

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian

1. Identitas klien

Pengkajian dilakukan pada selasa, 16 april 2019 pukul 15.00 WIB. Klien masuk ke rumah sakit pada minggu, 14 april 2019. Nama klien Ny. N dengan nomor rekam medis 23.70.09 umur 55 tahun, alamat di sungkai jaya, lampung utara, status sudah menikah, beragama islam, pendidikan Sekolah Menengah Pertama (SMP) dengan pekerjaan sebagai petani. Sumber biaya BPJS, bahasa yang digunakan Bahasa Indonesia, suku klien Lampung.

2. Sumber informasi

Sumber informasi didapatkan oleh pasien sendiri dan orang anak pasien yaitu Ny. S umur 29 tahun pendidikan Sekolah Menengah Atas (SMA), pekerjaan sebagai wiraswasta, alamat di sungkai jaya, lampung utara.

3. Riwayat kesehatan masuk rumah sakit

Pada tanggal 14 april 2019 pukul 09:00 WIB klien datang diantar keluarganya ke UGD RS. Mayjend. HM. Ryacudu dengan keluhan demam naik turun sudah hari ke 4, demam timbul biasanya di pagi hari dan malam hari lalu demam turun di saat siang hari serta terdapat ruam-ruam kemerahan pada kulit klien (*petekie*). Klien mengeluh lemah, pusing, mual dan kilen juga mengeluh sering menggigil pada malam atau pagi hari. Hasil pemeriksaan fisik didapatkan :

Tekanan darah : 110/70 mmHg

Nadi : 80 x/ menit

Pernapasan : 24 x/ menit

Suhu : 39,0°C

4. Keluhan utama saat pengkajian

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 16 april 2019 klien mengatakan demam, suhu klien 39,0 °C demam terjadi di pagi hari dan malam hari, lalu turun disiang hari. Demam turun pada saat klien mendapatkan terapi farmakologi yaitu paracetamol infuse 100 ml dan terapi kompres hangat, *Capillary Revil Time* (CRT) >3 detik.

5. Keluhan penyerta

Selain keluhan diatas klien mengatakan mual, klien mengatakan badannya menggigil, kulit tampak pucat dan terdapat tampak ruam kemerahan di kulit (*petekie*), bibir klien tampak kering, klien mengeluh merasa sakit kepala, pusing ketika akan duduk/tidur dan klien mengatakan sulit tidur, klien hanya tidur 4-5 jam/hari.

6. Riwayat Kesehatan Lalu

Klien mengatakan tidak pernah memiliki riwayat alergi, tidak ada riwayat kecelakaan, sebelumnya klien mengatakan belum pernah di rawat, tidak memiliki riwayat penyakit berat maupun kronis dan klien juga tidak pernah operasi.

7. Pengkajian umum

Kesadaran pasien *compos mentis* dengan GCS E4M6V5, kekuatan otot klien :

5555	5555
5555	5555

Nilai 5 menunjukkan kekuatan otot klien bebas bergerak dan dapat melawan tahanan yang setimpal atau tidak didapatkan kelumpuhan/kondisi normal.

8. Riwayat psikososial – spiritual

Klien mengatakan dalam keadaan sakit jarang menjalankan ibadah, perawat memberi bantuan dalam menjalankan ibadah dengan cara mengingatkan waktu ibadah agar pasien berserah diri kepada Tuhan Yang Maha Esa dan klien mengatakan menerima penyakit sebagai cobaan dari yang kuasa.

9. Lingkungan

Keluarga klien mengatakan kebersihan rumah selalu dijaga karena setiap hari di sapu dan di pel, keadaan sekitar rumah klien baik tidak ada tempat pembuangan sampah dan jauh dari polusi kendaraan, klien tidak bekerja.

10. Pola nutrisi dan cairan

Klien mengatakan nafsu makan klien kurang baik tetapi masih dipaksakan makan, klien hanya menghabiskan 3-4 sendok saja, diit klien makanan lunak bubur dari rumah sakit, klien mengatakan minum hanya

3-4 gelas/hari ± 720 cc, klien terpasang infuse *Ringer Laktat* 20 tetes per menit maka 1500 cc/24 jam, air metabolisme 5cc x 52 , berat badan klien sekarang 52 dari 54 kg

Pola cairan masuk 17 s/d 19 april : 2480, 3200, 3460

Pola cairan keluar 17 s/d 19 april : 1880, 2080, 2280

Dari hari ke hari pola intake dan output semakin baik

11. Pengkajian eliminasi

Sebelum sakit klien mengatakan BAK klien 6-7 kali sehari dan BAB 1 kali sehari. Klien tidak mengalami gangguan dalam berkemih dan buang air besar.

Setelah sakit klien mengatakan BAK hanya 4-5 kali sehari sebanyak ± 1000 cc dengan warna kuning khas urine yang berbau khas urine, dan baru satu kali BAB dengan jumlah ± 100 cc selama di rawat di rumah sakit dengan konsistensi padat lunak dengan warna coklat khas feses.

IWL (*insensible water loss*)

$$= 15 \times \text{BB}$$

$$= 15 \times 52 \text{ kg}$$

$$= 780 \text{ cc /24 jam}$$

$$= 1500 : 24 = 32,5 \text{ cc / jam}$$

IWL kenaikan suhu

Cairan masuk : air 960 cc dan infuse 1500

$$= [(10\% \times \text{cairan masuk}) \times (\text{jumlah kenaikan suhu} - 36,5)] + \text{IWL normal}$$

$$= [(10\% \times 2460) \times (39,0 - 36,5)] + 32,5$$

$$= (246 \times 2,5) + 32,5$$

$$= 647,5 \text{ cc/jam}$$

12. Personal hygiene

Sebelum sakit klien mengatakan 2x/hari, oral hygiene 2x/hari dan mencuci rambut 1x/hari pada saat mandi pagi saja. Pada saat dirawat di rumah sakit klien mengatakan belum pernah mandi hanya di lap saja dengan kain basah dan oral hygiene hanya sekali saja ditempat tidur, klien mengatakan belum pernah mencuci rambutnya selama dirawat di rumah sakit.

13. Pengkajian istirahat dan tidur

Klien mengatakan sering menguap karena tidur yang kurang cukup di malam hari dan klien mengatakan sulit tidur karena demam dan keadaan lingkungan rumah sakit. Klien mengatakan sebelum sakit bisa tidur siang selama 1-2 jam dan tidur malam 6-8 jam/ hari, saat sakit klien mengatakan mengalami gangguan pola tidur klien hanya tidur 4-5 jam di saat malam hari.

14. Pola aktivitas dan latihan

Sebelum sakit klien mengatakan klien selalu melakukan aktivitas sehari-hari dengan mandiri. Pada saat sakit klien mengeluh kemampuan beraktivitasnya menurun karena merasa lemah sehingga perlu dibantu.

15. Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Klien mengatakan setelah demam selama beberapa hari klien langsung berobat kerumah sakit , klien mengatakan tidak merokok, tidak minum minuman keras maupun ketergantungan obat.

16. Sistem penglihatan

Posisi mata klien simetris, klien tidak memakai alat bantu penglihatan seperti kacamata

17. Sistem pendengaran

Struktur telinga simetris antara kiri dan kanan, klien tidak terdapat masalah dalam sistem pendengaran

18. Sistem wicara

Klien tidak mengalami gangguan atau kesulitan dalam berbicara

19. Sistem pernafasan

Klien tidak mengalami sesak, batuk, klien tidak menggunakan alat bantu nafas, tidak ada suara nafas tambahan, suara nafas vesikuler, irama pernafasan teratur frekwensi nafas 24x/menit

20. Sistem kardiovaskuler

Nadi klien 80x/menit, irama teratur, denyut nadi kuat, tidak terdapat distensi vena jugularis

21. Pengkajian sistem pencernaan

Keadaan mulut klien kering, klien mengatakan mual tapi tidak muntah, klien mengalami kesulitan menelan, bising usus 16x/menit.

22. Sistem imunologi

Tidak terdapat pembesaran kelenjar getah bening

23. System endokrin

Nafas klien tidak berbau keton, klien tidak tremor dan tidak ada tanda-tanda pembesaran kelenjar tyroid maupun tanda peningkatan kadar gula darah.

24. Sistem urogenetial

Tidak ada nyeri tekan, klien tidak menggunakan kateter

25. Pengkajian system integument

Keadaan kulit terdapat ruam kemerahan (*petekie*), warna kulit pucat kulit teraba hangat, kulit berkeringat basah, rambut rapih, kuku bersih, kulit bersih karena setiap hari di lap dengan kain basah.

26. Sistem musculoskeletal

Klien tidak ada tanda-tanda fraktur, tonus otot kuat, tidak menggunakan alat bantu.

27. Pengobatan

- a. Terapi IVDP : Ringer Laktat 20 tpm makro, paracetamol 500 ml
- b. Terapi injeksi : Omeprazole 1x20 mg, ondansetron 3x1 ampul
- c. Terapi oral : Sucralfat syrup 3x10 cc, tablet paracetamol 3x150 mg

28. Hasil laboratorium

Tabel 3.1

Hasil Pemeriksaan Laboratorium darah Ny. N dengan Diagnose Medis DHF di
Ruag Penyakit Dalam RSD. Mayjend. HM. Ryacudu Kotabumi
Lampung Utara 17 s/d 19 april 2019

No	parameter	Result unit	Ref. range
1	2	3	4
1.	White Blood Count (WBC)	1,50x10³/uL	4.00 – 10.00
2.	Red Blood Count (RBC)	3,85x10 ⁶ /uL	3.50 – 5.00
3.	Hemoglobin (HGB)	12,9 gr/dL	11.0 – 16.0
4.	Hematocrit (HCT)	38,0 %	37.0 – 54.0
5.	Platelet (PLT)	88x10³/uL	150 – 450
1.	White blood count (WBC)	2,38x10³/uL	4.00 – 10.00
2.	Red blood count (RBC)	4,79x10 ⁶ /uL	3.50 – 5.00
3.	Hemoglobin (HGB)	13.2 gr/dL	11.0 – 16.0
4.	Hematocrit (HCT)	41,8 %	37.0 – 54.0
5.	Platelet (PLT)	110x10³/uL	150 – 450
1.	White blood count (WBC)	3,27x10³/uL	4.00 – 10.00
2.	Red blood count (RBC)	4,43x10 ⁶ /uL	3.50 – 5.00
3.	Hemoglobin (HGB)	14,1 gr/dL	11.0 – 16.0
4.	Hematocrit (HCT)	42,5 %	37.0 – 54.0
5.	Platelet (PLT)	142x10³/uL	150 – 450

29. Data fokus

Tabel 3.2
Data Fokus pada Ny. N di Ruang Penyakit Dalam RSD. Mayjend. HM. Ryacudu
Kotabumi Lampung Utara

Data subjektif	Data objektif
1. Klien mengatakan badannya menggigil	1. Suhu tubuh klien diatas normal : 39,2 °C
2. Klien mengatakan demam	2. Kulit klien teraba hangat
3. Klien mengatakan kepalanya pusing saat akan duduk/tidur	3. Suhu tubuh meningkat
4. Klien mengatakan sakit kepala	4. Kulit klien tamped terdapat ruam kemerahan (<i>petekie</i>)
5. Klien mengatakan nafsu makannya menurun	5. Turgor kulit klien menurun
6. Klien mengatakan mual	6. Membrane mukosa kering
7. Klien mengatakan lemah	7. Klien tampak lemah
8. Klien mengeluh kemampuan beraktivitasnya menurun	8. Kulit klien pucat
9. Klien mengeluh sulit tidur	9. Akral teaba dingin
10. Klien mengatakan hanya tidur 4-5 jam di saat malam hari	10. Kulit klien berkeringat
11. Klien mengatakan BAK 3-4 kali sehari dan baru BAB 1x selama di rumah sakit	11. Mulut klien kering
12. Klien mengatakan selama dirawat di rumah sakit mandi hanya di lap 1 kali sehari dan oral hygiene 1 kali sehari	12. Klien tampak menguap terus
	13. Kesadaran <i>compos mentis</i>
	14. Ttv : Tekanan darah : 110/70 mmHg Nadi : 80 x/menit Suhu : 39,0 °C Pernafasan : 24 x/menit
	15. TB 156 cm dan BB 52 kg
	16. Hasil laboratorium Trombosit 88×10^3 sel/ul
	17. Pola cairan masuk 2720
	18. Pola cairan keluar 1880

1	2				
	19. Kekuatn otot : <table data-bbox="932 394 1152 501"> <tr> <td data-bbox="932 394 1040 443">5555</td><td data-bbox="1040 394 1152 443">5555</td></tr> <tr> <td data-bbox="932 443 1040 501">5555</td><td data-bbox="1040 443 1152 501">5555</td></tr> </table>	5555	5555	5555	5555
5555	5555				
5555	5555				

Analisa data

Tabel 3.3
Analisa Data Hasil Pengkajian Ny. N Dengan Diagnose Medis DHF Di Ruang Penyakit Dalam RSD. Mayjend. HM. Ryacudu
Kotabumi Lampung Utara

No	Data	Masalah	Etiologi
1	2	3	4
1.	Data subjektif : 1. Klien mengatakan badan terasa menggigil 2. Klien mengatakan demam sudah 4 hari Data objektif : 1. Kulit klien teraba hangat 2. Suhu tubuh 39,0 °C 3. Kulit klien terdapat ruam kemerahan (<i>petekie</i>)	Hipertermia	Proses penyakit (infeksi virus dengue)

1	2	3	4
2.	Data subjektif : 1. Klien mengeluh lemah Data objektif 1. Turgor kulit menurun 2. Membrane mukosa kering Suhu tubuh meningkat 39,2 C	Hipovolemia	Kekurangan intake cairan
3.	Data subjektif : 1. Klien mengatakan gusi berdarah Data objektif : 1. Akral teraba dingin 2. Terdapat ruam merah di kulit klien 3. Hasil laboratorium : <i>Trombosit</i> 88×10^3 sel/ul Ttv : Tekanan darah : 110/70 mmHg Suhu : 39,0 °C Nadi : 80 x/menit	Resiko syok	Kekurangan volume cairan

1	2	3	4
	Pernafasan 24 x/menit		
4.	Data subjektif : 1. Klien mengeluh sulit tidur 2. Klien mengatakan sejak sakit klien tidur hanya 4-5 jam disaat malam hari Klien mengeluh kemampuan beraktivitasnya menurun Data objektif : 1. Klien tampak menguap terus	Gangguan pola tidur	Kontrol tidur

B. Diagnosa Keperawatan

1. Hipertemia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi virus dengue)
2. Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan
3. Risiko syok ditandai dengan kekurangan volume cairan
4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kontrol tidur
 - a. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi virus dengue)
 - 1) Data subjektif
 - a) Klien mengatakan badannya menggigil
 - b) Klien mengatakan demam sudah 4 hari
 - 2) Data objektif
 - a) Klien teraba hangat
 - b) Suhu tubuh 39,0 °C
 - c) Kulit klien terdapat ruam merah (*petekie*)
 - b. Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan
 - 1) Data subjektif :
 - a) Klien mengeluh lemah
 - 2) Data objektif
 - a) Suhu tubuh meningkat
 - b) Membrane mukosa kering
 - c) Turgor kulit menurun
 - c. Risiko syok ditandai dengan kekurangan volume cairan
 - 1) Data subjektif
 - a) Klien mengekuk gusi berdarah

2) Data objektif

- a) Akral terasa dingin
- b) Terdapat ruam merah di kulit klien
- c) Hasil laboratorium : *Trombosit* 88×10^3 sel/ul
- d) Ttv : Tekanan darah, 110/70 mmHg, Suhu 39,0 °C, Nadi 80 x/menit, Pernafasan 24 x/menit

2) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kontrol tidur

1) Data subketif

- a) Klien mengeluh sulit tidur
- b) Klien mengatakan sejak sakit hanya tidur 4-5 jam di saat malam hari
- c) Klien mengeluh kemampuan beraktivitasnya menurun

2) Data objektif

- a) Klien tampak terus menguap

C. Rencana Keperawatan

Tabel 3.4

Rencana keperawatan terhadap Ny. N dengan diagnose medis DHF di ruang penyakit dalam RSD. Mayjend. HM. Ryacudu Kotabumi Lampung Utara 17 s/d 19 April 2019

No	Diagnose keperawatan	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1.	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (inf. Virus dengue)	Termoregulasi (L.14134) 1. Menggigil menurun 2. Kulit merah menurun 3. Pucat menurun 4. Suhu tubuh membaik 5. Suhu kulit membaik 6. Tekanan darah membaik	Manajemen hipertermia (I.15506) 1. Identifikasi penyebab hipertermia 2. Monitor suhu tubuh 3. Longgarkan atau lepaskan pakaian 4. Basahi dan kipasi permukaan tubuh 5. Berikan cairan oral 6. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih) 7. Anjutkan tirah baring 8. Memberikan cairan iv dan oral Terapi IVDF paracetamol 100 ml 9. Lakukan kompres pada axila

1	2	3	4
2.	Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan	Status cairan (L.03028) 1. Output urine meningkat 2. Perasaan lemah menurun 3. Tekanan darah membaik 4. Turgor kulit membaik 5. Hemoglobin membaik 6. Hematokrit membaik 7. Intake cairan membaik 8. Suhu tubuh membaik 9. Membrane mukosa lembap	Manajemen hipovolemia (I.03116) 1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia 2. Monitor intake dan output cairan 3. Berikan asupan cairan oral 4. Kolaborasi pemberian cairan IV (RL) 5. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 8 gelas/hari 6. Kolaborasi pemberian cairan therapy Pemantauan cairan (I.03121) 1. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi 2. Monitor tekanan darah 3. Monitor elastisitas atau turgor kulit 4. Dokumentasikan hasil pemantauan 5. Monitor elastisitas atau turgor kuit 6. Dokumentasikan hasil pemantauan

1	2	3	4
3.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kontrol tidur	Pola tidur (I.05045) 1. Kemampuan beraktivitas meningkat 2. Keluhan sulit tidur menurun 3. Keluhan sering terjaga saat tidur menurun 4. Keluhan istirahat tidak cukup menurun	Dukungan tidur (I.05174) 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur klien 2. Identifikasi factor pengganggu tidur klien 3. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pengaturan posisi) 4. Jelaskan pentingnya tidur yang cukup saat sakit

D. Implementasi dan Evaluasi

Tabel 3.5

Catatan Perkembangan Terhadap Ny. N Dengan Diagnosis Medis DHF Di Ruang Penyakit Dalam RSD. Mayjend. HM. Ryacudu
Kotabumi Lampung Utara Tanggal 17 april 2019

No Dx kep	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1	2	3
1.	17 april 2019 Pukul 08.00 1. Mengidentifikasi penyebab hipertermia 2. Monitor suhu tubuh Pukul 10.00 3. Mengganti linen seriap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih) Pukul 11.00 4. Melakukan kompres pada axila Pukul 12.30 5. Memberikan therapy iv dan oral Terapi IVDF paracetamol 100 ml Oral paracetamol 150 mg	17 april 2019 Pukul 13.00 S : 1. Klien mengatakan demam 2. Klien mengatakan badannya menggigil O : 1. Suhu 38,2 °C 2. Kulit klien teraba hangat 3. Terdapat ruam merah pada kulit klien (petekie) A : Masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1. Monitor suhu tubuh 2. Ajarkan keluarga klien

1	2	3
		mengipasi permukaan tubuh klien 3. Memberikan cairan IV dan oral terapi IVDF paracetamol 100 ml, oral paracetamo 150 mg 4. Mengganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih) 5. Melonggarkan atau lepaskan pakaian 6. Lakukan kompres pada axila  (Lovita suci angraeni)

1	2	3
2.	17 april 2019 Pukul 08.30 1. Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia (membrane mukosa kering, lemah) 2. Memberikan cairan oral (teh manis, jus, air mineral) 3. Menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral 8 gelas/hari 4. Memonitor elastisitas atau turgor kulit Pukul 09.30 5. Memonitor intake dan output 6. Berkolaborasi dalam pemberian cairan IV (RL 20 tetes per menit) Pukul 12.00 7. Monitor tanda tanda vital Pukul 12.30 8. Berkolaborasi dalam pemberian therapy Injeksi omeprazole 1 x 20 mg Injeksi ondansetron 3x1 ampul (4 mg) Sucralfat syruf 3x10 cc Pukul 12.50 9. Mendokumentasikan hasil pemantauan	17 april 2019 Pukul 13.30 S : 1. Klien mengatakan minum 4 gelas hari ini 2. Klien mengeluh lemah O : 1. Turgor klien menurun dan tidak elastis 2. Membrane mukosa kering 3. IWL = 780 Output urine+feses = 1000 + 100 = 1.100 Intake = 2480 Balance : intake – output 2480 – 1880 = 600 cc 4. Tekanan darah 110/80 mmHg Nadi 84 x/menit Suhu 38,1 °C Pernafasan 18 x/menit 5. Terpasang infuse IV (RL 20

1	2	3
		tetes per menit)/ 1500 ml per 24 jam 6. Hasil laboratorium A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Monitor intake dan output 2. Berikan cairal oral (teh manis, jus, air mineral) 3. Kolaborasi dalam pemberian cairan IV (RL) 4. Kolaborasi dalam pemberian therapy Injeksi omeprazole 1 x 20 mg Injeksi ondansetron 3x1 4 mg (ampul) Sucralfat syruf 3 x 10 cc 5. Anjurkan kembali klien untuk meningkatkan asupan cairan oral 6. Monitor jumlah minum klien dalam sehari 7. Monitor tanda tanda vital 8. Monitor elastisitas turgor kulit

1	2	3
		9. Monitor kelembapan membrane mukosa 10. Dokumentasikan hasil pemantauan  (Lovita suci angraeni)
3.	17 april 2019 Pukul 09.15 1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur klien 2. Mengidentifikasi factor pengganggu tidur klien Pukul 13.45 3. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pengaturan posisi) 4. Menjelaskan pentingnya tidur yang cukup saat sakit	17 april 2019 Pukul 14.15 S : 1. Klien mengatakan sulit tidur karena demam dengan suhu yang tinggi 2. Klien mengatakan tidur lebih nyaman setelah diberikan pijatan relaksasi O : 1. Klien tampak lemah

1	2	3
		2. Mata klien tampak sayu 3. Klien tampak sering menguap A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Ajarkan keluarga klien teknik pijatan relaksasi yang nyaman untuk klien saat akan beristirahat 2. Monitor jumlah dan jam tidur klien 3. Monitor apakah penyebab gangguan pola tidur masih ada  (Lovita suci angraeni)

Tabel 3.6
Catatan Perkembangan Terhadap Ny. N Dengan Diagnosis Medis DHF Di Ruang Penyakit Dalam RSD. Mayjend. HM. Ryacudu
Kotabumi Lampung Utara Tanggal 18 April 2019

No Dx Kep	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1	2	3
1.	18 april 2019 Pukul 06.30 1. Memonitor suhu tubuh 2. Mengajarkan keluarga klien mengipasi permukaan tubuh klien Pukul 07.00 3. Memberikan cairan IV dan oral terapi IVDF paracetamol 100 ml Oral paracetamol 150 mg Pukul 09.00 4. Mengganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih) 5. Melonggarkan atau lepaskan pakaian 6. Melakukan kompres pada axila	18 april 2019 Pukul 12.45 S : 1. Klien mengatakan terkadang masih mengalami demam 2. Keluarga klien mengatakan mampu mengipasi permukaan tubuh klien 3. Klien mengatakan demam turun sesaat ketika diberi obat/kompres O : 1. Kulit klien teraba dingin setelah diberikan kompres pada axila dan therapy obat oral paracetamol dan IVDF pct 10 ml 2. Suhu tubuh klien 38,2 °C

1	2	3
		3. Ruam merah pada kulit klien tampak mulai berkurang A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 1. Monitor suhu tubuh 2. Berikan cairan IV dan oral terapi IVDF paracetamol 100 ml - Oral paracetamol 150 mg 3. Lakukan kompres pada axila 4. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis 5. Longgarkan atau lepaskan pakaian 6. Lakukan kompres pada axila  (Lovita suci angraeni)

1	2	3
2.	18 april 2019 Pukul 07.30 1. Memonitor intake dan output 2. Monitor jumlah minum klien dalam sehari Pukul 07.50 3. Memberikan cairal oral (teh manis, jus, air mineral) 4. Menganjurkan kembali klien untuk meningkatkan asupan cairan oral Pukul 08.30 5. Monitor elastisitas turgor kulit 6. Monitor kelembapan membrane mukosa Pukul 12.00 7. Monitor tanda tanda vital Pukul 12.30 8. Kolaborasi dalam pemberian cairan IV (RL 20 tetes per menit) 9. Berkolaborasi dalam pemberian therapy Injeksi omeprazole 1 x 20 mg Injeksi ondansetron 3x1 ampul (4 mg) Sucralfat syruf 3 x 10 cc	18 april 2019 Pukul 13.30 S : 1. klien mengatakan minum 6 gelas hari ini 2. klien masih mengeluh lemah O : 1. keelastisan turgor kulit klien mulai membaik 2. tekanan darah 120/80 mmHh nadi 90 x/menit Suhu : 37,6 °C Pernafasan 22 x/menit 3. membrane mukosa membaik dan lembab 4. IWL = 780 Output urine = 1200 Intake = 3200 Balance cairan : Intake – output 3200 – 2080 = 1.120 5. terpasang infuse IV (RL 20 tetes per menit)/1500 ml per 24

1	2	3
	Pukul 13.00 10. Dokumentasikan hasil pemantauan	jam A : Masalah teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi 1. monitor intake dan output 2. berikan cairan oral (teh manis, jus, air mineral) 3. kolaborasi dalam pemberian cairan IV (RL) 4. kolaborasi dalam pemberian therapy Injeksi omeprazole 1 x 20 mg Injeksi ondansetron 3x1 ampul (4 mg) Sucralfat syruf (oral) 3x10 cc 5. Monitor jumlah minum klien dalam sehari 6. Monitor kelembapan membrane mukosa 7. monitor tanda tanda vital 8. monitor elastisitas turgor kulit 9. dokumentasikan hasil pemantauan

1	2	3
		 (Lovita suci angraeni)
3.	18 april 2019 Pukul 09.00 1. Mengajarkan keluarga klien teknik pijatan yang nyaman untuk klien saat akan beristirahat 2. Memonitor jumlah dan jam tidur klien 3. Memonitor apakah penyebab gangguan pola tidur masih ada	18 april 2019 Pukul 14.00 S : 1. Klien mengatakan tidur sudah mulai nyenyak 2. Klien mengatakan demam dan suhu tinggi yang mengganggu tidur sudah mulai berkurang Klien mengatakan jumlah jam tidur 5-6 jam/hari O : 1. Klien tampak lebih segar 2. Mata klien tampak sudah tidak sayu A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi

1	2	3
		1. Monitor jumlah jam tidur klien 2. Monitor apakah penyebab gangguan pola tidur masih ada  (Lovita suci angraeni)

Tabel 3.7
Catatan Perkembangan Terhadap Ny. N Dengan Diagnosis Medis DHF Di Ruang Penyakit Dalam RSD. Mayjend. HM. Ryacudu
Kotabumi Lampung Utara Tanggal 19 April 2019

No Dx Kep	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1	2	3
1.	19 april 2019 Pukul 15.30 1. Monitor suhu tubuh Pukul 16.00 2. Lakukan kompres pada axila Pukul 18.30 3. Berikan cairan IV dan oral terapi IVDF paracetamol 100 ml Oral paracetamol 150 mg Pukul 19.50 4. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis 5. Longgarkan atau lepaskan pakaian	19 april 2019 Pukul 21.00 S : 1. Klien mengatakan sudah tidak demam O : 1. Klien sudah tampak membaik 2. Ruam merah (petekie) pada kulit klien berkurang dan menghilang 3. Suhu 36,8 °C A : masalah teratasi P : Hentikan intervensi  (Lovita suci angraeni)

1	2	3
2.	19 april 2019 Pukul 06.00 1. Memonitor intake dan output 2. Memberikan cairal oral (teh manis, jus, air mineral) pukul 07.00 3. Berkolaborasi dalam pemberian cairan IV (RL) 4. Berkolaborasi dalam pemberian therapy Injeksi omeprazole 1 x 20 mg Injeksi ondansetron 3x1 ampul (4 mg) Sucralfat syruf (oral) 3 x 10 cc Pukul 07.30 5. Memonitor tanda tanda vital 6. Memonitor jumlah minum klien dalam sehari 7. Memonitor kelembapan membrane mukosa 8. Memonitor elastisitas turgor kulit pukul 07.50 9. Mendokumentasikan hasil pemantauan	19 april 2019 Pukul 08.00 S : 1. klien mengatakan sudah tidak lemah 2. klien mengatakan iminum 7-8 gelas/hari O : 1. turgor kulit elastis 2. membrane mukosa lembab 3. tanda tanda vital tekanan darah: 120/80 mmHg nadi 92x/menit pernafasan 20x/menit suhu 36,7 °C 4. IWL = 780/24 jam Output urine = 1300 cc Intake = 3460 Balance : intake – output 3460 – 2280 = 2180 A : Masalah teratasi

1	2	3
		P : Hentikan intervensi  (Lovita suci angraeni)
3.	19 april 2019 Pukul 08.15 1. Memonitor jumlah jam tidur klien 2. Memonitor apakah penyebab gangguan pola tidur masih ada	19 april 2019 Pukul 08.30 S : 1. Klien mengatakan tidur sudah mulai nyenyak 2. Klien mengatakan jumlah jam tidur 6-7 jam/hari O : 1. Mata klien tampak sudah tidak sayu A : Masalah teratasi P : Hentikan intervensi

1	2	3
		 (Lovita suci angraeni)