Antigen Covid-19 dengan hasil (-) Negatif tetapi tidak ada hasil pemeriksaan elektrolit pada pasien Ny. A. Pasien diberikan terapi Pantoprazole 1x40 Mg, Cefotaxime 3x1 Gr, Zinc 1x20 Mg, Arcapel 3x50 Mg, NAC 3x200 Mg, Cetirizine 1x10 Mg, Nebu Combivent 3x2,5 ml, dan Infus RL 20 TPM.

4.1.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian tersebut dilakukan Analisa data sehingga didapatkan Diagnosa Keperawatan yang muncul yaitu: 1) Hipovolemia b.d kehilangan cairan aktif d.d BAB >10 x dalam sehari dengan konsistensi cair dan disertai lendir, Nadi : 115 x/menit, TD : 135/85 mmHg, Turgor kulit > 3 detik, Mata tampak cekung, Bibir tampak kering dan pucat ,Tampak lemas dan Leukosit 15,220 sel/ul. 2) Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d Spasme jalan nafas d.d sesak nafas

disertai dahak dan batuk-batuk, RR : 26 x/menit, Spo2 : 94% dan terdengar suara nafas Ronkhi 3) Resiko deficit nutrisi d.d Faktor psikologis (keengganan untuk makan), tidak nafsu makan dan mual muntah, BB sebelum sakit 61 Kg setelah sakit 58 Kg, Bising usus 27 x/menit, tampak diare, mukosa bibir kering dan pucat.

Diagnosa selanjutnya yaitu 4) Hipertermia b.d dehidrasi d.d Pasien mengatakan bahwa dirinya terasa demam, Suhu : 38,5 ° C, Nadi : 115 x/menit dan Akral terasa hangat. dan 5) Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis : inflamasi d.d nyeri pada bagian perut khususnya pada bagian perut kanan atau di kuadran 3, nyerinya semakin terasa jika ingin BAB dan berkurang ketika sudah BAB nyeri yang dirasakan seperti di lilit-lilit dengan skala nyeri 3 dari 0-10 nyeri pasien semakin terasa di waktu-waktu Ketika ingin BAB, Tampak meringis, Nad: 115 x/menit dan Tampak sulit tidur. Dari diagnosa keperawatan tersebut penulis memfokuskan kepada penanganan diagnose keperawatan Hipovolemia.

4.1.3 Intervensi Keperawatan

Pada tahap perencanaan Keperawatan penulis memfokuskan kepada intervensi untuk mengatasi masalah Hipovolemia yaitu : 1) Observasi TTV, 2) Monitor intake dan output cairan, 3) Observasi tanda-tanda dehidrasi berupa: kulit kering dan membran mukosa kering, penurunan turgor kulit, 4) Hitung kebutuhan cairan klien, 5) Pertahankan tirah baring dan hindari beraktivitas, 6) Berikan rehidrasi cairan oral, 6) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral dan informasikan kepada pasien dan keluarga tentang pencegahan diare, 7) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian cairan IV yaitu diberikan cairan infus RL 20i Tpm,

serta Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat cefotaxime 3x1 gr secara IV, obat zinc 1x20 mg dan arcapel 3x50 mg secara oral.

Selain intervensi untuk mengatasi masalah utama Hipovolemia penulis juga tetap melakukan perencanaan untuk memenuhi masalah keperawatan yang lainnya yaitu Bersihan jalan nafas tidak efektif intervensinya dengan Atur posisi semi fowler, ajarkan pasien dan keluarga Teknik batuk efektif dan Teknik relaksasi nafas dalam serta berikan nebulizer combivent 3 x 2,5 mg. ada juga intervensi untuk masalah resiko deficit nutrisi intervensi yang bisa dilakukan yaitu berikan perawatan mulut terutama sebelum makan, ciptakan lingkungan yang nyaman dan kolaborasi dengan tim gizi atau ahli diet untuk menentukan diet TKTP rendah serat. Sedangkan untuk masalah Hipertermia seperti beri kompres dengan air dingin atau biasa pada daerah aksila, lipatan paha, dan temporal bila terjadi panas dan anjurkan keluarga untuk memakaikan pakaian yang dapat menyerap keringat. Seperti katun. Serta untuk masalah terakhir yaitu nyeri akut bisa dilakukan Teknik nonfarmakologi seperti pijatan punggung, ubah posisi dan relaksasi nafas dalam.

4.1.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan sesuai dengan intervensi keperawatan yang telah direncanakan perawat juga melaksanakan Implementasi keperawatan yang berfokus kepada pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit, yang dilakukan selama 5 hari asuhan keperawatan dimana 4 hari dilakukan di rumah sakit dan 1 harinya dilakukan dengan home visit.

Implementasi yang dilakukan kepada Ny. A dihari pertama dengan fokus terhadap masalah Hipovolemia yaitu Memonitor TTV dimana di dapat hasil RR 26

x/menit, TD 135/85 mmHg, nadi 115 x/menit SPO₂ 94% dan suhu 38,5 °C selanjutnya melakukan pengukuran BB dimana berat badan pasien sekarang 59 Kg yang awalnya sebelum sakit 61 Kg sehingga didapat kebutuhan cairan pasien selama 24 jam sebanyak 2280 ml dalam sehari sedangkan Ketika dilakukan monitor intake dan output pasien bernilai (-750) sehingga di pasang infus RL 20 TPM di tangan kanan serta memberikan pasien banyak asupan cairan oral sesuai kebutuhan cairan pasien melakukan observasi keadaan pasien dimana pasien BAB >10 kali dalam sehari dengan konsistensi cair disertai lendir, mukosa bibir kering, turgor kulit >2 detik, pasien pun merasa nyeri di daerah abdomen khususnya perut bagian kanan dengan skala 3 dan tampak meringis. Selain masalah utama penulis juga melakukan implementasi terhadap masalah lainnya seperti Hipertermia karena suhu tubuh pasien 38,5 °C maka diberikan kompres dengan air dingin atau biasa dan suhu setelah di kompres menjadi 38,0 °C.

Implementasi pada hari kedua dilakukan observasi TTV dengan hasil Suhu 37,6 °C, Nadi 102x/menit, RR 24x/menit, Tekanan darah 143/95 mmHg, SPO₂ 95%, dilakukan Kembali observasi terkait keadaan pasien dimana mukosa bibir masih kering, turgor kulit >2 detik, dan BAB nya sebanyak 5x dalam sehari dengan konsistensi masih cair, skala nyerinya telah berkurang menjadi 2 pasien pun tampak rileks, sedangkan intake dan outputnya (-210). Untuk mengatasi masalah lainnya yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif maka dilakukan posisi semi fowler selain itu juga mengajarkan Teknik batuk efektif dan relaksasi nafas dalam untuk mengurangi sesak dan rasa nyeri pasien pun mengatakan sesaknya berkurang, selanjutnya memberikan perawatan mulut sebelum makan, menciptakan lingkungan yang

nyaman sebelum makan, menganjurkan istirahat sebelum makan, dan memberi makan dengan diet TKTP rendah serat dengan hasil pasien makan ½ porsi dan masih terasa mual serta nafsu makannya masih kurang, karena pasien mengeluh sesak disertai dahak maka diberikan Nebulizer sesuai indikasi nebu combivent 3x2,5 mg dengan hasil sesaknya berkurang tetapi dahaknya masih terasa RR : 20 x/menit dan spo2 95%, pasien pun diberikan obat cefotaxime 3x1 gr secara IV, arcapel 3x50 mg dan obat NAC 3X200 mg secara oral pada pukul 13.00 wib.

Implementasi di hari ketiga lakukan monitor TTV dengan hasil Suhu 36,7 °C, Nadi 100x/menit, RR 22x/menit, Tekanan darah 134/90 mmHg, SPO2 96% dimana pasien sudah tidak demam dan suhu kulitnya sudah membaik. Selain itu juga memberikan rehidrasi oral dan pasien sudah minum sebanyak 1 liter, dilakukan observasi keadaan pasien Kembali dimana Mukosa bibir pasien masih tampak kering, turgor kulit <2 detik dan mengatakan sudah BAB 3x dalam sehari dengan konsistensi masih cair, pasien mengatakan nyeri abdomennya sudah mulai tidak terasa dengan skala nyeri 1 sedangkan intake dan output cairannya (+50), karena infus sudah terpasang 3 hari, infus pun sudah mulai bocor dan terjadi pembengkakan pada tangan pasien dikarenakan tangan pasien yang terlalu banyak bergerak maka infus pasien pun di ganti ke tangan kiri dengan tetap menggunakan RL 20 TPM, memberikan diet dimana pasien menghabiskan 1 porsi makanan serta mengatakan nafsu makannya sudah meningkat dan sudah tidak terasa mual dan muntah lagi, selain itu karena masih ada dahak maka diberikan nebulizer lagi dan mengatakan sesaknya sudah berkurang RR : 20 x/menit Spo2 : 97%, pada pukul 20.00 wib pasien diberi obat cefotaxime 3x1 gr, obat pantoprazole 1X40 mg, dan

Lasix 2x40 mg secara IV, obat zinc 1x20 mg, arcapel 3x50 mg, obat NAC 3X200 mg cetirizine 1x10 mg secara oral. Terakhir menganjurkan pasien mempertahankan tirah baring dan pasien tampak beristirahat.

Implementasi di hari keempat kembali dilakukan monitor TTV dengan hasil Suhu 36,8 °C, Nadi 98x/menit, RR 20x/menit, Tekanan darah 140/95 mmHg, SPO₂ 96% dan intake dan outputnya menjadi (+10) dimana pasien sudah tidak sesak, mukosa bibir pasien tampak lembab, turgor kulit <2 detik dan BABnya sudah 1x dalam sehari dengan konsistensi sudah mulai padat, nyerinya sudah hilang, dan berat badan pasien sekarang menjadi 59,5 Kg, karena di hari keempat pasien sudah boleh pulang maka dilakukan pelepasan infus.

Setelah dilakukan perawatan 4 hari di rumah sakit ternyata pasien belum mengetahui dengan jelas terkait pencegahan Gastroenteritis meskipun sudah diperbolehkan untuk pulang maka implementasi dilanjutkan dengan home visit ke rumah Ny. A yang dilakukan pada hari sabtu tanggal 15 April 2023 dimana dilakukan kembali monitor TTV dengan hasil Suhu 36,8 °C, Nadi 92x/menit, RR 20x/menit, Tekanan darah 140/90 mmHg. Pasien mengatakan BABnya sudah 1x dalam sehari dengan konsistensi padat, pasien juga mengatakan sesak dan dahaknya sudah berkurang, intake dan outputnya pun sudah (+10) dan terakhir dilakukan Pendidikan Kesehatan kepada pasien dan keluarga terkait pencegahan diare. Implementasi keperawatan dilakukan penulis sesuai dengan SOP yang ada di rumah sakit.

Tabel 8

Hasil Monitor Intake dan Output

Hari Ke-1		Hari Ke-2		Hari Ke-3		Hari Ke-4		Hari Ke-5	
Intake	Output	Intake	Output	Intake	Output	Intake	Output	Intake	Output
2740	3530	2540	2750	2440	2390	1600	1590	1800	1790
-790		-210		+50		+10		+10	

4.1.5 Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 4 hari di Rumah sakit dan 1 hari secara home visit pasien sudah membaik dan mengatakan BAB sudah Kembali normal yaitu 1-2x dalam sehari, konsistensi feses sudah berbentuk padat tidak cair, bising usus 18 x/menit, mukosa bibir lembab, turgor kulit <2 detik, mata tidak tampak cekung serta intake dan output pasien seimbang sehingga masalah keperawatan Hipovolemia sudah teratasi dan intervensi dihentikan. Sedangkan untuk masalah keperawatan yang lain yaitu demamnya sudah tidak terasa, nyeri abdomennya berkurang, nafsu makannya sudah meningkat, sesak nafas dan dahaknya sudah berkurang, sehingga untuk masalah lain mulai dari bersihan jalan nafas tidak efektif, hipertermia, nyeri akut dan resiko deficit nutrisi yang dialami pasien sudah teratasi sehingga intervensi dihentikan.

4.2 Pembahasan

4.2.1 Pengkajian

Berdasarkan hasil asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien Ny. A selama 5 hari berturut-turut dimana 4 hari dilakukan asuhan keperawatan di rumah sakit dan 1 dilakukan secara home visit dengan setiap harinya telah dilakukan intervensi yang sesuai dengan masalah yang dialami pasien, sesuai dengan yang sudah dibahas sebelumnya bahwa hasil studi kasus ini bertujuan untuk mengetahui gambaran asuhan keperawatan pada pasien Gastroenteritis dengan gangguan kebutuhan cairan dan elektrolit : Hipovolemia.

Hasil dari pengkajian yang dilakukan kepada pasien Ny. A didapatkan bahwa keluhan utama pasien yaitu BAB >10 kali dalam sehari dengan konsistensi cair disertai lendir, hal ini menandakan bahwa pasien Ny. A mengalami Gastroenteritis sesuai dengan teori Gastroenteritis menurut Suratun dan Lusianah pada tahun 2010 yaitu Gastroenteritis adalah radang pada lambung dan usus yang memberikan gejala diare, dengan atau tanpa disertai muntah, serta sering kali disertai peningkatan suhu tubuh. Diare yang dimaksud adalah buang air besar berkali-kali yaitu dengan jumlah yang melebihi 3 kali dalam bentuk feses cair, serta dapat disertai dengan darah atau lendir.

Berdasarkan hasil pengkajian juga didapatkan data yang seharusnya tidak ada tetapi pada pasien Ny. A ada yaitu pasien mengeluh sesak nafas disertai dahak dan batuk-batuk dimana hal ini bisa terjadi karena pasien memiliki Riwayat penyakit Asma dimana sesuai dengan apa yang di kemukakan oleh Maranatha, 2009 dalam

Purwaningsih, Nataliswati dan Sulastyawati tahun 2023 bahwa dari penyakit asma ini akan mengakibatkan produksi mucus yang berlebihan. selain itu terdapat juga data yang seharusnya ada pada pasien tetapi kenyataan tanda dan gejala tersebut tidak ditemukan pada pasien Ny. A yaitu terdapat luka atau lesi pada bagian anus dan pasien mengalami kecemasan tetapi pada pasien Ny. A hal tersebut tidak ditemukan, karena Anus pasien tampak bersih dan tidak terdapat lesi karena pasien selalu menjaga kebersihan Anusnya, serta pasien dan keluarga pasien segera mengatasi masalah pasien dengan membawa pasien ke rumah sakit sehingga tidak terjadi luka pada bagian anus, selain itu tidak terjadi ansietas karena pasien tampak tenang dan pasien mengatakan jika di rawat dirinya merasa tenang.

Hasil dari pola aktivitas sehari-hari pasien ini sesuai dengan apa yang disampaikan oleh Mahalakshmi, Kandarpkumar, dan Subramanian pada tahun 2022 bahwa penyakit Gastroenteritis ini terjadi melalui *Fekal to Oral* dimana disini pasien sebelum makan tidak mencuci tangannya terlebih dahulu selain itu terdapat *Food* atau pasien makan secara berlebihan mulai dari gorengan, makanan pedas dan es buah atau makanan manis yang dimakan secara bersamaan.

Hasil dari pemeriksaan fisik yang dilakukan pada Ny. A didapatkan RR 26 x/menit, TD 135/85 mmHg, nadi 115 x/menit SPO₂ 94% dan suhu 38,5 °C, BB 59 Kg, TB 155 Cm, tampak lemas, BAB >10 kali dalam sehari dengan konsistensi cair dan disertai lendir, mukosa bibir kering, mata tampak cekung, turgor kulit >2 detik mengalami nyeri perut khususnya pada perut bagian kanan bawah atau pada kuadran 3, bising usus 17 x/menit, mual dan muntah, tidak nafsu makan, sesak nafas disertai dahak. Hal ini sesuai dengan tanda dan gejala Gastroenteritis yang

dikemukakan oleh Suratun dan Lusianah pada tahun 2010 dimana pasien BAB sering dengan konsistensi cair disertai lendir dan darah juga mengalami tanda-tanda dehidrasi, suhu tubuh meningkat, kram perut, akan tetapi sesak nafas disertai lendir yang dialami pasien ini tidak sesuai dengan tanda dan gejala yang dikemukakan Suratun dan Lusianah pada tahun 2010 dimana gejala sesak disertai dahak yang dialami pasien ini muncul karena penyakit bawaan pasien yaitu penyakit Asma yang sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Maranatha, 2009 dalam Purwaningsih, Nataliswati dan Sulastyawati tahun 2023 bahwa dari penyakit asma ini akan mengakibatkan produksi mucus yang berlebihan.

Dari hasil pengkajian psikososial dan spiritual keadaan pasien tidak sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Muttaqin dan Sari dimana harus nya timbul kecemasan pada pasien tetapi nyatanya pasien merasa tenang hal ini sesuai dengan pola coping pasien yang terjalin baik sehingga tidak terjadi kecemasan pada pasien.

Hasil dari pemeriksaan laboratorium yang dilakukan Ny. A pada tanggal 10 April 2023 didapat data bahwa terjadi peningkatan jumlah leukosit yaitu 15,220 sel/ul dengan nilai normal 3,800-10,600 sel/ul, hal ini sesuai dengan hasil pemeriksaan penunjang yang dikemukakan oleh Muttaqin dan Sari pada tahun 2011 yang menyatakan bahwa dari hasil pemeriksaan darah rutin akan terdeteksi peningkatan leukosit. Tetapi tidak didapatkan hasil pemeriksaan elektrolit pada pasien dimana menurut Tyas, Damayanti, dan Arguni tahun 2018 mengemukakan bahwa pada pasien Gastroenteritis saat pemeriksaan laboratorium elektrolit akan mengalami peningkatan Natrium dan kalium dengan tanda dan gejala pasien akan

mengalami mual muntah, jumlah urine yang sedikit, aritmia, mukosa bibir kering, rasa haus, turgor kulit buruk, suhu badan meningkat dan dehidrasi.

Pada penatalaksanaan pasien diberi infus RL (*Ringer Laktat*). RL ini memiliki kandungan yang terdiri dari air, kalsium klorida, kalium klorida, sodium klorida, dan sodium laktat dimana kandungan RL ini bermanfaat untuk mengembalikan cairan tubuh yang hilang salah satunya akibat kehilangan cairan melalui feses. Menurut Febriansiswanti tahun 2015 infus RL efektif dalam mempertahankan hidrasi pada pasien diare serta dapat mengembalikan cairan tubuh yang hilang.

Pada pengkajian penulis tidak menemukan hambatan dalam mengkaji keadaan pasien karena alat-alat untuk melakukan pengkajian tersedia lengkap di rumah sakit seperti Tensimeter, thermometer, oximeter dan lain-lain, Adapun alat lainnya yang diperlukan untuk melakukan pengkajian penulis membawa sendiri alatnya seperti penlight, stetoskop dan lain-lain. Pasien pun kooperatif dengan penulis ketika dilakukan pengkajian.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan yang muncul pada pasien Ny. A Sebagian besar sesuai dengan apa yang dikemukakan oleh Muttaqin dan Sari pada tahun 2011 dan (Tim Pokja DPP PPNI, 2017) yaitu Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif yang ditandai dengan BAB >10 kali dalam sehari dengan konsistensi cair dan disertai lendir, mukosa bibir kering, mata tampak cekung, turgor kulit >2

detik, bising usus 27 x/menit, Hipertermia yang ditandai dengan peningkatan suhu tubuh menjadi 38,5 °C, Nyeri akut ditandai dengan nyeri pada bagian perut khususnya pada bagian perut kanan bawah atau di kuadran 3 dan resiko deficit yang ditandai dengan nafsu makan berkurang,

Diagnosa yang seharusnya tidak ada tetapi muncul pada pasien Ny. A yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan nafas hal ini terjadi karena penyakit keturunan pasien yaitu penyakit Asma sesuai dengan yang dikemukakan oleh Maranatha tahun 2009 dalam Purwaningsih, Nataliswati dan Sulastyawati tahun 2023 penyakit Asma akan menimbulkan produksi mucus secara berlebih sehingga mucus ini banyak tertimbun dan menyebabkan bersihan jalan nafas tidak efektif.

Selain itu ada juga diagnosa yang seharusnya muncul yaitu gangguan integritas kulit/jaringan dan ansietas tetapi pada pasien Ny. A masalah tersebut tidak ditemukan karena Anus pasien tampak bersih dan tidak terdapat lesi karena pasien selalu menjaga kebersihan Anusnya, serta pasien dan keluarga pasien segera mengatasi masalah pasien dengan membawa pasien ke rumah sakit sehingga tidak terjadi lesi pada bagian anus, selain itu tidak terjadi ansietas karena berdasarkan data psikososial kecemasan pasien tampak tenang dan pola koping pasien terjalin baik karena berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Hasanah. N pada tahun 2017 menyatakan bahwa Pendidikan mempunyai pengaruh terhadap tingkat pengetahuan seseorang dimana semakin tinggi tingkat Pendidikan semakin tinggi juga tingkat pengetahuan sehingga tingkat kecemasannya pun akan berkurang hal ini terbukti dengan pasien mengetahui penanganan awal Gastroenteritis dengan melakukan

konsumsi Oralit. Selanjutnya menurut Marwan tahun 2022 koping yang baik akan mengurangi tingkat kecemasan dimana disini pola koping pasien terjalin dengan baik.

Hal tersebut juga sesuai dengan kriteria hasil Ansietas dan gangguan integritas kulit dan jaringan menurut Muttaqin dan Sari tahun 2011 dan Tim Pokja DPP PPNI tahun 2018 dimana pasien tampak rileks atau tenang, anus lembab dan bersih serta tidak ada tanda-tanda inflamasi pada anus sehingga diagnosa Gangguan integritas kulit/jaringan dan diagnosa ansietas tidak ditarik menjadi masalah yang dialami pasien.

Pada saat melakukan Analisa data dan menentukan diagnosa keperawatan penulis tidak menemukan kesulitan karena Sebagian besar diganosa yang diangkat sesuai dengan apa yang dikemukakan oleh Muttaqin dan Sari pada tahun 2011 dan Tim Pokja DPP PPNI tahun 2017. Serta dalam menentukan diagnosa penulis mempunyai buku SDKI sebagai pegangan.

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Rencana Tindakan pada masalah utama yang dialami pasien sudah sesuai dengan intervensi keperawatan terkait masalah pada penyakit Gastroenteritis yang dikemukakan oleh Muttaqin dan Sari pada tahun 2011 dan SIKI tahun 2019 dengan rencana tujuan keperawatan selama 5x7 jam yang diharapkan tidak terjadi kekurangan volume cairan dan salah satu intervensi yang bisa dilakukan untuk mengatasi masalah hypovolemia yaitu Observasi TTV, Monitor intake dan output

cairan, Observasi adanya kulit kering dan membran mukosa kering, penurunan turgor kulit, Hitung kebutuhan cairan klien, Pertahankan tirah baring dan hindari beraktivitas, Berikan rehidrasi cairan oral, berikan banyak asupan cairan oral dan informasikan kepada pasien dan keluarga tentang pencegahan diare, Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian cairan IV yaitu diberikan cairan infus RL 20 Tpm, Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat cefotaxime 3x1 gr secara IV, secara IV, obat zinc 1x20 mg dan arcapel 3x50 mg secara oral. Menurut penelitian Indriyani dan Kusniawan pada tahun 2017 pemberian Rehidrasi oral dapat memberikan pengaruh terhadap konsistensi feses dan penurunan frekuensi buang air besar.

Rencana intervensi lain yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah lain yang dialami pasien yaitu Hipertermia seperti beri kompres dengan air dingin atau biasa pada daerah aksila, lipatan paha, dan temporal bila terjadi panas dan anjurkan keluarga untuk memakaikan pakaian yang dapat menyerap keringat. Seperti katun. Sedangkan untuk mengatasi masalah nyeri akut bisa dilakukan Teknik nonfarmakologi seperti pijatan punggung, ubah posisi dan ralaksasi nafas dalam. Serta untuk masalah terakhir yaitu resiko deficit nutrisi intervensi yang bisa dilakukan yaitu berikan perawatan mulut terutama sebelum makan, ciptakan lingkungan yang nyaman dan kolaborasi dengan tim gizi atau ahli diet untuk menentukan diet TKTP rendah serat. Sedangkan untuk masalah bersihan jalan nafas tidak efektif intervensi yang dilakukan ini sudah disesuaikan dengan intervensi yang dikemukakan oleh SIKI tahun 2019 yaitu dengan Atur posisi semi fowler,

ajarkan pasien dan keluarga Teknik batuk efektif dan Teknik relaksasi nafas dalam serta berikan nebulizer.

Pada saat menentukan perencanaan keperawatan penulis tidak menemukan kesulitan karena penulis menggunakan buku Muttaqin dan Sari pada tahun 2011 dan buku SIKI dari Tim Pokja DPP PPNI 2019 sebagai pegangan dalam merumuskan perencanaan keperawatan pada pasien.

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Penulis telah melakukan implementasi keperawatan sesuai dengan apa yang direncanakan pada intervensi keperawatan yang dimulai pada tanggal 10 April 2023 hingga 15 April 2023 untuk mengatasi masalah-masalah yang dialami pasien khususnya masalah kekurangan volume cairan dan elektrolit pada pasien Gastroenteritis yang sudah direncanakan sesuai dengan apa yang telah dikemukakan oleh Muttaqin dan Sari pada tahun 2011 dan SIKI tahun 2019, dimana hari-hari demi hari keadaan pasien mengalami peningkatan, yaitu pasien mengatakan BAB kembali normal 1-2x dalam sehari dengan konsistensi padat dan tidak cair, mukosa bibir lembab, turgor kulit <2 detik, mata tidak tampak cekung, dan intake dan output cairan seimbang. Serta tidak lupa untuk masalah lainnya pun keadaan pasien membaik hari demi hari yaitu sudah tidak merasa demam, suhu kulit membaik, suhu pasien Kembali normal, nyeri abdomen berkurang, nafsu makan meningkat, makan habis 1 porsi, mual muntah berkurang, sesak nafas disertai dahak berkurang, RR Kembali normal.

Pelaksanaan asuhan keperawatan kepada Ny. A penulis tidak mendapatkan hambatan, implementasi dilakukan sesuai rencana pada intervensi dan disesuaikan dengan standar prosedur yang berlaku, pelaratan rumah sakit pun sudah lengkap dan baik serta terjadi hubungan yang baik antara penulis dengan perawat ruangan. Penulis pun selalu melakukan koordinasi dengan perawat ruangan terkait pemberian obat, selalu berkoordinasi dalam melakukan Tindakan keperawatan kepada Ny. A serta berkoordinasi dalam pemantauan jumlah intake dan output pasien tetapi perawat terlihat kurang memperhatikan intake dan output pasien,

Pelaksanaan implementasi dilaksanakan sesuai dengan SOP Rumah sakit dimana SOP rumah sakit terkait dengan pemasangan infus dan monitor intake dan output pasien hampir sama dengan SOP yang ada di kampus Poltekkes Kemenkes Bandung Jurusan Keperawatan Bandung sehingga penulis tidak memiliki hambatan dalam melakukan tindakan dan bisa beradaptasi dengan SOP rumah sakit. Tetapi terkait SOP pemberian Rehidrasi oral pihak rumah sakit dan pihak kampus tidak mempunyai SOP tersebut yang ada hanya SOP pemberian minum per oral sehingga penulis memberikan rehidrasi oral sesuai indikasi yaitu terdiri dari 3,5 gram Natrium klorida, 2,5 gram kalium klorida dan 20 gram glukosa per liter air menurut Amin. L tahun 2015.

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Pada Evaluasi keperawatan setelah dilakukan 4 hari perawatan di rumah sakit dan satu hari dilakukan home visit karena pasien belum mengetahui lebih jelas terkait pencegahan dan penanganan Gastroenteritis maka dilakukan home visit sehingga keadaan pasien di hari terakhir berdasarkan home visit yaitu keadaan

pasien sudah membaik dengan pasien mengatakan BAB kembali normal 1-2x dalam sehari dengan konsistensi padat dan tidak cair, mukosa bibir lembab, turgor kulit <2 detik, mata tidak tampak cekung, dan intake dan output cairan seimbang serta pengetahuan pasien terkait penyakit gastroenteritis mengalami peningkatan.

Tidak lupa untuk masalah lainnya pun keadaan pasien membaik hari demi hari yaitu sudah tidak merasa demam, suhu kulit membaik, suhu pasien Kembali normal, nyeri abdomen berkurang, nafsu makan meningkat, makan habis 1 porsi, mual muntah berkurang, sesak nafas disertai dahak berkurang, RR Kembali normal sehingga semua masalah yang dialami pasien sudah teratasi dan intervensi dihentikan. Hal ini sesuai dengan evaluasi keperawatan yang dikemukakan oleh Muttaqin dan Sari 2011 yaitu Melaporkan pola defekasi normal, mempertahankan keseimbangan cairan, menunjukkan membran mukosa lembab dan turgor jaringan normal mengalami keseimbangan intake dan output dan tanda-tanda vital stabil. Serta tidak ada perubahan dalam tingkat kesadaran.

Pada evaluasi keperawatan penulis tidak mengalami hambatan karena setelah dilakukan tindakan selama 5 hari keadaan pasien sudah membaik dan telah dilakukan evaluasi dengan metode SOAP.

4.3 Keterbatasan Studi Kasus

Pada studi kasus karya ilmiah ini penulis tidak mengalami hambatan selama melakukan studi kasus dikarenakan fasilitas rumah sakit yang sudah lengkap khususnya alat-alat yang digunakan berfungsi dengan baik sehingga dalam melakukan asuhan keperawatan kepada pasien berjalan sesuai rencana. Akan tetapi terkait SOP Rehidrasi oral tidak tersedia baik di rumah sakit maupun di kampus

Keperawatan Bandung sehingga untuk mengatasi ketidakadaan SOP tersebut penulis melakukan dan memberikan Rehidrasi Oral sesuai dengan indikasi.