

BAB 3

Bab ini membahas mengenai asuhan keperawatan pada Nn. S dengan diagnosis medis DHF meliputi: 1) Pengkajian, 2) Diagnosis Keperawatan, 3) Intervensi Keperawatan, 4) Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas pasien

Pasien bernama Nn.S, dengan rekam medis 68-17-xx, berjenis kelamin perempuan, berusia 14 tahun, berasal dari suku Jawa/ Indonesia, beragama islam, pendidikan terakhir SMP, belum bekerja dan belum menikah. Pasien masuk ke ruang D-2 pada tanggal 17 Mei pukul 2021

3.1.2 Keluhan Pasien

Keluhan utama pasien mengatakan kepalanya terasa pusing, mual dan nyeri kepala (pusing cekot – cekot) tertusuk-tusuk dengan skala 5 (0 - 10) serta nyeri hilang timbul.

3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Pada hari Minggu tanggal 16 Mei 2021 pasien mengatakan mengeluh pusing, badanya panas dan juga mual- mual dan muntah sehari kurang lebih 2-3 kali nyeri pada kepala seperti ditusuk tusuk, pasien sempat dibawa ke klinik dekat rumah dan diberikan obat paracetamol dan thiamphenicol tetapi tidak kunjung ada perubahan, ibu pasien yang panik segera membawa anaknya ke IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya pada hari Senin tanggal 17 Mei 2021 pukul 10 pagi, di IGD pasien mendapatkan pemeriksaan swab antigen dan pemeriksaan darah lengkap dengan hasil Wbc 6,78 (4.0 – 12.0), Rbc 5,57 (3,50 – 5,20), Hgb 15,70 (13,0 – 17,0), Hct

45,40 (35,0 – 49,0), Trombosit 240.000 (150.000-450.000) Rdw_Cv 12,5 (11,0 – 16,0), Pct 0,22 (1,08 – 2,82), sgot 39 (0-50) , sgpt 20(0-50) gds 99 (60-100) kreat 0,73 (06-1,5) bun 11 (10-24) na 133.6 (135-147). 41 Pemeriksaan ttv didapatkan TD: 120/80 mm/hg. Nadi : 111x/menit. Suhu : 38°C . GCS : 456. RR : 22x/meinit. Pasien mendapatkan inj.Ranitidin 2x50mg/IV. Pada pukul 22.15 pasien dipindahkan ke ruangan D2 untuk mendapatkan perawatan lanjutan. Pada saat pengkajian tanggal 19 mei 2021 pasien masih mengeluhkan pusing nyeri kepala dan juga badan greges, pasien pada siang hari tampak sering tertidur karena pada malam hari pasien tidak dapat tidur. Pasien tampak masi lemas dengan TTV TD:100/70mm/hg, Nadi 130x/menit S: 39.5°C. RR: 22x/menit hasil pemeriksaan darah pada tanggal 19 Mei 2021 didapatkan Hemoglobin 15,10 g/dl (L: 13,2 – 17,3 | P: 11,7 – 15,5), Leukosit 1,78 10³ /µl (4,0 – 11,0), Eritrosit 5,19 10⁶ /µl (L: 4,4 – 5,9 | P: 3,8 – 5,2), Trombosit 96.00 10³ /µl (150 – 450), Hematokrit 41.80 % (L: 40,0 – 52,0 | P: 35,0 – 47,0), Natrium 131,9 U/L (< 50), Kalium 33,2 10³ /µl (< 50).

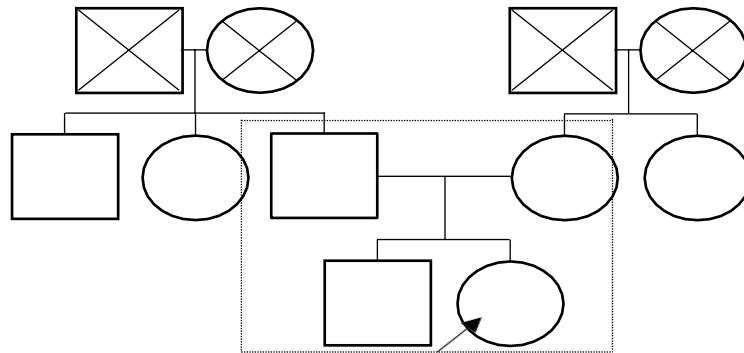
3.1.4 Riwayat penyakit dahulu

Pasien mengatakan tidak pernah sakit DBD sebelumnya dan pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit bawaan seperti DM dan Hipertensi.

3.1.5 Riwayat penyakit keluarga


Pasien juga mengatakan keluarganya tidak mempunyai riwayat penyakit DM dan Hipertensi. Pasien juga tidak memiliki alergi obat makanan dan minuman.


3.1.6 Genogram Keluarga Nn S




Gambar 3.1 Genogram Keluarga Nn.S (Sumber: Primer)

Keterangan:

Laki – laki : 

Perempuan : 

Tinggal serumah: 

Meninggal : 

Pasien : 

3.1.7 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan tanda – tanda vital: suhu: 39,5 °C, nadi: 130x/menit, tekanan darah: 100/70 mmHg, frekuensi nafas: 20 x/menit tidak memakai alat bantu pernafasan, tinggi badan: 136 cm, berat badan: 50 kg

1. B1 (*Breath/* Pernafasan)

Pada pemeriksaan fisik B1 (*Breath/* Pernapasan) didapatkan hasil pemeriksaan napas spontan, bentuk dada normochest, tidak terdapat otot bantu napas, tidak terdapat pernapasan cuping hidung, irama napas reguler, pola napas normal (eupnea), suara napas bronkovasikuler, tidak terdapat sesak napas, tidak terdapat batuk dan sputum, tidak terdapat suara napas tambahan, RR 20 x/menit tidak ada sianosis

Masalah Keperawatan: Tidak terdapat masalah keperawatan pada B1 (*Breath/ Pernapasan*)

2. B2 (*Blood/ Sirkulasi*)

Pada pemeriksaan fisik B2 (*Blood/ Sirkulasi*) didapatkan hasil pemeriksaan irama jantung reguler, akral teraba Hangat, Basah, Merah, bunyi jantung S1/S2 tunggal, tidak terdapat odema, CRT < 2 detik, tidak terdapat sianosis, pada saat dilakukan uji torniket diruangan pada tangan kanan positif, terdapat bintik merah tangan kanan positif, tidak terdapat perdarahan pada gusi, tidak ada mimisan (epistaksis), tekanan darah 100/ 70 mmHg, nadi: 130x/ menit, S: 39.5°C.

Masalah Keperawatan: Hipovolemia, Hipertermi, Resiko Perdarahan.

3. B3 (*Brain/ Persarafan*)

Pada pemeriksaan fisik B3 (*Brain/ Persarafan*) didapatkan hasil pemeriksaan GCS total 15 (Eye: 4, Verbal: 5, Motorik: 6), Kesadaran composmentis, tidak terdapat hemiparesis serta tidak ada kelemahan pada anggota tubuh. Pada pemeriksaan Nervus I (Olfaktorius) fungsi penciuman pasien dapat mencium minyak kayu putih, Nervus II (Optikus) ketajaman penglihatan, tidak terdapat gangguan penglihatan pada pasien, reflek pupil pasien terhadap cahaya +/+, Nervus III, IV, VI (Okulomotorius, Troklearis, Abdusen) pasien dapat membuka kelopak mata, dapat menggerakkan bola mata ke kanan dan ke kiri, ke atas dan ke bawah, Nervus V (Trigeminus) tidak ditemukan paralisis pada otot wajah, pasien mampu membuka dan menutup rahang rahang, Nervus VII (Fasialis) pasien dapat mengerutkan dahi, wajah pasien simetris, pasien dapat membuka dan menutup mata, Nervus VIII (Vestibulokoklearis) tidak terdapat gangguan pendengaran pada pasien, Nervus IX, X (Glosfaringeus, Vagus) mekanisme kemampuan menelan pasien normal, pasien

dapat minum air putih, Nervus XI (Aksesorius) pasien mampu menggerakkan menggeser kanan dan kiri, Nervus XII (Hipoglossus) pasien mampu menjulurkan lidah, menggerakkan lidah ke arah atas, ke arah bawah, ke arah samping kanan dan kiri.

Masalah Keperawatan: tidak terdapat masalah keperawatan pada B3 (*Brain/ Persarafan*)

4. B4 (*Bladder/ Perkemihan*)

Pada pemeriksaan fisik B4 (*Bladder/ Perkemihan*) didapatkan hasil pemeriksaan pasien tidak terpasang kateter, tidak ada nyeri tekan pada perkemihan, BAK 1x/6jam dengan jumlah ± 500 cc dengan warna kuning jernih.

Masalah Keperawatan: tidak terdapat masalah keperawatan pada B4 (*Bladder/ Perkemihan*)

5. B5 (*Bowel/ Pencernaan*)

Pada pemeriksaan fisik B5 (*Bowel/ Pencernaan*) didapatkan hasil pemeriksaan pasien mengeluh mual tidak ada nafsu makan dengan pola makan 3x sehari habis 2 sendok saja, pasien mengatakan mulutnya terasa pahit, mulut pasien bersih tidak ada karies dan tidak berlubang, mukosa bibir kering, pasien tidak terpasang NGT, tidak terdapat nyeri tekan pada abdomen baik hepar maupun lien, selama dirumah sakit pasien sudah BAB 1x.

Masalah Keperawatan: Nausea.

6. B6 (*Bone/ Muskuloskeletal*)

Pada pemeriksaan fisik B6 (*Bone/ Muskuloskeletal*) didapatkan hasil pemeriksaan pasien mengatakan nyeri pada kepala serta nyeri pada tulang dan sendi dengan nyeri seperti tertusuk – tusuk dengan skala 5 (0 - 10) serta nyeri hilang

timbul, pasien mampu menggerakkan persendiannya, tidak terdapat kelainan ekstremitas atas dan ekstremitas bawah, skala kekuatan otot ekstremitas: skala kekuatan otot ekstremitas: ekstremitas atas dextra 5555, ekstremitas atas sinistra 5555, ekstremitas bawah dextra 5555, ekstremitas bawah sinistra 5555.

Masalah Keperawatan: Nyeri Akut.

Pada pemeriksaan sistem integumen didapatkan hasil pemeriksaan padakulit berwarna sawo matang, tidak ada kelainan pada kulit kepala, turgor kulit < 3 detik, tidak terdapat keloid, tidak dapat pruritus, tidak terdapat dekubitus, serta akral teraba hangat, basah dan merah.

Masalah Keperawatan: tidak terdapat masalah keperawatan pada sistem integumen.

Pada pemeriksaan sistem pengindraan penglihatan didapatkan hasil pemeriksaan pada mata simetris, reflek cahaya (+/+), sklera anikterik, pupil bulat isokor, konjungtiva anemis, pasien tidak menggunakan kacamata, pasien mampu melihat jam yang ada di dinding. Pada pemeriksaan sistem pengindraan pendengaran didapatkan hasil pemeriksaan pada telinga simetris, telinga bersih, tidak terdapat kelainan pendengaran, pasien mampu merespon dan menjawab setiap pertanyaan yang diajukan perawat dengan baik, serta tidak menggunakan alat bantu dengar. Pada pemeriksaan sistem pengindraan penciuman didapatkan hasil pemeriksaan pada hidung simetris, tidak terdapat polip, terdapat septum di tengah, tidak terdapat gangguan pada penciuman, pasien mampu mencium bau minyak kayu putih.

Masalah Keperawatan: tidak terdapat masalah keperawatan pada sistem pengindraan.

Pada pemeriksaan sistem endokrin didapatkan hasil pemeriksaan kenlajar tiroid pada pasien tidak terkaji, pasien mengatakan tidak mempunyai penyakit DM.

Masalah Keperawatan: tidak terdapat masalah keperawatan pada sistem endokrin.

3.1.8 Pengkajian Pola Fungsi Kesehatan

1. Pola Persepsi Kesehatan

Pasien mengatakan berharap agar lekas sembuh dan cepat pulang.

2. Pola Nutrisi Metabolik

- a. Pola makan pada saat di rumah sakit mengatakan mual namun tidak muntah, saat mencoba makan selalu seperti ingin muntah karena rasa makanan yang dirasakan hambar, mulut pasien terasa pahit, dan menyebabkan kurang nafsu makan, pola makan 3x sehari habis 2 sendok saja.
- b. Pola minum Pasien di rumah minum dengan frekuensi 6x/24jam dengan jenis air mineral dan jumlah ± 1600 cc. Saat di rumah sakit frekuensi minum 5x/24jam dengan jenis minum air mineral ± 1000 cc.

3. Pola Eliminasi

a. Buang air besar

Saat dirumah pasien BAB sebanyak 1x sehari biasanya pagi hari dengan konsistensi lunak dengan warna kuning kecoklatan, selama dirumah sakit pasien hanya BAB sebanyak 1 kali sejak masuk

b. Buang air kecil

Selama dirumah pasien BAK 4x/hari dengan jumlah ± 1200 cc/hari dengan warna kuning jernih. Selama dirumah sakit pada saat pengkajian BAK1x/4jam dengan jumlah ± 350 cc dengan warna kuning jernih.

4. Pola Aktivitas dan Latihan

a. Kemampuan perawatan diri

Sebelum masuk rumah sakit pasien dapat melakukan aktivitas secara mandiri, setelah masuk rumah sakit aktivitas klien dibantu oleh keluarga, contoh mandi dengan diseka, berpakaian dan eliminasi pasien dibantu oleh orang tuanya .

b. Kebersihan diri

Sebelum masuk rumah sakit pasien; mandi sebanyak 2x/hari, keramas 2x/minggu, ganti pakaian 2 – 3 x/hari, sikat gigi 2x/hari, memotong kuku 1x seminggu. Selama masuk rumah sakit pasien dibantu sebagian oleh keluarga: mandi dibantu dengan diseka oleh keluarga, selama masuk rumah sakit belum keramas dan potong kuku, ganti pakaian dibantu oleh keluarga, sudah sikat gigi pagi ini.

c. Aktivitas sehari – hari

Pasien melakukan pembelajaran secara online menggunakan handphone pribadi

d. Rekreasi Pasien

biasanya pergi ke mall bersama orang tuanya

e. Olahraga

Pasien mengatakan jarang olahraga

5. Pola Istirahat Dan Tidur

Sebelum masuk rumah sakit biasanya pasien tidur malam ± dari jam 21.00 – jam 05.00 WIB dan tidak pernah tidur siang, sesudah masuk rumah sakit pasien mengatakan susah tidur karena kepalanya pusing ketika malam hari pasien terkadang merasa meriang

Masalah Keperawatan: Gangguan Pola Tidur

6. Pola Kognitif Perseptual

Pasien mengatakan belum pernah sakit seperti ini sebelumnya. Bahasa yang digunakan sehari – hari oleh pasien yaitu bahasa Jawa dan Indonesia. Pasien mengatakan nyeri pada kepala serta dengan skala 5 (0 - 10) serta nyeri hilang timbul, fungsi penglihatan pasien normal, pasien tidak menggunakan kacamata, pasien mampu melihat jam yang ada di dinding, fungsi pendengaran pasien normal serta pasien mampu merespon dan menjawab setiap pertanyaan yang diajukan perawat dengan baik, pasien tidak menggunakan alat bantu dengar.

7. Pola Persepsi Diri

a. Gambaran diri

Pasien mengatakan menerima keadaan saat ini dan sadar bahwa semua ini adalah cobaan dan takdir dari Allah.

b. Identitas diri

Pasien mengatakan bahwa dia seorang remaja berusia 14 tahun, berasal dari suku Jawa/ Indonesia, bahasa yang digunakan sehari – hari adalah Bahasa Indonesia dan Jawa.

c. Peran diri

Pasien mengatakan bahwa dia adalah anak ke 2 dari 2 bersaudara, pasien mempunyai kakak, pasien mengatakan sekarang dia masi di bangku smp dan sedang pembelajaran online

d. Ideal diri

Pasien berharap agar lekas sembuh dan cepat pulang.

e. Harga diri

Orangtua selalu memberikan dukungan kepada pasien.

8. Pola Peran-Hubungan

Orangtua selalu memberikan dukungan kepada pasien, selama dirawat di rumah sakit pasien selalu ditemani dan ditunggu oleh keluarganya. Tidak ada masalah keluarga mengenai biaya perawatan di rumah sakit karena biaya perawatan di rumah sakit ditanggung oleh jaminan sosial (BPJS).

9. Pola Seksualitas – Reproduksi

Pasien mengatakan tidak ada masalah pada sistem reproduksi dan area genitalia, pasien mengatakan tidak ada lesi, tidak ada edema, dan tidak ada benjolan pada payudara, pasien mengatakan genitalia bersih, tidak ada lesi, dan tidak ada edema, pasien mengatakan siklus haid teratur.

10. Pola Koping – Toleransi stress

Pasien mengatakan jika merasa sakit melihat kartun yang ada di hanspode nya, Pasien berharap agar lekas sembuh dan cepat pulang.

11. Pola Nilai Kepercayaan

Pasien beragama islam, mengatakan sakit ini adalah ujian dari Allah dan karena semua penyakit pasti ada obatnya jika mau bersabar.

3.1.9 Data Penunjang

Hasil pemeriksaan Nn S tanggal 19 Mei 2021:

Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai normal
Hemoglobin	15,10 g/dl	(L: 13,2 – 17,3 P: 11,7 – 15,5)
Leukosit	1,78 10 ³ / μ l	(4,0 – 11,0),
Eritrosit	5,19 10 ⁶ / μ l	(L: 4,4 – 5,9 P: 3,8 – 5,2),
Trombosit	96.00 10 ³ / μ l	(150 – 450),
Hematokrit	41.80 %	(L: 40,0 – 52,0 P: 35,0 – 47,0),
Natrium	131,9 U/L	
Kalium	33,2 10 ³ / μ l	

3.1.10 Terapi Medis

Pemberian terapi medis pada Ns. S tanggal 19 Mei 2021 :

Tabel 3.1 Terapi Medis pada Nn S dengan diagnosis DHF

Inf. D5 + ½ Ns	1800 cc/24 jam
Antrain (iv)	500mg
Inj.Ondansentron	2 x 4 mg
Paracetamol	3 x 1 tab
B Kompleks	3x 1 tab
Vit C	1x 250 mg
Ringer Laktat	Jam 13.00 (100cc/jam,) habiskan 3 jam (34tmp) Jam 16.00 lanjutkan (1000cc/24jam) (14tmp)

3.2 Diagnosis Keperawatan

3.2.1 Analisis Data

Tabel 3.2 Diagnosis Keperawatan pada Nn. S dengan diagnosis medis DHF

Data/Faktor Resiko	Etiologi	Masalah
DS : Pasien mengatakan badanya terasa lemas DO : 1.) Pasien tampak lemah 2.) Mukosa bibir pasien kering 3.) TTV: N: 130 x/menit S: 39,5°C 4.) Pemeriksaan Laboratorium (tanggal 19/05/2021) Hematokrit: 41,80 % WBC : 1,78 Trombosit: 96.00	Peningkatan Permeabilitas Kapiler	Hipovolemia (SDKI. D.0023) hal. 64

Data/Faktor Resiko	Etiologi	Masalah
<p>DS : Pasien mengatakan badanya ketika diraba terasa panas</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.) Akral teraba : Hangat, Basah, Merah 2.) TTV: <ul style="list-style-type: none"> N: 130x/menit S: 39,5°C RR: 20 x/menit 	<p>Proses Penyakit (DBD)</p>	<p>Hipertermia (SDKI. D.0130) hal. 284</p>
<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.) Pasien mengatakan nyeri pada kepala dan merasakan pusing <ul style="list-style-type: none"> P: Proses penyakit (DBD) Q: Tertusuk – tusuk R: Kepala S: 5 (0 - 10) T: Hilang timbul 2.) Pasien mengatakan tidak ada nafsu makan makan hanya 2 sendok 3.) Pasien mengatakan semenjak di rs sering terbangun pada malam hari karena merasa mengigil tetapi badanya panas, serta nyeri kepala. <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.) TTV: <ul style="list-style-type: none"> N: 130 x/menit 2.) Porsi makan terlihat tidak habis 3.) Terlihat meringis kesakitan memegang kepalanya 	<p>Agen Pencedera Fisiologi (Viemia)</p>	<p>Nyeri Akut (SDKI. D.0077) hal. 172</p>
<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.) Pasien mengatakan mual namun tidak muntah. 2.) Pasien mengatakan tidak ada nafsu makan 3.) Pasien mengatakan mulutnya terasa pahit <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.) TTV: <ul style="list-style-type: none"> N: 130 x/menit 	<p>Rasa makan/ minum yang tidak enak</p>	<p>Nausea (SDKI. D.0076) hal. 170</p>

Data/Faktor Resiko	Etiologi	Masalah
Faktor Resiko: 1.) Gangguan Koagulasi (Trombositopenia) buktikan dengan Trombosit 96.00	-	Resiko Perdarahan (SDKI. D.0012) hal. 42

3.2.2 Prioritas Masalah

Tabel 3.3 Prioritas masalah pada Nn. S dengan diagnosis medis DHF

No.	Masalah Keperawatan	Tanggal		Ttd
		Ditemukan	Teratasi	
1.	Hipovolemia (SDKI. D.0023) hal. 64	19-05-2021	21-05-2021	NORMA
2.	Hipertermia (SDKI. D.0130) hal. 284	19-05-2021	21-05-2021	NORMA
3.	Nyeri Akut (SDKI. D.0077) hal. 172	19-05-2021	21-05-2021	NORMA
4.	Nausea (SDKI. D.0076) hal. 170	19-05-2021	21-05-2021	NORMA

3.3 Intervensi Keperawatan pada Nn. S

No	Masalah	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Hipovolemia (SDKI. D.0023) hal. 64	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka status cairan membaik</p> <p>Luaran Utama: Status Cairan (SLKI. L.03028) hal. 107:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nadi membaik(60 – 100 x/ menit) 2. Membran mukosa membaik 3. Status mental membaik 4. Suhu tubuh membaik (36,5°C - 37,5°C) <p>Luaran Tambahan: Tingkat Perdarahan (SLKI. L.02017) hal. 147:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Trombosit membaik (150 – 450 10³/µl) 	<p>Intervensi Utama: Manajemen Hipovolemia (SIKI.I.03116) hal 184:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (frekuensi nadi, suhu tubuh, membran mukosa kering, lemah) 2. Berikan asupan cairan oral 3. Hitung kebutuhan cairan 4. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 5. Berikan terapi cairan sesuai program dokter: cairan Infus RL 500 cc/ 24 jam (7 tpm) <p>Intervensi Pendukung Pencegahan Perdarahan (SIKI. I.02067) hal. 283:</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Monitor tanda dan gejala perdarahan 7. Monitor koagulasi (jumlah trombosit) 8. Pertahankan bed rest selama perdarahan 9. Batasi tindakan invasif 10. Jelaskan tanda gejala perdarahan 11. Anjurkan meningkat asupan cairan untuk menghindari kontipasi 12. Anjurkan meningkatkan asupan makan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peningkatan suhu/memanjangnya demam meningkatkan laju metabolik dan kehilangan cairan melalui evaporasi tekanan darah ortostatik berubah dan peningkatan takikardia menunjukkan kekurangan cairan sistemik 2. Untuk memenuhi kebutuhan cairan tubuh peroral. 3. Evaluator langsung status cairan. Perubahan tiba-tiba pada berat badan dicurigai kehilangan/retensi cairan. 4. Untuk memenuhi kebutuhan cairan tubuh peroral. 5. Cairan dapat dibutuhkan untuk mencegah dehidrasi. 6. Penurunan trombosit merupakan tanda adanya kebocoran pembuluh darah yang pada tahap tertentu dapat menimbulkan tanda-tanda klinis seperti epistaksis, ptekie. 7. Dengan trombosit yang dipantau

			<p>13. Anjurkan segera melaporkan jika terjadi perdarahan</p>	<p>setiap hari, dapat diketahui tingkat kebocoran pembuluh darah dan kemungkinan perdarahan yang dialami pasien</p> <p>8. Mengurangi tingkat kelelahan pasien</p> <p>9. Untuk mengurangi resiko perdarahan pada pasien.</p> <p>10. Menambah nutrisi pada pasien</p> <p>11. Aktifitas pasien yang tidak terkontrol dapat menyebabkan terjadinya perdarahan</p> <p>12. Membantu pencegahan terjadinya pengumpalan darah</p> <p>13. Mencegah terjadinya kekurangan darah</p>
--	--	--	---	---

2.	<p>Hipertermia (SDKI. D.0130) hal. 284</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka termoregulasi membaik</p> <p>Luaran Utama: Termoregulasi (SLKI. L.14134) hal. 129:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Suhu tubuh membaik (36,5°C - 37,5°C) 2. Kulit merah menurun 3. Takikardi menurun (60 – 100 x/ menit) 4. Takipnea menurun (16 – 20 x/ menit) 5. Konsumsi oksigen menurun 	<p>Manajemen Hipertermia (SIKI. I.15506) hal. 181:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab hipertermia 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor komplikasi akibat hipertermia 4. Sediakan lingkungan yang dingin 5. Longgarkan atau lepaskan pakaian 6. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 7. Anjurkan lakukan pendinginan eksternal (kompres) 8. Anjurkan tirah baring 9. Berikan terapi cairan sesuai program dokter: cairan Infus RL 1000 cc/ 24 jam (7 tpm) 10. Berikan terapi antipiretik sesuai program dokter: infus Paracetamol 3 x 1 tab, antrain 1x 500mg 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk menambah pengetahuan penyebab hipertermia pada pasien 2. Suhu 38.9°C – 41.1°C menunjukkan proses penyakit infeksius akut demam yang kembali normal 3. Mencegah terjadinya komplikasi 4. Membuat rasa nyaman pada pasien 5. Untuk memberikan rasa nyaman pakaian yang tipis mudah menyerap keringat dan tidak merangsang peningkatan suhu tubuh. 6. Memenuhi kebutuhan cairan peroral 7. Dapat membantu menurunkan demam pada pasien 8. Oksigen digunakan ketika pasien mengalami sesakpada dada akibat ansietas 9. Membantu proses penyembuhan 10. Digunakan untuk mengurangi demam dengan aksi sentral pada hipotalamus meskipun demam mungkin dapat berguna dalam membatasi pertumbuhan organisme, dan meningkatkan autodestruksi dari sel-sel yang terinfeksi.
----	--	---	---	---

3.	Nyeri Akut (SDKI. D.0077) hal. 172	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat nyeri menurun Luaran Utama Tingkat Nyeri (SLKI. L.08066) hal. 145:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun (0 -10) 2. Frekuensi nadi membaik (60 – 100 x/ menit) 3. Nafsu makan membaik 4. Kesulitan tidur menurun 5. Nafsu makan membaik <p>Kontrol Nyeri (SLKI. L.08063) hal. 58:</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Melaporkan nyeri terkontrol meningkat 7. Kemampuan mengenali onset 	<p>Manajemen Nyeri (SIKI. I.08238) hal. 201:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Monitor efek samping analgesik 4. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Teknik relaksasi napas dalam) 5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 6. Fasilitasi istirahat dan tidur 7. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 8. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 9. Berikan terapi analgesik sesuai program dokter: Inj. antrain 1 x 500 mg/ IV <p>Pemberian Analgesik (SIKI. I.08238) hal. 201:</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Identifikasi riwayat alergi obat 11. Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik Monitor efektifitas analgesik pertimbangakan penggunaan infus kontinu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui pusat nyeri yang dialami oleh pasien 2. Untuk mengetahui tingkat nyeri yang dialami oleh pasien 3. Mencegah terjadinya alergi akibat analgesic 4. Dengan melakukan aktifitas lain anak dapat mengalihkan perhatian terhadap nyeri 5. Suasana yang tenang dapat membuat perasaan pasien menjadi tenang 6. Mempercepat proses kesembuhan 7. Membantu meringankan nyeri 8. Untuk membantu mengurangi/menek an rasa nyeri. 9. Mengurangi rasa sakit pada pasien 10. Pencegahan terjadinya syok anafilatik 11. Mengurangi resiko berlebih jika terjadi resiko atau peradangan pada saat pemberian obat
----	------------------------------------	---	---	---

		nyeri meningkat 8. Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis meningkat Penggunaan analgesik menurun		
--	--	---	--	--

4.	Nausea (SDKI. D.0076) hal. 170	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat nausea menurun	<p>Manajemen Mual (SIKI. I.03117) hal. 197:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi faktor penyebab mual 2. Monitor mual 3. Monitor asupan nutrisi dan kalori 4. Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual 5. Berikan makanan dalam jumlah kecil 6. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup 7. Anjurkan sering membersihkan mulut 8. Berikan terapi anatiemetik sesuai program dokter., Inj.Ondacentron 2 x 4 mg/ IV 9. Kolaborasi dengan dietician dalam pemberian nutri dan kalori 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk menambah pengetahuan pasien tentang kebutuhan nutrisi pasien 2. Pemenuhan nutrisi dapat membantu mengontrol kebutuhan nutrisi pada pasien. 3. Mengurangi mual pada pasien 4. Pemberian makanan sedikit tapi sering untuk membantu pemenuhan nutrisi pasien. 5. Istirahat yang cukup dapat membantu mempercepat kesembuhan pasien 6. Mulut yang bersih akan membuat mulut terasa lebih segar 7. Untuk membantu pemenuhan kebutuhan nutrisi pasien 8. Nafsu makan yang baik dapat mempercepat penyembuhan pasien. 9. Membantu mempercepat penyembuhan
----	--------------------------------	---	---	--

3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Hari/Tgl	Masalah Keperawatan	Waktu	Implementasi	Paraf	Evaluasi formatif SOAPIE / Catatan perkembangan	Paraf
19-05-2021	1,2,3,4	11.00	- Melakukan pengkajian data serta observasi kepada pasien.	NORMA	DX 1: Hipovolemia (SDKI. D.0023) hal. 64 S: - Px mengatakan badanya lemah O: - Keadaan umum pasien tampak lemah - Mukosa bibir pasien kering - TTV: N: 118 x/menit S: 39°C A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan 1,2,4,5,6,7,8,9 DX 2: Hipertermia (SDKI. D.0130) hal. 284 S: P mengatakan badanya panas saat dipegang O: - Akral: Hangat, Basah, Merah	NORMA
	1	11.10	- Keadaan umum pasien tampak lemah, GCS 4/5, kesadaran composmentis	NORMA		
	2	11.13	- Akral: Hangat, basah, merah	NORMA		
	1,2,3,4	11.15	- Mengobservasi TTV: TD: 100/ 70 mmHg N: 130 x/menit S: 39,5°C RR: 20 x/menit	NORMA		
		11.16	- Rehidrasi pasien menggunakan RL 100cc/jam (33tmp)	NORMA		
	1,2	11.18	- Menganjurkan pasien memperbanyak asupan cairan, minum sebanyak 2000 cc/ 24 jam	NORMA		
	3	11.20	- Menganjurkan untuk melakukan kompres pada daerah lipatan tubuh dengan suhu air mengalir	NORMA		
	1,2	11.22	- Menganjurkan pasien untuk tetap tirah baring	NORMA		

	1,2	11.30	- Mengajarkan teknik nonfarmakologis (tarik napas dalam)	NORMA	- TTV: N: 118 x/menit S: 39°C RR: 20 x/menit	
	2	11.35	- Memberikan obat: Paracetamol 1 x 1 tab	NORMA		
	3	11.37	Inj. Antrain 500 mg/ IV Inj. Ondacentron 4 mg/ IV		A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan 1,2,3,8,9,10,11	
	2,4	12.00	- Menjelaskan dan mengajarkan untuk memonitor tanda perdarahan	NORMA		
			- Menganjurkan segera melaporkan jika melami perdarahan	NORMA	DX 3: Nyeri Akut (SDKI. D.0077) hal. 172	NORMA
		12.10	- Mengedukasi pasien agar tidak melakukan aktivitas yang menimbulkan pendarahan seperti gusi berdarah	NORMA	S: - Pasien mengatakan nyeri pada kepala	
	1	12.10	- Makan habis 4 sendok serta kurang nafsu makan	NORMA	P: Proses penyakit DHF Q: Tertusuk – tusuk R: Kepala S: 5 (0 - 10) T: Hilang timbul	
	1	12.15	- Pasien mengatakan berasa mual, mulut asam dan mengatakan kurang nafsu makan	NORMA		
	1,2	12.30	- Manganjurkan makan dalam jumlah kecil tapi sering	NORMA	- Pasien mengatakan kurang nafsu makan hanya 2 sendok	
			- Menganjurkan untuk istirahat tidur	NORMA	- Pasien mengatakan sering terbangun pada malam hari karena panas,	

	1	13.00	- Keadaan umum pasien tampak lemah, GCS 456, kesadaran composmentis, mukosa bibir kering	NORMA	nyeri kepala	
	2	13.03	- Pasien masih mengatkan badannya masih terasa panas	NORMA	O: - TTV: N: 118 x/menit	
	2	13.06	- Akral: hangat, basah, merah		A: Masalah belum teratasi	
	12,3,4	13.08	- Mengbservasi TTV: TD: 100/ 70 mmHg N: 120 x/menit S: 39°C RR: 20 x/menit	NORMA	P: Intervensi dilanjutkan 1,2,3,6,7,9,10,11,12 DX 4: Nausea (SDKI. D.0076) hal. 170	
	3	13.11	- Pasien mengatakan nyeri pada kepala serta nyeri pada tulang dan sendi P: Proses penyakit DHF Q: Tertusuk – tusuk R: Kepala serta tulang dan persendian S: 5 (0 - 10) T: Hilang timbul	NORMA	S: - Pasien mengatakan berasa mual, - Pasien mengatakan mulut pahit - Pasien mengatakan kurang nafsu makan hanya 2 sendok - Pasien mengatakan saat mencoba makan selalu seperti ingin muntah karena rasa makanan yang dirasakan hambar	NORMA
	1	13.15	- Memonitoring hasil lab : Trombosit : 96 10 ³ /µl	NORMA	O: - TTV: N: 118 x/menit A: Masalah belum teratasi	

					P: Intervensi dilanjutkan 1,2,3,5,6,8,9	
20-05-2021	1	07.00	- Keadaan umum pasien tampak lemah, GCS 456, kesadaran composmentis, mukosa bibir kering	NORMA	DX 1: Hipovolemia (SDKI. D.0023) hal. 64 S: -	Norma
	2 1,2,3,4	07.05 07.15	- Akral: Hangat, basah, merah - Mengobservasi TTV: TD: 110/ 70 mmHg N: 108 x/menit S: 37,5°C RR: 22 x/menit	NORMA	O: - Keadaan umum pasien tampak lemah - Mukosa bibir pasien kering - TTV: N: 98 x/menit S: 37,2°C	
	3	07.20	- Pasien mengatakan nyeri pada kepala serta nyeri pada tulang dan sendi berkurang P: Proses penyakit DHF Q: Tertusuk – tusuk R: Kepala serta tulang dan persendian S: 4 (0 - 10) T: Hilang timbul	NORMA	A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan 1,2,4,5,6,7,8,9 DX 2: Hipertermia (SDKI. D.0130) hal. 284 S: O:	NORMA
	3	07.30	- Pasien mengatakan belum bisa tidur	NORMA		

	2,4	08.00	- Memberikan obat: Paracetamol 3 x 1tab Inj. Antrain 500 mg/ IV Inj. Ondacentron 4 mg/ IV	NORMA	- Akral: Hangat, Basah, Merah - TTV: N: 98x/menit S: 37,5 °C RR: 22x/mnt A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan 1,2,3,8,10,11 DX: Nyeri Akut (SDKI D.0077)hal.172 S:	
	1,2	08.10	- Memonitoring pemberian obat ada alergi kemerahan	NORMA		
	4	08.30	- Makan habis 4 – 5 sendok serta kurang nafsu makan	NORMA		
	4	08.35	- Pasien mengatakan mual berkurang, mulut asam berkurang dan mengatakan kurang nafsu makan, serta untuk perasaan muntah sdh tidak ada	NORMA		NORMA
	1,2,3,4	11.00	- Keadaan umum pasien tampak lemah, GCS 456, kesadaran composmentis, mukosa bibir kering	NORMA	- Pasien mengatakan nyeri di kepala sudah mulai berkurang P: Proses penyakit DHF Q: Tertusuk- tusuk R: Kepala S: 3(0-10) T: Hilang timbul	
	2	11.30	- Pasien masih mengatakan badannya masih panas (sumer) ketika dipegang	NORMA		
	2	11.35	- Akral: hangat, basah, merah - Mengobservasi TTV: TD: 110 70 mmHg N: 95 x/menit S: 37,2°C RR: 20 x/menit	NORMA NORMA		
	1,2,3,4	11.40	- Pasien mengatakan nyeri pada kepala serta nyeri pada tulang dan sendi berkurang P: Proses penyakit DHF Q: Tertusuk – tusuk	NORMA	- Pasien mengatakan kurang nafsu makan hanya 4-5 sendok - Pasien mengatakan lebih sering tidur di sore hari O:	

	1	12.00	<p>R: Kepala serta tulang dan persendian S: 3 (0 - 10) T: Hilang timbul Memonitor hasil lab :Trombosit $115 \cdot 10^3/\mu\text{l}$</p>	<p>NORMA</p> <p>NORMA</p>	<p>TTV: N: 98x/menit - A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan 1,2,3,6,7,9,10,11,12</p> <p>DX 4: Nausea (SDKI. D.0076) hal. 170</p> <p>S: - Pasien mengatakan mual berkurang, - Pasien mengatakan mulut asam berkurang - Pasien mengatakan kurang nafsu makan hanya 4 sendok - Pasien mengatakan perasaan seperti muntah tidak ada</p> <p>O: - TTV: N: 98 x/menit A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan 1,2,3,5,6,8,9</p>	<p>NORMA</p>
--	---	-------	--	---	---	---------------------

21-05-2021	1	07.00	- Keadaan umum pasien tampaklemah, GCS 456, kesadaran composmentis, mukosa bibirnormal	NORMA	DX 1: Hipovolemia (SDKI. D.0023) hal. 64 S: - O: - Keadaan umum pasien tampak lemah - Mukosa bibir pasien kering - TTV: N: 95 x/menit S: 37,2°C A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan 1,2,4,5,6,7,8,9 DX 2: Hipertermia (SDKI. D.0130) hal. 284 S: O: - Akral: Hangat, Basah, Merah - TTV: N: 95x/menit S: 37,5 °C RR: 22x/mnt A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan 1,2,3,8,10,11	NORMA
	2 1,2,3,4	07.05	- Akral: Hangat, kering, merah	NORMA		
		07.15	- Mengobservasi TTV: TD: 110/ 84 mmHg N: 96 x/menit S: 37°C RR: 20 x/menit	NORMA		
	3	07.20	- Pasien mengatakan nyeri pada kepala berkurang P: Proses penyakit DHF Q: Tertusuk – tusuk R: Kepala serta tulang dan persendian S: 2 (0 - 10) T: Hilang timbul	NORMA		
		07.30	- Pasien mengatakan sdh bisatidur - Mengganti cairan dengan memasang infus RL 500 cc/ 24 jam (14 tpm)..	NORMA NORMA		
	3	08.00	- Memberikan obat: Inj. Antrain 500 mg/ IV Inj. Ondacentron 4 mg/ IV	NORMA		
	4		- Pasien mengatakan makan habis ½ porsi	NORMA		
	4	08.10	- Pasien mengatakan sdh tidak mual hanya bosan dengan makanan rs	NORMA		
1	08.30	- Keadaan umum pasien tampak	NORMA			

	2	08.35	lemah, GCS 456, kesadaran composmentis, mukosa bibir kering - Pasien masih mengatkan badannya sudah tidak panas	NORMA	DX: Nyeri Akut (SDKI D.0077)hal.172 S:	NORMA
	2		- Akral: hangat, kering, merah		- Pasien mengatakan nyeri di kepala sudah mulai berkurang	
	1,2,3	11.00	- Mengbservasi TTV: TD: 115/ 76 mmHg N: 97 x/menit S: 36,8°C		P: Proses penyakit DHF Q: Tertusuk- tusuk R: Kepala S: 3(0-10) T: Hilang timbul	
	3	11.30	RR: 20 x/menit - Pasien mengatakan nyeri pada kepala	NORMA	- Pasien mengatakan kurang nafsu makan hanya ½ porsi - Pasien mengatakan lebih sering tidur di sore hari	
		11.35	P: Proses penyakit DHF Q: Tertusuk – tusuk R: Kepala serta tulang dan persendian S: 1 (0 - 10) T: Hilang timbul		O: TTV: N: 95x/menit	
	1	12.00	- Memonitor masil lab :Trombosit : 151 10 ³ /µl	NORMA	- A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan 1,2,3,6,7,9,10,11,12 DX 4: Nausea (SDKI. D.0076) hal. 170 S: - Pasien mengatakan mual	NORMA

					<p>berkurang,</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien mengatakan mulut asam berkurang- Pasien mengatakan kurang nafsu makan hanya 1/2 porsi- Pasien mengatakan perasaan seperti muntah tidak ada <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none">- TTV: N: 95 x/menit <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan 1,2,3,5,6,8,9</p>	
--	--	--	--	--	---	--

