

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian

1. Identitas Pasien

Pengkajian dilakukan pada Selasa, 10 Maret 2020 pukul 08.00 WIB. Klien masuk ke rumah sakit pada Senin, 09 Maret 2020. Nama klien Tn. D dengan nomor rekam medis 24.99.51 umur 27 tahun, alamat di Tanjung Aman, RT005/RW005, Kotabumi Utara status menikah, beragama Islam, pendidikan D3 pariwisata dengan pekerjaan sebagai pegawai swasta, bahasa yang digunakan Bahasa Indonesia, suku klien Jawa.

2. Sumber Informasi

Sumber informasi didapatkan oleh pasien sendiri dan istri korban yaitu Ny.S umur 26 tahun pendidikan sekolah menengah atas (SMA), pekerjaan sebagai ibu rumah tangga alamat di Tanjung Aman, RT005/RW005, Kotabumi Lampung Utara.

3. Riwayat kesehatan masuk rumah sakit

Pada tanggal 09 Maret 2020 pukul 17.45 WIB klien datang diantar keluarganya dengan keluhan demam naik turun sejak 2 hari yang lalu 07 Maret 2020, demam timbul biasanya menjelang siang menjelang malam hari. Lalu demam turun di pagi hari, terdapat bercak kemerahan di kulit klien (petekile), klien mengeluh lemah, sakit kepala, mual dan pegal-pegal, klien juga mengeluh sering terasa haus, klien mengeluh sering menggigil pada malam hari. Hasil pemeriksaan fisik didapatkan:

Tekanan Darah	: 140/90 mmHg
Nadi	: 90x/menit
Pernapasan	: 22x/menit
Suhu	: 38,3 °C

4. Keluhan utama saat pengkajian

Saat ini pada tanggal 10 Mei 2020 klien mengatakan demam, kulit teraba hangat suhu klien: 38,6°C demam terjadi di siang hari dan malam hari, lalu turun di pagi hari. Demam turun saat klien mendapatkan terapi farmakologi yaitu Paracetamol 3x500 gr, Infus Ringer Laktat®20 tetes permenit dan terapi kompres hangat, demam dirasakan klien sejak Sabtu, 07 Maret 2020. Capillary Revil Time (CRT) ≥ 3 detik.

5. Keluhan Penyerta

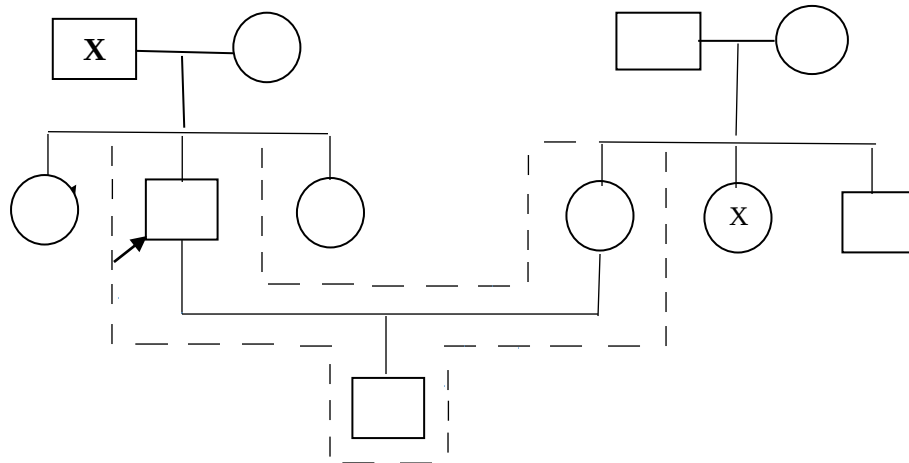
Selain keluhan di atas, klien meneluh mual, merasa pegal-pegal di daerah kaki dan tangan, klien mengatakan badannya menggigil, kulit tampak pucat dan terdapat bercak kemerahan di kulit (petekie), mukosa kering dan klien mengeluh merasa sakit kepala dan sulit tidur.

6. Riwayat Kesehatan Lalu

Klien mengatakan punya penyakit gastritis (magh), tidak pernah memiliki riwayat alergi, tidak ada riwayat kecelakaan, sebelumnya klien belum pernah dirawat, tidak memiliki riwayat penyakit berat dan klien juga tidak pernah operasi dan sebelumnya belum pernah menderita DHF.

7. Genogram

Bagan 3.1
 Genogram penyakit pada Tn.D dengan DHF di Ruang Penyakit Dalam RSD
 Ryacudu tahun 2020



Keterangan

□ = Laki – laki

○ = Perempuan

— = Garis perkawinan

----- = Tinggal serumah

┐ = Garis keturunan

↗ = Pasien

✕ = Meninggal dunia

8. Pengkajian Umum

Kesadaran pasien *compos mentis* dengan *Glasgow Coma Scale* (GCS)

E₄M₆V₅, kekuatan otot klien:

4444	4444
4444	4444

Nilai 4 menunjukkan kekuatan otot klien dapat menggerakkan sendi, dapat melawan pengaruh gravitasi tetapi tidak kuat terhadap tahanan yang diberikan oleh pemeriksa disertai dengan kemampuan otot terhadap tahanan yang ringan.

Klien mengeluh kaki dan tangan terasa pegal-pegal, sakit kepala, mual, turgor kulit tidak elastis, akral dingin, klien mengatakan merasa haus. Tekanan darah 130/80 mmHg, denyut nadi (N) 85 x/menit, pernafasan (RR) 22 x/menit, tidak ada penggunaan otot aksesori, suhu tubuh (T) 38,6°C (*aksila*), kulit teraba hangat, tinggi badan 170 cm berat badan 70 kg.

9. Riwayat psikososial – spiritual

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

10. Lingkungan

Rumah klien bersih karena setiap hari disapu dan dipel, keadaan sekitar rumah klien tidak terdapat pabrik maupun tempat pembuangan sampah, pekerjaan klien didekat pantai dan tinggal di mes yang sedikit keadaan kotor dan banyak nyamuk.

11. Pola nutrisi dan cairan

Asupan nutrisi maupun cairan mealui oral, bibir klien tampak pecah-pecah, nafsu makan klien menurun, hanya habis $\pm 2-3$ sendok saja, diit klien makanan lunak seperti bubur. Klien mengeluh haus, klien

mengatakan minum 3 gelas/hari ± 720 cc, klien terpasang infus *Ringer Laktat*® 20 tetes permenit maka $1500 \text{ cc}/24\text{jam}$, air metabolisme = $5 \text{ cc} \times 70 = 350 \text{ cc}/24\text{jam}$. Berat badan klien sekarang 70 kg dari 72 kg.

Pola cairan masuk 10 s/d 12 Maret = 2.320, 2.890, 3.725

Pola cairan keluar 10 s/d 12 Maret = 2.250, 2.800, 2.850

Pola cairan dari hari ke hari semakin menunjukkan *intake* dan *output* membaik

12. Pengkajian Eliminasi

Klien mengatakan BAK ± 5 x/hari, dengan jumlah ± 1000 cc warna urine kuning khas urine jernih, bau khas urine dan klien mengatakan BAB selama dirawat baru 1x dengan jumlah ± 200 cc konsistensi padat lunak dengan warna coklat khas feses.

IWL (*Insensible Water Loss*)

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

$$= 15 \times 70 \text{ kg}$$

$$= 1.050 \text{ cc}/24 \text{ jam}$$

$$= 1.050 : 24 = 43.75 \text{ cc/jam}$$

IWL Kenaikkan suhu

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

Cairan masuk: air 720 cc dan infus RL 1500 cc

$$= [(10\% \times 2220) \times (38,6^{\circ}\text{C} - 36,5^{\circ}\text{C})] + 62,5$$

$$= (222 \times 2.1) + 62,5$$

$$= 529 \text{ cc}/24 \text{ jam}$$

13. *Personal hygiene*

Sebelum sakit klien mandi guyur 2x/hari dan *oral hygiene* 2x/hari dan cuci rambut 1 hari 1x, pada saat dirawat klien mengatakan belum pernah mandi guyur hanya dilap dan *oral hygiene* hanya sekali sehari di tempat

tidur, dan klien mengatakan belum pernah mencuci rambut selama dirawat di rumah sakit.

14. Pengkajian Aktivitas, Istirahat dan Tidur

Klien mengeluh lemas, klien hanya mampu beraktifitas ke kamar kecil untuk BAK/BAB itupun dengan pengawasan skala aktivitas = 2.

Klien mengeluh kemampuan beraktivitasnya menurun, sehingga klien mengatakan sering menghabiskan waktunya untuk rebahan tetapi klien mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga saat malam dan mengubah pola tidurnya berubah waktu tidur klien siang sampai malam kurang lebih 5-6 jam.

15. Pola aktivitas dan latihan

Saat sakit kegiatan pekerjaan klien terganggu, harus pulang ke kampung halaman dan izin tidak masuk kerja.

16. Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Tindakan klien mengatasi penyakitnya klien berobat ke bidan desa, klien mengatakan tidak ada perubahan selama 2 hari klien langsung ke rumah sakit, klien tidak merokok, minuman keras, maupun ketergantungan obat.

17. Pengkajian reproduksi dan seksual

Klien mengatakan tidak ada gangguan dalam sistem reproduksi dan seksual.

18. Sistem penglihatan

Klien tidak memakai alat bantu penglihatan seperti kacamata

19. Sistem pendengaran.

Klien tidak terdapat masalah dalam sistem pendengaran

20. Sistem wicara

Klien tidak mengalami kesulitan atau gangguan wicara

21. Sistem pernafasan

Klien tidak mengalami sesak ataupun gangguan pernafasan, klien tidak menggunakan alat bantu nafas, irama pernafasan klien teratur frekwensi nafas 22x/menit

22. Sistem kardiovaskuler

Nadi klien 85x/menit irama teratur, denyut nadi kuat, tidak terdapat distensi vena jugularis

23. Pengkajian sistem pencernaan

Keadaan mukosa kering, klien mengatakan mual tetapi pada saat pengkajian tidak sampai muntah, klien tidak mengalami kesulitan menelan, tidak terdapat nyeri dada, klien tidak ada kolostomi, bising usus klien 19x/menit.

24. Sistem imunologi

Tidak terdapat pembesaran kelenjar getah bening

25. Sistem endokrin

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

26. Sistem urogenetial

Tidak ada nyeri tekan, klien tidak menggunakan kateter.

27. Pengkajian sistem integument

Keadaan kulit terdapat bercak kemerahan (petekie), warna kulit pucat, kulit teraba hangat, kulit keringatan basah, keadaan rambut rapih tetapi

sedikit kotor karena tidak dicuci rambutnya selama di rumah sakit, kuku bersih, kulit bersih karena dilap setiap hari.

28. Sistem muskuloskeletal

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

29. Pengkajian penyakit

Klien mengalami diagnosa Dengue Hemmorhagic Fever (DHF)

30. Pengobatan

Jadual pengobatan Tn.D dengan DHF di Ruang Penyakit Dalam RSD. Mayjend. HM. Ryacudu Kotabumi Lampung Utara, 10 s/d 12 Maret 2020

a. Pada tanggal 10 Maret 2020 klien diberikan terapi:

- 1) Injeksi: Omeprazole® 1x20 mg.
- 2) Oral: Paracetamol® 3x500 mg, Ondancetron® 3x4 mg, Imboost® 3x250 mg, Sucralfat syr® 3x10 cc .
- 3) Terpasang infus Ringer laktat 20 tetes permenit (tpm)

b. Pada tanggal 11 Maret 2020 klien diberikan terapi :

- 1) Injeksi: Omeprazole® 1x20 mg.
- 2) Oral: Paracetamol® 3x500 mg, Imboost® 3x250 mg, Sucralfat syr® 3x250 mg
- 3) Terpasang infus Ringer laktat 20 tetes permenit (tpm)

c. Pada tanggal 12 Maret 2020 klien diberikan terapi :

- 1) Injeksi: -
- 2) Oral: Imboost® 3x250 mg, Sucralfat syr® 3x250 mg
- 3) Terpasang infus Ringer laktat 20 tetes permenit (tpm)

Tabel 3.1

Penatalaksanaan Keperawatan Tn.D dengan DHF di Ruang Penyakit Dalam RSD. Mayjend. HM. Ryacudu Kotabumi Lampung Utara, 10 s/d 12 Maret 2020

Tindakan	Waktu pelaksanaan
Memonitor TTV	10 Maret 2020 pukul 08.20 WIB, 11 Maret 2020 pukul 07.40 WIB, 12 Maret 2019 pukul 15.00 WIB
Menimbang berat badan dan tinggi badan	10 Maret 2020 pukul 08.20 WIB
Memonitor intake dan output	10 Maret 2019 pukul 08.20 WIB, 11 Maret 2019 pukul 08.20 WIB, 12 Maret 2019 pukul 15.50 WIB
Mengganti linen	10 Maret 2020 pukul 08.10 WIB, 11 Maret 2020 pukul 07.40 WIB, 12 Maret 2020 pukul 16.00 WIB
Mengompres hangat pada pasien	10 Maret 2020 pukul 08.10 WIB, 11 Maret 2020 pukul 13.35 WIB, 12 Maret 2020 pukul 20.45 WIB
Menganjurkan klien dan memberikan klien cairan oral seperti air putih	10 Maret 2020 pukul 08.20 WIB, 11 Maret 2020 pukul 08.00 WIB, 12 Maret 2020 pukul 14.30 WIB

31. Hasil Laboratorium

Tabel 3.2

Hasil Pemeriksaan Laboratorium Darah Tn.D dengan Diagnosa Medis
 DHF di Ruang Penyakit Dalam RSD. Mayjend. HM. Ryacudu Kotabumi
 Lampung Utara Tanggal 10 -12 Maret 2020

NO	Parameter	Result Unit	Ref. Range
1	2	3	4
1.	White Blood Count (WBC)	1.64x10 ³ /uL	4.00 – 10.00
2.	Red Blood Count (RBC)	4.78x10 ⁶ /uL	3.50 – 5.00
3.	HemoGlobin (HGB)	13.0 g/dL	11.0 – 16.0
4.	HematoCriT (HCT)	39.5%	37.0 – 54.0
5.	Platelet (PLT)	59 x10 ³ /uL	150 – 450
1.	White Blood Count (WBC)	2.59x10 ³ uL	4.00 – 10.00
2.	Red Blood Count (RBC)	5.43x10 ⁶ /uL	3.50 – 5.50
3.	HemoGlobin (HGB)	13.2g/dL	11.0 – 16.0
4.	HematoCriT (HCT)	39.5%	37.0 – 54.0
5.	Platelet (PLT)	95x10 ³ uL	150 – 450
1.	White Blood Count (WBC)	3.38x10 ³ uL	4.00 – 10.00
2.	Red Blood Count (RBC)	5.45x10 ⁶ uL	3.50 – 5.50
3.	HemoGlobin (HGB)	14.0g/dL	11.0 – 16.0
4.	HematoCriT (HCT)	40.5%	37.0 – 54.0
5.	Platelet (PLT)	145x10 ³ /uL	150 – 450

32. Data Fokus

Tabel 3.3

Data Senjang Pada Tn.D dengan Diagnosa Medis DHF
di Ruang Penyakit Dalam RSD. Mayjend. HM. Ryacudu Kotabumi
Lampung Utara 10 Maret 2020

Data Subjektif	Data Objektif
1	2
1. Klien mengatakan sakit kepala 2. Klien mengatakan mual 3. Klien mengatakan haus terus 4. Klien mengeluh lemah 5. Klien mengatakan badannya menggigil pada malam hari 6. Klien mengatakan demam 7. Klien mengatakan kaki dan tangannya terasa pegal – pegal 8. Klien mengatakan nafsu makannya menurun 9. Klien mengatakan sudah BAK 5x urine ± 1000 cc dan BAB selama di rumah sakit baru 1x feses ± 200 cc 10. Klien mengatakan selama di rumah sakit mandi lap 1x setiap hari dan <i>oral hygiene</i> 1x setiap hari 11. Klien mengeluh kemampun beraktifitas menurun 12. Klien mengeluh sulit tidur 13. Klien mengeluh pola tidur berubah	1. Suhu tubuh klien di atas normal: $38,6^{\circ}\text{C}$ 2. Turgor kulit menurun 3. Membran mukosa kering TTV : Tekanan Darah : 130/80 mmHg Nadi: 85x/menit Pernafasan : 22x/menit Suhu : $38,6^{\circ}\text{C}$ 4. Kesadaran <i>Compos Mentis</i> 5. Kulit klien tampak bercak kemerahan (<i>petekie</i>) 6. Kulit teraba hangat 7. Suhu tubuh meningkat 8. Hasil Lab: <i>White blood count</i> (WBC) : $1.64 \times 10^3/\text{uL}$ <i>Red blood count</i> (RBC) : $4.78 \times 10^3/\text{uL}$ HematoCriT (HCT) : 39.5% Platelet (PLT) : $59 \times 10^3/\text{uL}$ 9. CRT ≥ 3 detik 10. Akral dingin

1	2				
14. Klien mengeluh sering terjaga saat malam	11. Kulit klien keringatan lembab/basah 12. Tinggi badan 170 cm 13. Berat badan 70 kg 14. Kulit klien pucat 15. Pola cairan masuk = 2.320 cc 16. Pola cairan keluar = 2250 cc 17. IWL= 1.050 cc/24jam 18. IWL kenaikan suhu = 529 cc/24jam 19. Bising usus 19 permenit 20. Kekuatan otot <table border="1"> <tr> <td>4444</td><td>4444</td></tr> <tr> <td>4444</td><td>4444</td></tr> </table> Nilai 4 menunjukkan kekuatan otot klien dapat menggerakkan sendi, dapat melawan pengaruh gravitasi tetapi tidak kuat terhadap tahanan.	4444	4444	4444	4444
4444	4444				
4444	4444				

B. Analisa Data

Tabel 3.4

Analisa Data Hasil Pengkajian Tn.D dengan Diagnosa Medis DHF
 di Ruang Penyakit Dalam RSD.Mayjend. HM. Ryacudu
 Kotabumi Lampung Utara, Tanggal 10 Maret 2020

No.	Data	Masalah	Etiologi
1	2	3	4
1.	Data Subjektif : 1. Klien mengatakan haus terus 2. Klien mengeluh lemah 3. Klien mengeluh mual Data Objektif : 1. Turgor kulit menurun 2. Akral dingin 3. Membran mukosa kering 4. Kulit klien kringatan lembab dan basah 5. Terdapat bercak merah di kulit (petekie) 6. Suhu tubuh meningkat 38,6°C	Hipovolemia	Kekurangan intake cairan
2.	Data Subjektif : 1. Klien mengatakan badannya menggigil Data Objektif : 1. Suhu tubuh di atas normal 38,6°C	Hipertermia	Proses penyakit

	2. Kulit klien tampak bercak kemerahan (<i>petekie</i>) 3. Kulit terasa hangat		
3	Data Subjektif : 1. Klien mengeluh lemah 2. Klien mengeluh demam 3. Klien mengeluh nafsu makan berkurang. Data Objektif : 1. Kulit tampak bercak kemerahan (<i>petekie</i>) 2. Hasil Laboratorium : <i>Trombosit: $59 \times 10^9/L$</i>	Risiko Pendarahan	Gangguan Koagulasi (<i>trombositopenia</i>)
4.	Data Subjektif : 1. Klien mengeluh kemampuan beraktivitas menurun 2. Klien mengeluh sulit tidur 3. Klien mengeluh pola tidur berubah 4. Klien mengeluh sering terjaga saat malam Data Objektif : -	Gangguan pola tidur	Restraint fisik

C. Diagnosa Keperawatan

1. Hipovolemia berhubungan dengan Kekurangan intake cairan
2. Hipertermia berhubungan dengan Proses penyakit
3. Risiko perdarahan ditandai dengan Gangguan koagulasi (*trombositopenia*)
4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan Restraint fisik

1. Hipovolemia berhubungan dengan Kekurangan intake cairan
 - a. Data Subjektif:
 - 1) Klien mengatakan haus terus
 - 2) Klien mengeluh lemah
 - 3) Klien mengeluh mual
 - b. Data Objektif:
 - 1) Suhu tubuh meningkat 38.6 °C
 - 2) Turgor kulit menurun
 - 3) Membran mukosa kering
 - 4) Akral dingin
 - 5) Terdapat bercak merah di kulit klien (petekie)
2. Hipertermia berhubungan dengan Proses penyakit
 - a. Data Subjektif:
 - 1) Klien mengatakan badannya menggigil
 - b. Data Objektif:
 - 1) Suhu tubuh di atas normal 38,6°C
 - 2) Kulit klien tampak bercak kemerahan (petekie)
 - 3) Kulit terasa hangat
3. Risiko perdarahan ditandai dengan Gangguan koagulasi (trombostopenia)
 - a. Data Subjektif :
 - 1) Klien meneluh lemah
 - 2) Klien mengeluh demam
 - 3) Klien mengeluh nafsu makan berkurang.
 - b. Data Objektif:
 - 1) Kulit tampak bercak kemerahan (petekie)
 - 2) Hasil Laboratorium :
Trombosit: $59 \times 10^3 / \mu\text{L}$

4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan Restraint fisik
 - a. Data Subjektif:
 - 1) Klien mengeluh kemampun beraktifitas menurun
 - 2) Klien mengeluh sulit tidur
 - 3) Klien mengeluh pola tidur berubah
 - 4) Klien mengeluh sering terjaga saat malam
 - b. Data Objektif: -

D. Rencana Keperawatan

Tabel 3.5

Rencana Keperawatan terhadap Tn.D dengan Diagnosa Medis DHF di Ruang Penyakit Dalam RSD. Mayjend. HM. Ryacudu
Kotabumi Lampung Utara Tanggal 10 S/D 11 Maret 2020

NO	Diagnosa Keperawatan	NOC (<i>Nursing Outcome Classification</i>)	NIC (<i>Nurshing Intervention Classification</i>)
1	2	3	4
1.	Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan	Keseimbangan Cairan (0601) Keseimbangan cairan di dalam ruang intraseluler dan ekstraseluler tubuh 1. Turgor kulit elastis (5) 2. Tidak kehausan (5) Hidrasi (0602) Ketersediaan air yang cukup dalam kompartemen intraseluler dan ekstraseluler tubuh 1. Turgor kulit elastis (5) 2. Membran mukosa lembab (5) 3. Tidak haus (5)	Manajemen Hipovolemia (03116) Mengidentifikasi dan mengelola penurunan volume cairan intravaskul 1. Periksa tanda dan gejala Hipovolemia (membran mukosa kering, haus, lemah) 2. Berikan cairan oral (misalnya teh manis, jus, air mineral) 3. Ajukan memperbanyak asupan cairan oral 8 gelas/hari 4. Timbang berat badan di waktu yang sama (misalnya, setelah BAB/BAK, sebelum sarapan.

1	2	3	4
		4. Tidak ada peningkatan suhu (5) 5. Intake cairan membaik (5) 6. Output urin membaik (5)	5. Monitor intake dan output Pencegahan Syok (4260) 1. Monitor suhu, tekanan darah, nadi, pernafasan 2. Berikan cairan melalui IV atau oral 3. Anjurkan pasien dan keluarga mengenai faktor –faktor pemicu syok (mis tanda-tanda pendarahan dari luar dan dehidrasi)
2.	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit	Termoregulasi (0880) Keseimbangan antara produksi panas, mendapatkan panas, dan kehilangan panas 1. Tidak ada berkeringat saat panas (4) 2. Tidak ada menggigil saat dingin (5)	Manajemen Hipertermia (15506) 1. Berikan cairan IV dan oral Terapi <i>Paracetamol</i> ® 3x500 gr 2. Cairan oral berupa air mineral, teh ataupun jus 3. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih)

1	2	3	4
		3. Penurunan suhu kulit (5) 4. Tidak ada perubahan warna kulit (5) 5. Tidak ada peningkatan suhu tubuh (5)	4. Lakukan pendinginan eksternal (mis. memberikan selimut hangat pada fase dingin, atau kompres pada dahi, leher, lipatan paha atau aksila) Pengaturan Suhu (3900) 1. Monitor suhu paling tidak setiap 2 jam, sesuai kebutuhan 2. Memonitor warna kulit
3.	Risiko perdarahan ditandai dengan gangguan <i>koagulasi (trombostopenia)</i>	Koagulasi darah (0409) Tingkatan di mana pembekuan darah terjadi dalam periode waktu yang normal 1. Hitung platelet dikisaran normal (4) 2. Perdarahan tidak ada (4) 3. Petekie tidak ada (4)	Pencegahan perdarahan (4010) 1. Monitor dengan ketat risiko terjadinya perdarahan pada klien 2. Monitor komponen koagulasi darah (trombosit) 3. Instruksikan klien untuk meningkatkan makanan yang kaya vitamin 4. Instruksikan pasien dan keluarga untuk memonitor tanda-tanda perdarahan dan mengambil tindakan yang tepat jika

1	2	3	4
			terjadi perdarahan (misal lapor pada perawat). Majemen pengobatan (2380) 1. Tententukan obat apa yang diperlukan dan kelola menurut resep dan atau protokol. 2. Monitor efektifitas cara pemberian obat sesuai yang sesuai. 3. Ajarkan klien dan anggota keluarga mengenai metode pemberian obat yang sesuai.

E. Implementasi dan Evaluasi

Tabel 3.6

Catatan Perkembangan terhadap Tn.D dengan Diagnosis Medis DHF di Ruang Penyakit Dalam RSD. Mayjend. HM. Ryacudu
Kotabumi Lampung Utara Tanggal 10 Maret 2020

No.Dx Kep	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
1	Tanggal 10 Maret 2020 Pukul : 08.10 WIB	Tanggal 10 Maret 12020 Pukul : 09.00 WIB
	Manajemen Hipovolemia (03116) 1. Memeriksa tanda dan gejala Hipovolemia (membran mukosa kering, haus, lemah) 2. Memberikan cairan oral misalnya teh manis, jus, air mineral 3. Mengajukan memperbanyak asupan cairan oral 8 gelas/hari 4. Menimbang BB dan TB	S : 1. Klien mengatakan haus terus 2. Klien mengeluh lemah 3. Klien mengeluh mual 4. Klien mengatakan minum 3 gelas/hari ± 720 cc O : 1. Turgor kulit klien menurun 2. Akral teraba dingin

1	2	3
	5. Memonitor intake dan output Pencegahan Syok (4260) 1. Memonitor suhu, tekanan darah, nadi, pernafasan 2. Memerikan cairan melalui IV atau oral <i>Ondancetron® 3x4 mg</i> 3. Mengajarkan pasien dan keluarga mengenai faktor -faktor pemicu syok (mis tanda-tanda pendarahan dari luar dan dehidrasi).	3. Membran mukosa klien kering 4. Kulit klien keringatan lembab/basah 5. CRT ≥ 3 detik 6. BB = 70 kg TB = 170 cm 7. TTV : TD : 130/80 mmHg N : 85x/menit T: 38,6 °C RR : 22x/menit 8. Terapi RL® 20tpm dan Terapi oral Omeprazole® Sucralfat Syr® IWL = 1.050 cc/24jam Output Urine + feses + metabolics = 1000 + 200 + 1.050 = 2.250 cc Intake minum + infus RL + Obat cair + makanan = 720 + 1500 +

1	2	3
		$30 + 90 = 2.340 \text{ cc}$ Balance = intake – output $2.340 - 2.250 = 90 \text{ cc}$ A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi Manajemen Hipovolemia (03116) Pencegahan Syok (4260)  (SRIYANI)
2	Tanggal 10 Maret 2020 Pukul : 07.40 WIB	Tanggal 10 Maret 2020 Pukul : 08.10 WIB
	Manajemen Hipertermia (15506) 1. Memberikan cairan RL dan oral terapi <i>Paracetamol[®] 3x500 gr</i> 2. Mengganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih)	S : 1. Klien mengatakan badannya merasa menggigil O : 1. Suhu tubuh klien di atas normal $38,6^{\circ}\text{C}$ 2. Kulit klien terasa hangat

1	2	3
	3. Melakukan pendinginan eksternal (mis.memberikan selimut hangat pada fase dingin, atau kompres pada dahi, leher, lipatan paha, atau aksila) Pengaturan Suhu (3900) 1. Memonitor suhu paling tidak setiap 2 jam, sesuai kebutuhan 2. Memonitor warna kulit	3. Kulit klien tampak bercak kemerahan (<i>petekie</i>) 4. Klien masih berkeringat berlebih saat panas A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi Manajemen Hipertermia (15506) Pengaturan Suhu (3900)  (SRIYANI)
3	Tanggal : 10 Maret 2020 Pukul : 11.45 WIB	Tanggal : 10 Maret 2020 Pukul : 12.15 WIB
	Pencegahan pendarahan (4010) 1. Memonitor dengan ketat risiko terjadinya pendarahan pada Klien 2. Memonitor komponen koagulasi darah (trombosit). 3. Menginstruksikan klien untuk meningkatkan makanan yang kaya vitamin	S : 1. Klien mengeluh lemah 2. Klien mengeluh demam 3. Klien mengeluh nafsu makan berkurang. O : 1. Kulit tampak bercak kemerahan (<i>petekie</i>) 2. Hasil Laboratorium :

1	2	3
	4. Menginstruksikan pasien dan keluarga untuk memonitor tanda-tanda perdarahan dan mengambil tindakan yang tepat jika terjadi perdarahan (misal lapor pada perawat). Majemen pengobatan (2380) 1. Menentukan obat apa yang diperlukan, dan kelola menurut resep dan atau protokol. 2. Terapi oral <i>Imboost® 3x250 mg</i> 3. Memonitor efektifitas cara pemberian obat sesuai yang sesuai 4. Mengajarkan klien dan anggota keluarga mengenai metode pemberian obat yang sesuai.	<i>Trombosit : $59 \times 10^3 / \mu L$</i> 3. Terapi oral <i>Imboost® 3x250 mg</i> A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi Pencegahan Pendarahan (4010) Majemen pengobatan (2380)  (SRIYANI)

Tabel 3.7

Catatan Perkembangan terhadap Tn.D dengan Diagnosis Medis DHF di Ruang Penyakit Dalam RSD.Mayjend. HM. Ryacudu
Kotabumi Lampung Utara tanggal 11 Maret 2020

No.Dx Kep	Tanggal 11 Maret 2020 Pukul : 07.40 WIB	Tanggal 11 Maret 2020 Pukul : 08.10 WIB
1	2	3
1	Manajemen Hipovolemia (03116) 1. Memeriksa tanda dan gejala Hipovolemia (membran mukosa kering, haus, lemah) 2. Memberikan cairan oral misalnya teh manis, jus, air mineral 3. Menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral 8 gelas/hari 4. Memonitor intake dan output Pencegahan Syok (4260) 1. Memonitor suhu, tekanan darah, nadi, pernafasan 2. Memberikan cairan melalui IV atau oral	S : 1. Klien mengatakan masih sedikit merasa haus 2. Klien mengatakan tidak seberapa lemah lagi 3. Klien mengatakan sudah tidak mual lagi 4. Klien mengatakan minum 5 gelas/hari $\pm$ 1200 cc O: 1. Turgor kulit klien masih menurun 2. Membran mukosa klien sudah tidak begitu kering 3. Kulit klien lembab tidak basah 4. Akral teraba dingin 5. CRT $\geq$ 3 detik

1	2	3
	3. Menganjurkan pasien dan keluarga mengenai faktor -faktor pemicu syok (mis tanda-tanda pendarahan dari luar dan dehidrasi).	6. TTV: TD : 120/80 mmHg N : 90x/menit RR : 22x/menit T : 37,3°C 7. Terapi RL® 20 tpm dan Terapi oral Omeprazole® 3x4 mg, Sucralfat Syr® 3x10 cc 8. IWL = 1.050 cc/24 jam Intake Minum + infus RL + obat cair /sirup + makanan = $1200+1500+180 + 30 = 2910$ Output Urin + fese + metabolic = 1500 + 250 + 1.050 = 2800 Balance = intake - output $= 2910 - 2800 = 110 \text{ cc}$ A : Masalah teratasi sebagian P : lanjutkan Intervensi

1	2	3
		Manajemen Hipovolemia (03116) Pencegahan Syok (4260)  (SRIYANI)
2.	Tanggal 11 Maret 2020 Pukul : 13.35 WIB	Tanggal 11 Maret 2020 Pukul : 13.50 WIB
	Manajemen Hipertermia (15506) 1. Memberikan cairan oral dan oral terapi <i>Paracetamol</i> ®3x500 gr 2. Mengganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih) 3. Melakukan pendinginan eksternal (mis.memberikan selimut hangat pada fase dingin, atau kompres pada dahi, leher, lipatan paha, atau aksila) Pengaturan Suhu (3900) 1. Memonitor suhu paling tidak setiap 2 jam, sesuai kebutuhan	S : 1. Klien mengatakan badannya tidak menggigil lagi O : 1. Suhu tubuh klien di atas normal 37,3°C 2. Kulit klien terasa hangat 3. Kulit klien tampak bercak kemerahan (<i>petekie</i>) 4. Klien masih berkeringat berlebih saat panas A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi Manajemen Hipertermia (15506) Pengaturan Suhu (3900)

1	2	3
	2. Memonitor warna kulit	 (SRIYANI)
3.	Tanggal 11 Maret 2020 Pukul : 11.55 WIB	Tanggal 11 Maret 2020 Pukul : 12.15 WIB
	Pencegahan Pendarahan (4010) 1. Memonitor dengan ketat risiko terjadinya pendarahan pada klien 2. Memonitor komponen koagulasi darah (trombosit) 3. Menginstruksikan klien untuk meningkatkan makanan yang kaya vitamin 4. Menginstruksikan pasien dan keluarga untuk memonitor tanda-tanda perdarahan dan mengambil tindakan yang tepat jika terjadi perdarahan (misal lapor pada perawat). Majemen pengobatan (2380) 1. Menentukan obat apa yang diperlukan dan	S : 1. Klien mengatakan tidak seberapa lemah lagi 2. Klien masih mengeluh demam 3. Klien mengatakan nafsu makan sudah mulai membaik dan masih sedikit demi sedikit mengkonsumsi makanan yang kaya vitamin O : 1. Kulit tampak bercak kemerahan (<i>petekie</i>) 2. Hasil Laboratorium : <i>Trombosit : $95 \times 10^3 \mu\text{L}$</i> 3. Terapi oral <i>Imboost® 3x250 mg</i> A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi

1	2	3
	kelola menurut resep dan atau protokol. Terapi oral <i>Imboost® 3x250 mg</i> 2. Memonitor efektifitas cara pemberian obat sesuai yang sesuai 3. Mengajarkan klien dan anggota keluarga mengenai metode pemberian obat yang sesuai.	Pencegahan Pendarahan (4010) Majemen pengobatan (2380)  (SRIYANI)

Tabel 3.8

Catatan Perkembangan terhadap Tn.D dengan Diagnosis Medis DHF di Ruang Penyakit Dalam RSD. Mayjend. HM. Ryacudu
Kotabumi Lampung Utara tanggal 12 Maret 2020

No.Dx Kep	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
	Manajemen Hipovolemia (03116) 1. Memeriksa tanda dan gejala Hipovolemia (membran mukosa kering, haus, lemah) 2. Memberikan cairan oral misalnya teh manis, jus, air mineral 3. Menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral 8 gelas/hari 4. Memonitor intake dan output Pencegahan Syok (4260) 1. Memonitor suhu, tekanan darah, nadi, pernafasan 2. Memberikan cairan melalui IV atau oral	S : 1. Klien mengatakan sudah tidak merasa haus terus 2. Klien mengatakan sudah tidak lemah lagi 3. Klien mengatakan minum 8 gelas/hari 1920 cc O : 1. Turgor kulit klien elastis 2. Membran mukosa klien lembab 3. Kulit klien lembab tidak basa 4. Akral teraba hangat 5. CRT ≤ 3 detik 6. TTV : TD : 110/70 mmHg

1	2	3
	3. Mengajarkan pasien dan keluarga mengenai faktor-faktor pemicu syok (mis tanda-tanda pendarahan dari luar dan dehidrasi).	N : 80x/menit RR : 24x/menit T : 36,1°C 7. IWL = 1500 cc/24jam Output urine + metabolic = 1800 + 1050 = 2850 cc Intake minum + infus RL + makanan + obat cair/sirup = 1920 + 1500 + 226 + 30 = 3725 Balance = intake – output 3725-2850 = 875 cc A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan Pasien pulang  (SRIYANI)

1	2	3
2	Tanggal 12 Maret 2020 Pukul : 20.45 WIB	Tanggal 12 Maret 2020 Pukul : 20.55 WIB
	Manajemen Hipertermia (15506) 1. Memberikan cairan oral 2. Mengganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih) 3. Melakukan pendinginan eksternal (mis. memberikan selimut hangat pada fase dingin, atau kompres pada dahi, leher, lipatan paha, atau aksila) Pengaturan Suhu (3900) 1. Memonitor suhu paling tidak setiap 2 jam, sesuai kebutuhan 2. Memonitor warna kulit	S : 1. Klien mengatakan badannya tidak menggigil lagi O : 1. Suhu tubuh klien normal 36,1°C 2. Kulit klien terasa hangat normal 3. Kulit klien masih tampak sedikit bercak kemerahan (<i>petekie</i>) 4. Klien masih sedikit berkringsat A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dihentikan Pasien pulang  (SRIYANI)

1	2	3
3	Tanggal : 12 Maret 2020 Pukul : 12.10WIB	Tanggal : 12 Maret 2020 Pukul : 13.00 WIB
	1. Memonitor dengan ketat risiko terjadinya pendarahan pada klien 2. Memonitor komponen koagulasi darah (trombosit) 3. Menginstruksikan klien untuk meningkatkan makanan yang kaya vitamin 4. Menginstruksikan pasien dan keluarga untuk memonitor tanda-tanda perdarahan dan mengambil tindakan yang tepat jika terjadi perdarahan (misal lapor pada perawat). Majemen pengobatan (2380) 1. Menentukan obat apa yang diperlukan, dan kelola menurut resep dan atau protokol. Terapi oral : -Imboost®3x250 mg 2. Memonitor efektifitas cara pemberian obat	S : 1. Klien mengatakan tidak lemah lagi 2. Klien mengatakan sudah tidak demam 3. Klien mengatakan nafsu makan sudah mulai membaik dan sudah mulai banyak mengkonsumsi makanan yang kaya vitamin O : 1. Kulit kelin masih tampak sedikit bercak kemerahan (<i>petekie</i>) 2. Hasil Laboratorium : <i>Trombosit : 145x10³/uL</i> 3. Terapi oral <i>-Imboost® 3x250 mg</i> A : Masalah teratasi sebagian P : Hentikan intervensi pasien pulang

1	2	3
	sesuai yang sesuai 3. Mengajarkan klien dan anggota keluarga mengenai metode pemberian obat yang sesuai.	 (SRIYANI)