

## **2. Pembahasan**

Dari hasil asuhan keperawatan pada pasien Sdr. T yang terdiagnosa DHF mendapat beberapa kesenjangan teori dengan kenyataan kasus di lapangan mengenai asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan. Penulis juga mengulas hal kesenjangan teori dan kenyataan kasus di lapangan mengenai asuhan keperawatan untuk berusaha membuat suatu langkah penyelesaian.

### **A. Proses keperawatan**

#### **1. Pengkajian**

Pengkajian dilakukan pada Sdr. T dengan diagnosa DHF pada tanggal 2 Juli 2018 sampai dengan 4 Juli 2018 di dr. Soetarto Yogyakarta. Pengkajian yang dilakukan meliputi : hari dan tanggal, waktu, oleh, tempat, sumber data, metode pengumpulan data, alat pengumpulan data, identitas pasien dan identitas penanggung jawab, riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, pola fungsional gordon, program terapi, jenis pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan penunjang dan analisa data. Sumber data ini diperoleh dari pasien, keluarga, rekam medis dan tenaga kesehatan. Metode yang digunakan yaitu wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi.

Pada tahap pengkajian kasus pasien Sdr. T dengan diagnosa DHF menurut (Nurarif & Hardhi, 2015) pada pasien DHF terdapat keluhan seperti Didapatkan adanya keluhan panas mendadak yang disertai

menggigil, dan saat demam kesadaran komposmentis. Turunnya panas terjadi antara hari ke 3 dan ke 7 dan anak semakin lemah. Kadang-kadang disertai dengan keluhan batuk pilek, nyeri telan, mual, muntah, anoreksia, diare atau konstipasi, sakit kepala, nyeri otot dan persendian, nyeri uluh hati, dan pergerakan bola mata terasa pegal, serta adanya manifestasi perdarahan pada kulit, gusi (grade 3 dan 4), melena, atau hematemesis. Sedangkan dari Kasus Sdr. T didapatkan data pada pengkajian kesehatan fungsional pada aspek nutrisi bahwa Pasien mengatakan 2 hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit mengalami mual muntah dan tidak nafsu makan, Pasien mengatakan makan 3 kali sehari tetapi saat makan hanya menghabiskan 3-5 sendok makanan yang disediakan dari RS, Pasien mengatakan untuk minum pasien selama sakit hanya sedikit yaitu berkisar 4-5 gelas perhari ( $\pm 1000$  cc), Pasien mengatakan tidak ada pantangan makanan, Pasien mengatakan apabila pasien mengalami muntah pasien tidak memakan diet yang diberikan, KU : Cukup, Composmentis, TD : 100/80 mmHg, N : 60 kali/menit, S : 36,7°C, RR : 22 kali/menit, Pasien tampak lemas, TB : 169 cm, BB : 58 kg, IMT : 20.30 kg/m<sup>2</sup>. Sedangkan pada aspek lainnya yang mengalami masalah yaitu

Pada pengkajian pola fungsional Gordon terdapat beberapa pola yang mengalami gangguan. Pada aspek kebersihan diri pasien didapatkan data bahwa pasien dengan Pasien mengatakan selama di RS hanya dilap dan mengganti baju, KU : Cukup, Composmentis, Rambut tidak tertata rapi, Kuku kaki tampak panjang, Mulut kering dan sedikit bau, Baju tidak

rapi, Beberapa kegiatan dibantu oleh keluarga seperti berjalan menuju kamar mandi. Sesuai dengan teori pada (Nurarif & Hardhi, 2015) mengatakan bahwa Upaya keluarga untuk menjaga kebersihan diri dan lingkungan cenderung kurang.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan data Tekanan Darah 100/80 mmHg, Nadi 60 x/menit, Suhu 8 °C, RR 22 x/menit. Pada data pengkajiam awal didapatkan data bahwa pasien sudah demam dari 4 hari yang lalu, badan terasa lemas, tidak mual dan muntah. Hal tersebut sesuai dengan teori menurut (Nurarif & Hardhi, 2015) bahwa didapatkan adanya keluhan panas mendadak yang disertai menggigil, dan saat demam kesadaran komposmentis. Turunnya panas terjadi antara hari ke 3 dan ke 7 dan anak semakin lemah. Dari hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 1 Juli 2018 didapatkan hasil hemoglobin 14,1 g/dL, Hematokrit 40.3%, Leukosit 5500 Ribu/mm<sup>3</sup>, Trombosit 158000 Ribu/uL, Eritrosit 4.58 Juta/uL. MCV 88,1 fL, MCH 30.7 Pg, MCHC 34.9%, Segmen 63.%. Limfosit 27.2%, MID %.

Pasien pernah dirawat di RS dr. Soetarto dengan riwayat DHF, typus sekitar 10 tahun yang lalu. Dari pihak keluarga pasien sebelumnya tidak ada yang pernah mengalami penyakit yang sama dengan pasien. Keluarga pasien tidak ada keturunan DM maupun Hipertensi dan penyakit menular lainnya.

## 2. Diagnosa keperawatan

a. Menurut (Nurarif & Hardhi, 2015) diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan post operasi lumpektomi dalam NANDA (2015) adalah sebagai berikut Peningkatan suhu tubuh (hipertermia) berhubungan dengan infeksi virus, Nyeri berhubungan dengan gangguan metabolisme pembuluh darah perifer, Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual, muntah, tidak ada napsu makan, Potensial terjadi perdarahan berhubungan dengan trombositopenia, Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan permeabilitas kapiler, muntah dan demam, Gangguan aktivitas sehari-hari berhubungan dengan kelemahan tubuh. Sedangkan dari kasus Sdr. T dengan diagnosa DHF diagnosa keperawatan yang muncul sebagai berikut Resiko Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual, muntah, Hipertermi berhubungan dengan Perubahan regulasi temperatur, Resiko Defisit perawatan diri berhubungan dengan kurang motivasi. Dari ketiga diagnosa yang muncul dari kasus Sdr. T semuanya sesuai dengan teori yang ada. Diagnosa keperawatan pada kasus adalah sebagai berikut :

a. Resiko Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual, muntah

Definisi menurut NANDA yaitu Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik. Faktor yang berhubungan dengan kondisi pasien ialah mual, muntah. Berdasarkan data Subjektif dan

Objektif dari kasus didapatkan data Pasien mengatakan 2 hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit mengalami mual muntah dan tidak nafsu makan, Pasien mengatakan makan 3 kali sehari tetapi saat makan hanya menghabiskan 3-5 sendok makanan yang disediakan dari RS, Pasien mengatakan untuk minum pasien selama sakit hanya sedikit yaitu berkisar 4-5 gelas perhari ( $\pm 1000$  cc), Pasien mengatakan tidak ada pantangan makanan, Pasien mengatakan apabila pasien mengalami muntah pasien tidak memakan diet yang diberikan, KU : Cukup, Composmentis, TD : 100/80 mmHg, N : 60 kali/menit, S : 36,7°C, RR : 22 kali/menit, Pasien tampak lemas, TB : 169 cm, BB : 58 kg, IMT : 20.30 kg/m<sup>2</sup>. Sehingga penulis mengangkat diagnosa keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual muntah diangkat menjadi diagnosa prioritas pertama.

- b. Hipertermi berhubungan dengan Perubahan regulasi temperatur
- Hipertermi menurut NANDA yaitu peningkatan suhu tubuh diatas kisaran normal. Faktor yang berhubungan dari kasus didapatkan bahwa terdapat perubahan regulasi temperatur. Berdasarkan data subjektif dan objektif Pasien mengatakan demam sudah dari 4 hari yang lalu, badan terasa lemas, tidak mual dan muntah, KU : Cukup, Composmentis, TD : 100/80 mmHg, N : 60 kali/menit, S : 36,7°C, RR : 22 kali/menit, Pasien tampak lemas, Demam pasien

turun. Sehingga penulis mengangkat diagnosa hipertermi menjadi diagnosa nomor 2.

- c. Resiko Defisit perawatan diri berhubungan dengan kurang motivasi

Resiko defisit perawatan diri menurut NANDA yaitu hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas dalam berbias diri. Faktor yang berhubungan dengan kurang motivasi. Berdasarkan data subjektif dan objektif didapatkan hasil Pasien mengatakan selama di RS hanya dilap dan mengganti baju, KU : Cukup, Composmentis, Rambut tidak tertata rapi, Kuku kaki tampak panjang, Mulut kering dan sedikit bau, Baju tidak rapi, Beberapa kegiatan dibantu oleh keluarga seperti berjalan menuju kamar mandi. Berdasarkan data yang didapatkan penulis menetapkan diagnosa tersebut sebagai diagnosa nomor 3.

### 3. Perencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan atau intervensi keperawatan merupakan tahap ketiga dari proses keperawatan dimana perawat menetapkan tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan bagi pasien dan rencana tindakan yang akan dilakukan.

Penentuan tujuan pada perencanaan dari proses keperawatan adalah sebagai arah dalam membuat rencana tindakan dari masing-masing diagnosa keperawatan. Kriteria hasil dilakukan untuk memberi petunjuk bahwa tujuan telah tercapai dan digunakan dalam membuat pertimbangan.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam membuat kriteria hasil adalah berfokus pada pasien, singkat, jelas untuk memudahkan perawat dalam mengidentifikasi tujuan dan rencana tindakan dapat diobservasi dan diukur, realistik, ditentukan oleh perawat dan pasien.

Pada perencanaan tindakan, penulis mengacu pada referensi *Nursing Interventions Clasification* (NIC) dan *Nursing Outcome Clasification* (NOC). Pada teori dan kenyataan tahap perencanaan menggunakan referensi yang sama. Perencanaan pada pasien Sdr. T penulis mengabil dari referensi dan menyesuaikan dengan kondisi pasien, sehingga dapat mengoptimalkan keberhasilannya. Selain itu, dipilihnya perencanaan bertujuan untuk menyesuaikan kondisi dan kemampuan pasien serta fasilitas yang ada.

Penentuan tujuan, penulis menggunakan konsep SMART. Konsep SMART yaitu S : *Spesific*, yang dimaksudkan adalah tujuan keperawatan harus jelas; M : *Measurable*, yang dimaksudkan adalah dalam penentuan tujuan keperawatan harus dapat diukur sesuai dengan keadaan pasien; A : *Achievable*, yang dimaksudkan adalah tujuan keperawatan harus dapat dicapai sesuai dengan kondisi pasien; R : *Reasonable*, yang dimaksudkan adalah dalam menentukan tujuan keperawatan harus nyata dan dapat dipertanggungjawabkan; T : *Time*, yang dimaksudkan adalah tujuan keperawatan harus dapat dicapai dengan waktu yang sudah ditetapkan sesuai kondisi pasien.

Saat melakukan penentuan intervensi, penulis berfokus pada empat pokok penting dalam perencanaan yaitu ONEC yaitu observasi (*observation*), tindakan keperawatan (*nursing treatment*), pendidikan kesehatan (*education*) dan tindakan kolaborasi (*collaboration*). Penulisan instruksi dalam perencanaan telah disesuaikan oleh penulis, misalnya apabila pasien memerlukan terapi obat maka ditulis kolaborasi, karena pemberian obat merupakan kewenangan dari dokter dan perawat hanya sebagai pengelola.

- a. Resiko Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual, muntah

*Nutritional Status* bertujuan untuk mengobservasi keluhan pasien mengenai kebutuhan nutrisi. Alasan mengambil tujuan Pasien mengatakan 2 hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit mengalami mual muntah dan tidak nafsu makan, Pasien mengatakan makan 3 kali sehari tetapi saat makan hanya menghabiskan 3-5 sendok makanan yang disediakan dari RS, Pasien mengatakan untuk minum pasien selama sakit hanya sedikit yaitu berkisar 4-5 gelas perhari ( $\pm 1000$  cc), Pasien mengatakan tidak ada pantangan makanan, Pasien mengatakan apabila pasien mengalami muntah pasien tidak memakan diet yang diberikan, KU : Cukup, Composmentis, TD : 100/80 mmHg, N : 60 kali/menit, S : 36,7°C, RR : 22 kali/menit, Pasien tampak lemas, TB : 169 cm, BB : 58 kg, IMT : 20.30 kg/m<sup>2</sup>.

*Nutrition Management* bertujuan untuk Alergi akan memperburuk kondisi pasien, Sajian makanan yang disukai adalah salah satu pasien untuk mau makan, Jumlah asupan nutrisi yang masuk mempengaruhi keseimbangan nutrisi, Mual dan muntah adalah tanda adanya alergi atau benda asing yang tidak dapat diterima oleh sistem pencernaan pasien, Pemberian makanan berporsi kecil tapi sering adalah terapi yang digunakan untuk melatih pencernaan pasien agar dapat menerima makanan, Pengetahuan tentang makanan yang adekuat merupakan motivasi pasien untuk makan makanan yang bergizi, Pemberian diet yang tepat.

- b. Hipertermi berhubungan dengan Perubahan regulasi temperatur

*Thermoregulation* bertujuan untuk mengobservasi tanda-tanda vital pasien (Tekanan Darah, Nadi, Respirasi, Suhu), Alasannya mengambil diagnosa tersebut karena didapatkan data Pasien mengatakan demam sudah dari 4 hari yang lalu, badan terasa lemas, tidak mual dan muntah, KU : Cukup, Composmentis, TD : 100/80 mmHg, N : 60 kali/menit, S : 36,7°C, RR : 22 kali/menit, Pasien tampak lemas, Demam pasien turun.

*Fever Treatment* intervensi yang digunakan untuk menurunkan keluhan yang ada yaitu peningkatan suhu tubuh pasien.

- c. Resiko Defisit perawatan diri berhubungan dengan kurang motivasi

*Self Care: bathing* bertujuan untuk memberikan aktivitas mandiri untuk membersihkan diri sendiri secara mandiri dan atau tanpa

bantuan alat. Alasan mengambil tujuan *self care bathing* adalah Pasien mengatakan demam sudah dari 4 hari yang lalu, badan terasa lemas, tidak mual dan muntah, KU : Cukup, Composmentis, TD : 100/80 mmHg, N : 60 kali/menit, S : 36,7°C, RR : 22 kali/menit, Pasien tampak lemas, Demam pasien turun.

*Self care assistance* : membantu pasien dalam menjalani aktivitas sehari-hari. Alasannya untuk mengetahui tingkat kemandirian pasien, membersihkan tubuh pasien dan keluarga mampu memotivasi pasien untuk mandi 2 kali dalam sehari.

#### 4. Pelaksanaan keperawatan

Pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Sdr. T didasarkan pada perencanaan keperawatan yang telah disusun. Namun, pada kenyataan tidak semua perencanaan keperawatan dapat dilaksanakan secara keseluruhan. Hal ini disebabkan karena disesuaikan dengan kondisi dan kemampuan pasien. Asuhan keperawatan pada Sdr. T dengan diagnosa post operasi lumpektomi h-0 dilaksanakan secara berkesinambungan. Dalam hal ini, penulis tidak bekerja sendiri, melainkan dengan bantuan perawat di ruang Melati, dokter, ahli gizi serta melibatkan pasien dan keluarga sehingga dapat bekerja sama dan terbina hubungan saling percaya serta mencapai tujuan yang ditentukan. Adapun pelaksanaan dari diagnosa keperawatan sebagai berikut :

- a. Resiko Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual, muntah. Dalam diagnosa keperawatan,

penulis melaksanakan tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan keperawatan yang telah ditetapkan yaitu Mengkaji adanya alergi makanan, Memonitor asupan nutrisi yang masuk, Memonitor mual dan muntah, Memberikan makanan porsi kecil tapi sering.

- b. Hipertermi berhubungan dengan Perubahan regulasi temperatur. Dalam diagnosa keperawatan, penulis melaksanakan tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan keperawatan yang telah ditetapkan yaitu Memonitor keadaan umum dan vital sign, Mengelola terapi RL 20 tpm.
- c. Resiko Defisit perawatan diri berhubungan dengan kurang motivasi. Dalam diagnosa keperawatan, penulis melaksanakan tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan keperawatan yang telah ditetapkan yaitu Mengobservasi tingkat kemandirian pasien dalam melakukan personal hygiene, Memotivasi pasien untuk personal hygiene 2 kali sehari pagi dan sore

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah terakhir dalam proses keperawatan yang menentukan apakah tujuan tercapai atau sampai manakah tujuan tersebut telah dicapai. Pada evaluasi ini penulis menggunakan evaluasi proses dan evaluasi hasil. Evaluasi proses ini dibuat untuk mengetahui keberhasilan tindakan yang dilaksanakan oleh perawat, sedangkan evaluasi hasil merupakan catatan perkembangan dari keseluruhan tindakan yang

dijadikan sebagai bahan pertimbangan untuk menyusun asuhan keperawatan. Evaluasi dari diagnosa keperawatan yang muncul adalah :

- a. Resiko Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual, muntah

Evaluasi proses dalam tindakan keperawatan dilakukan selama satu kali dan tidak mengalami hambatan dalam proses keperawatan. Evaluasi hasil setelah dilakukannya tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam dari tanggal 2 Juli sampai dengan 4 Juli 2018 , tujuan teratasi ditandai dengan Pasien mengatakan tadi pagi makan menghabiskan tiga seperempat porsi dan minum baru 3 gelas berupa air putih teh dan susu, Pasien mengatakan tidak mual dan muntah, KU : Cukup, Composmentis, Pasien terlihat lemas, Diet yang diberikan masih sisa setengah porsi

- b. Hipertermi berhubungan dengan Perubahan regulasi temperatur.

Evaluasi proses dalam tindakan keperawatan dilakukan selama satu kali dan tidak mengalami hambatan dalam proses keperawatan. Evaluasi hasil setelah dilakukannya tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam dari tanggal 2 Juli sampai dengan 4 Juli 2018 , tujuan teratasi ditandai dengan Pasien mengatakan badannya tidak demam, Keluarga mengatakan badan klien sudah berkurang panasnya, Ku : Cukup Composmentis, TD : 90/60mmHg, S: 36,4 oC, Nadi: 80 x/ menit, RR 22 kali/menit, Infus RL 20 Tpm, Injeksi Methilprednisolon 31,25/24 jam.

- c. Resiko Defisit perawatan diri berhubungan dengan kurang motivasi

Evaluasi proses dalam tindakan keperawatan dilakukan selama satu kali dan tidak mengalami hambatan dalam proses keperawatan. Evaluasi hasil setelah dilakukannya tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam dari tanggal 2 Juli sampai dengan 4 Juli 2018 , tujuan teratasi ditandai dengan Pasien mengatakan tadi pagi hanya cuci muka, gosok gigi dan berganti pakaian, Ku : Cukup, Composmentis, Rabu tidak

tertata rapi, Sedikit bau mulut, Kuku pada jari kaki sedikit panjang,  
Mulut kering, Baju tidak rapi

## **B. Dokumentasi asuhan keperawatan**

Pentingnya dokumentasi terlihat dari tujuannya yaitu untuk mendapatkan komunikasi timbal balik antara tim kesehatan secara efektif sebagai lahan bukti untuk tanggungjawab dan tanggung gugat sebagai informasi statistik untuk mengantisipasi dan merencanakan kebutuhan pasien di masa yang akan datang. Pada kasus ini pendokumentasian telah dilaksanakan sesuai dengan kronologis waktu dan kriteria dalam format asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan yang menggunakan metode SOAP.

Dalam pendokumentasian yang ada di ruang Kirana RS dr. Soetarto Yogyakarta menggunakan model SOAP, dimana model ini menggunakan model *progress note* yang berisikan perkembangan dan kemajuan dari setiap diagnosa keperawatan yang ditegakkan dan ditulis oleh semua tim kesehatan pada bangsal tersebut. Salah satu acuan *progress note* yang dapat digunakan yaitu : S : Data subyektif, O : Data obyektif, A : Analisa P : *Planning*.

## **3. Keterbatasan Studi Kasus**

Faktor pendukung dari pelaksanaan pengkajian adalah keluarga kooperatif dan terbuka saat pengkajian dan kerjasama tim kesehatan yang lain seperti dokter, perawat bangsal dan ahli gizi.

Faktor pendukung dalam perencanaan keperawatan yaitu adanya kerjasama penulis dengan pasien. Dalam hal ini, faktor penghambatnya adalah kurangnya literatur Fibroadenoma mammae dan tindakan lumpektomi untuk menentukan perencanaan tindakan.

Faktor pendukung pada dokumentasi asuhan keperawatan adanya kerjasama yang baik antara perawat dengan tim kesehatan lain terhadap penulis. Sedangkan faktor penghambat dalam pendokumentasian ialah pendokumentasian perawat ruang masih bersifat rutinitas semata dan belum memperhatikan pertimbangan status kesehatan pasien.