

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Dalam bab ini penulis akan menguraikan kesenjangan antara tinjauan pustaka pada BAB 2 dengan tinjauan kasus pada BAB 3 dalam “Asuhan Keperawatan pada An.S dengan Diagnosa Medis DHF (*Dengue Haemorargic Fever*) di Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya” yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

#### **4.1 Pengkajian Keperawatan**

Tahap pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien. Pengkajian menggunakan metode wawancara, observasi, studi dokumentasi dan pemeriksaan fisik (Setiadi, 2010).

Dalam pengkajian yang dilakukan pada tanggal 3-5 Mei 2015, pada An.S dengan Diagnosa Medis DHF (*Dengue Haemorargic Fever*) di Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya, penulis menggunakan metode wawancara, observasi, studi dokumentasi dan pemeriksaan fisik. Penulis menemukan hambatan dalam pengumpulan data karena penderita yang berusia 4,5 bulan serta komponen yang harus dikaji, tetapi penulis bekerja sama dengan orang tua dan tenaga kesehatan (perawat) untuk pengumpulan data sehingga bisa tercukupi data-data yang penulis butuhkan untuk pengkajian.

Sedangkan dalam tinjauan kasus pada pemeriksaan fisik tidak ditemukan adanya penurunan kesadaran karena sudah mendapatkan pengobatan baik penurun panas maupun antibiotik dari dokter dan pencegahan melalui intervensi keperawatan, sehingga peningkatan suhu belum sampai menimbulkan gangguan kesadaran. Pada tinjauan kasus hanya dilakukan pemeriksaan Parameter Laboratoris yang menunjukkan DHF dan trompositopenia. Hasil laboratorium: Hemoglobin 14 g/dL, Leukosit  $11,0 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ , Trombosit  $88 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ , Hematokrit 46,8 %, Eritrosit  $5,06 \cdot 10^6/\mu\text{L}$ .

Data tersebut di atas sesuai dengan pemeriksaan fisik dalam tinjauan pustaka ditemukan adanya penurunan kesadaran dan terjadi perdarahan. Serta pemeriksaan penunjang pada penderita DHF antara lain Parameter Laboratoris dan Pemeriksaan Radiologis.

Terlihat dengan munculnya masalah keperawatan penyakit DHF yaitu gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit dan resiko perdarahan. Tetapi penulis dapat mengatasi masalah tersebut dengan cara memberikan intervensi keperawatan untuk penyelesaian masalah tersebut.

#### **4.2 Diagnosa Keperawatan**

Dari pengumpulan data yang diperoleh, kemudian dianalisa dan didapatkan diagnosa keperawatan, pada tinjauan teori didapatkan diagnosa keperawatan sebagai berikut (Wilkinson J .M, 2012 dan Nursalam, 2008):

- a. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi virus dengue (viremia)
- b. Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi yang tidak adekuat, mual, muntah, anoreksia

- c. Defisit volume cairan dan elektrolit berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler
- d. Gangguan rasa nyaman: nyeri berhubungan dengan mekanisme patologis (proses penyakit)
- e. Resiko terjadinya hipovolemik syok berhubungan dengan adanya perdarahan spontan dan kebocoran plasma
- f. Kurangnya pengetahuan tentang penyakitnya berhubungan dengan informasi tentang penyakitnya.
- g. Resiko perdarahan berhubungan dengan trombositopenia.

Sedangkan berdasarkan data-data yang didapatkan penulis dari hasil pengkajian tanggal 3-5 Mei 2015, pada An.S dengan Diagnosa Medis DHF (*Dengue Haemoragic Fever*) di Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya. Dari data pengkajian dapat disimpulkan bahwa diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus telah disesuaikan dengan prioritas masalah yaitu:

- a. Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler, kebocoran plasma, perpindahan cairan dari intravaskuler
- b. Resiko perdarahan berhubungan dengan trombositopenia.

Sedangkan diagnosa keperawatan Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi virus dengue (viremia), Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi yang tidak adekuat, mual, muntah, anoreksia, Gangguan rasa nyaman: nyeri berhubungan dengan mekanisme patologis (proses penyakit), Resiko terjadinya hipovolemik syok berhubungan dengan adanya perdarahan spontan dan kebocoran plasma, Kurangnya pengetahuan tentang

penyakitnya berhubungan dengan informasi tentang penyakitnya, yang disebutkan dalam tinjauan pustaka tidak ditemukan dalam tinjauan kasus karena pada hasil pengkajian tidak ditemukan adanya data yang mendukung.

### **4.3 Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan meliputi penentuan prioritas masalah, tujuan, kriteria hasil dan intervensi. Tahap ini dimulai setelah menentukan diagnosa keperawatan dan menyimpulkan rencana dokumentasi. Tahap perencanaan merupakan suatu proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah-masalah pasien. Perencanaan ini merupakan langkah ketiga dalam membuat suatu proses keperawatan (Hidayat, 2004).

Intervensi keperawatan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat beberapa perbedaan karena pada tinjauan kasus menyesuaikan dengan keadaan klien dan sarana yang ada di tempat keperawatan. Tujuan pada tinjauan kasus dicantumkan jangka waktunya sebagai pedoman dalam melakukan evaluasi karena penulis mengamati klien secara langsung sedangkan pada tinjauan pustaka tidak ditentukan jangka waktunya. Tujuan pada diagnosa keperawatan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler, kebocoran plasma, perpindahan cairan dari intravaskuler adalah dilakukan dalam waktu 3x24 jam pada tanggal 3-5 Mei 2015. Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan cairan dan elektrolit klien dapat seimbang.

Diagnosa keperawatan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler, kebocoran plasma,

perpindahan cairan dari intravaskuler. Intervensinya sebagai berikut Lakukan pendekatan pada pasien dan ibu pasien, Observasi *vital sign*, BB, intake output, Anjurkan pada ibu untuk memberi ASI sesuai kebutuhan bayi, Anjurkan pada ibu pasien untuk mengompres air biasa pada daerah ketiak dan daerah pelipatan tubuh pasien, Anjurkan pada ibu pasien agar pasien menggunakan pakaian tipis dan dapat menyerap keringat, Berikan infus D5  $\frac{1}{4}$  NS 25 tetesan per menit, Tanyakan keadaan pasien saat ini, Berikan injeksi Sampicilin 250 mg dan Salticin 12,5 g. Diagnosa keperawatan resiko perdarahan berhubungan dengan trombositopenia. Intervensinya sebagai berikut Lakukan pendekatan pada pasien dan ibu pasien, Observasi *vital sign*, tanda-tanda klinis berupa perdarahan dan trombosit, Anjurkan pada ibu pasien agar pasien sering istirahat, Berikan penjelasan tentang pengaruh trombositopenia pada ibu pasien, Berikan penjelasan pada keluarga untuk segera melaporkan jika ada tanda-tanda perdarahan (epitaksis, melena, dan hematemesis).

#### **4.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan dimana rencana keperawatan dilaksanakan dan melaksanakan intervensi atau aktivitas yang telah ditentukan (Handayaningsih, 2007).

Pada tinjauan kasus dilakukan implementasi keperawatan sesuai dengan yang dirumuskan pada intervensi keperawatan sedangkan pada tinjauan pustaka tidak dilakukan implementasi keperawatan karena tidak ada pasiennya. Seperti pada diagnosa keperawatan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler, kebocoran plasma, perpindahan cairan dari intravaskuler adalah Melakukan pendekatan pada pasien dan ibu pasien,

Mengobservasi *vital sign*, BB, intake output, Menganjurkan pada ibu untuk memberi ASI sesuai kebutuhan bayi, Menganjurkan pada ibu pasien untuk mengompres air biasa pada daerah ketiak dan daerah pelipatan tubuh pasien, Menganjurkan pada ibu pasien agar pasien menggunakan pakaian tipis dan dapat menyerap keringat, Memberi infus D5 ¼ NS 25 tetesan per menit, Menanyakan keadaan pasien saat ini, Memberikan injeksi Sampicilin 250 mg dan Salticin 12,5 g.

Dalam pelaksanaan penulis tidak menemukan hambatan sehingga intervensi keperawatan dapat dilaksanakan semua dengan bekerja sama dengan orang tua dan tenaga kesehatan (perawat).

#### **4.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi merupakan keberhasilan dari intervensi keperawatan, apakah intervensi keperawatan telah tercapai atau belum tercapai dan apakah sudah sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Evaluasi ini dilakukan dengan menggunakan format evaluasi SOAP meliputi data subjektif, data objektif, data analisa dan data perencanaan (Handayaningsih, 2007).

Evaluasi keperawatan pada tinjauan kasus dilakukan dengan pengamatan dan menanyakan langsung pada keluarga kemudian didokumentasikan dalam catatan perkembangan sedangkan pada tinjauan pustaka tidak menggunakan catatan perkembangan karena tidak ada pasien sehingga tidak dilakukan evaluasi. Evaluasi untuk setiap diagnosa keperawatan pada tinjauan kasus dapat tercapai sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan.

Pada diagnosa keperawatan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler, kebocoran plasma,

perpindahan cairan dari intravaskuler adalah masalah teratasi dengan ibu pasien mengatakan pasien tidak panas lagi dan nafsu makan pasien sudah meningkat (minum ASI), pasien tampak tenang, mukosa bibir lembab, akral hangat, kering, merah, akral panas, kering, merah, Nadi: 112x/menit, Suhu: 37,1° C, RR: 24 x/menit, turgor kulit kembali < 1 detik, CRT < 2 detik, kesadaran composmentis, GCS 4 5 6, Hasil laboratorium: Hemoglobin 14 g/dL, Leukosit 11,0 10<sup>3</sup>/uL, Trombosit **88** 10<sup>3</sup>/uL, Hematokrit 46,8 %, Eritrosit 5,06 10<sup>6</sup>/uL. Sedangkan pada diagnosa keperawatan resiko perdarahan berhubungan dengan trombositopenia adalah masalah belum teratasi dengan ibu pasien mengatakan pasien tidak panas lagi dan tidak ada tanda-tanda terjadi perdarahan, pasien tampak lemah, mukosa bibir lembab, Nadi: 112x/menit, Suhu: 37,5° C, RR: 24 x/menit, berat badan 5,4 kg, Hb 14 g/dl, uji tourniquet (+), Hasil laboratorium: Hemoglobin 14 g/dL, Leukosit 11,0 10<sup>3</sup>/uL, Trombosit **88** 10<sup>3</sup>/uL, Hematokrit 46,8 %, Eritrosit 5,06 10<sup>6</sup>/uL.