

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Dalam bab ini akan diuraikan laporan mengenai pelaksanaan asuhan keperawatan pada Nn. D dengan Dengue Hemorrhagic Fever, yang dirawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit DKT Gubeng Pojok Surabaya.

Adapun pelaksanaan asuhan keperawatan ini dilakukan melalui proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi hasil.

3.1 Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan kepada klien Nn. D pada tanggal 05 Mei 2014, dengan perolehan data sebagai berikut:

1. Biodata

Nama: Nn. D, umur 19 tahun, Alamat: Surabaya, Jenis Kelamin: perempuan, Pendidikan: SMA, Agama: Islam, suku/bangsa: Jawa/Indonesia, Pekerjaan: pelajar, Tanggal MRS: 05 Mei 2014, Diagnosa medis: DHF, Nomor Register: 0356XX.

2. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama

Klien mual, muntah: 4x

b. Riwayat Penyakit Sekarang

Pada tanggal 02 Mei 2014 badan panas turun naik terutama pada malam hari disertai menggigil dan batuk. Klien berobat di Puskesmas tapi tidak ada perubahan (klien lupa obat apa yang diberikan) dan panas meningkat serta tidak turun-turun

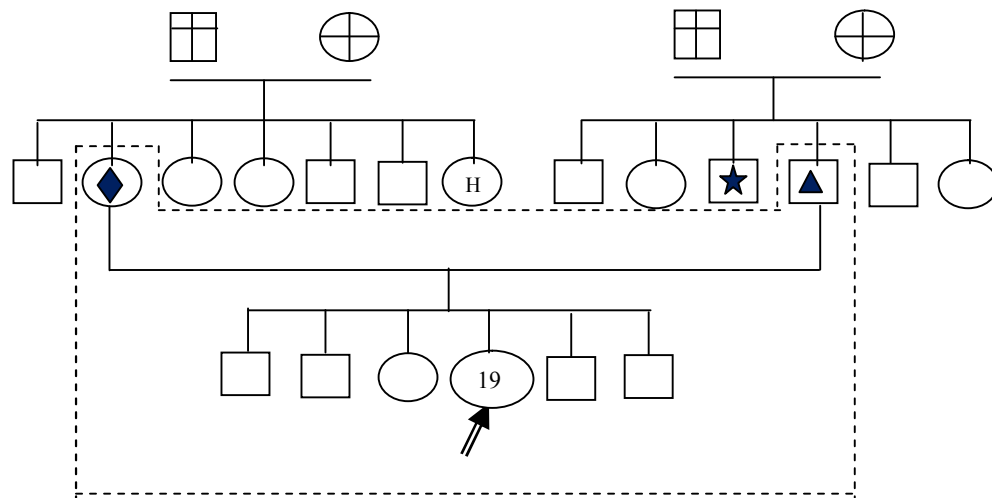
disertai dengan mual, muntah, nyeri ulu hati dan tidak ada selera makan sehingga klien dibawa ke Rumah Sakit pada tanggal 05 Mei 2014.

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Klien sebelumnya pernah menderita penyakit typhoid abdominalis pada tahun 2013 (\pm 12 bulan yang lalu), tetapi hanya berobat di Puskesmas dan dirawat di rumah.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga/Genogram

Dalam keluarga klien mempunyai penyakit keturunan yaitu Hipertensi, Diabetes Mellitus, dan Asma.



Keterangan :

- : Laki-laki
- : Perempuan
- ⊕ : Sudah meninggal dunia
- ↗ : Klien
- : Tinggal satu rumah
- ◆ : Hipertensi
- ★ : Diabetes Mellitus
- ▲ : Asma

e. Riwayat psikososial

Sehari-hari klien sebagai pelajar. Hubungan klien dengan keluarga baik, juga dengan masyarakat di sekitarnya.

3. Pola fungsi kesehatan

a. Pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat

Klien di rumah biasanya mandi 2 kali sehari, tetapi setelah badannya panas \pm 2 hari tidak mandi hingga kebersihan badan dan gigi serta mulut klien kurang bersih. Selama di rumah sakit Klien mandi dengan hanya diseka dengan bantuan orang tuanya sehari tiga kali.

b. Pola nutrisi dan metabolisme

Klien di rumah biasa makan 3X sehari, pagi jam 09.00, siang jam 13.00 dan malam jam 19.00 dengan porsi cukup banyak dan minum air putih \pm 1500 ml per hari. Klien setelah masuk ke Rumah Sakit tidak ada selera makan, mual dan muntah \pm 4x apabila makan. Selama ini klien tidak mempunyai pantangan / alergi terhadap makanan. Klien tidak mempunyai kesulitan dalam mengunyah dan menelan makanan, hanya saja perut langsung mual dan muntah apabila makan. Upaya klien untuk mengatasi masalah tersebut dengan minum air hangat. Saat di rumah sakit klien biasanya minum air putih \pm 400 ml per hari dan dipasang Infus D5% 1500cc/24 jam.

1) Antropometri: Berat badan : 35 kg, Tinggi badan : 150 cm.

2) Biochemical: Hemoglobin : 12 mg/dl, albumin 2,4 mg/dl.

3) Clinical sign: Klien mengeluh mual, bibir kering dan pecah-pecah, peristaltic usus 8 x/mnt, turgor kulit buruk, keadaan umum lemah.

4) Diit: Klien mengatakan tidak ada selera makan karena klien mengatakan muntah 4x dalam 10 jam.

c. Pola eliminasi

1) Eliminasi alvi

Klien mengatakan sebelum sakit buang air besar satu kali sehari dengan konsistensi lembek dan berwarna coklat. Sedangkancelama sakit, klien mengatakan tidak mempunyai kesulitan dalam buang air besar yaitu sebanyak 1-2 kali per/24 jam.

2) Eliminasi urine

Klien mengatakan sebelum sakit, buang air kecil antara lima sampai enam kali sehari dan berwarna kuning jernih. Sedangkan selama sakit, klien tidak mengalami kesulitan dalam buang air kecil dengan produksi urine 1500-2000 cc per/24 jam.

d. Pola istirahat dan tidur

Pada siang hari klien di rumah jarang tidur siang, hanya kadang-kadang saja. Malam hari pasien biasa tidur mulai pukul 19.30 WIB dan bangun paginya jam 08.30 WIB. Selama di rumah sakit klien tidur siang danterkadang sering terbangun karena suasana yang ramai saat jam berkunjung. Malam hari pasien biasa tidur mulai pukul 21.00 WIB dan bangun paginya jam 06.00 WIB.

e. Pola aktifitas dan latihan

Selain aktifitas klien sebagai pelajar, biasanya waktu senggang digunakan klien untuk membaca dan menonton TV. Selama di rumah sakit. Klien hanya tiduran saja diatas tempat tidur. Klien tidak berselera makan, karena mual dan muntah setiap

makan. Sedangkan untuk minum air, klien bisa menghabiskan ± 400 ml per 24 jam dengan bantuan keluarganya.

f. Pola persepsi dan konsep diri

Klien sehari-hari menggunakan bahasa Indonesia baik di sekolah maupun di rumah. Klien dapat berhubungan baik dengan keluarga maupun teman-temannya. Di rumah orang yang paling dekat dengan klien adalah ibunya. Selama di rumah sakit klien tidak dapat menjalankan perannya sebagai pelajar.

g. Pola sensori dan kognitif

Klien adalah seorang pelajar yang ceria dan mudah bergaul dengan teman dan lingkungannya. Pada saat masuk rumah sakit klien merasa cemas karena harus berpisah dari keluarganya dan suasana lingkungan rumah sakit yang asing karena ini pertama kali klien dirawat di rumah sakit.

h. Pola reproduksi seksual

Klien adalah seorang gadis remaja dengan karakteristik seks tergolong normal, riwayat pertumbuhan dan perkembangan fisik tidak ada kelainan.

i. Pola hubungan peran

Hubungan klien dengan anggota keluarga dan teman di lingkungan rumah maupun sekolah baik, dukungan keluarga aktif, dukungan kelompok / teman / masyarakat aktif, reaksi saat interaksi cukup kooperatif.

j. Pola penanggulangan stress

Klien merupakan anak yang tergolong aktif baik di rumah, lingkungan rumah, dan sekolah. Selama dirawat di rumah sakit klien menyatakan takut makan untuk menghindari nyeri perut, porsi yang disediakan tidak dihabiskan.

k. Pola tata nilai dan kepercayaan

Klien menganut agama Islam dan paling sering melaksanakan sholat magrib dan isya'. Selama dirawat di rumah sakit, klien masih dapat menjalankan ibadah sholat seperti biasanya.

4. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

- 1) Keadaan sakit : Sedang
- 2) Kesadaran : Compos mentis
- 3) Pernafasan : 16 x per menit
- 4) Nadi : 96 x per menit
- 5) Suhu : 39° C
- 6) Tensi : 90/60 mmHg
- 7) TB dan BB : 150 cm dan 35 kg

b. Pemeriksaan Sistematis

1) Pemeriksaan Kepala dan Leher

Bentuk kepala bulat, simetris, dan tidak ada benjolan, kulit kepala bersih tidak ada ketombe/lesi, tidak terlihat adanya peradangan. Rambut klien pendek dan lurus, berwarna hitam dengan distribusi rambut yang merata serta tidak mudah rontok. Struktur wajah lengkap dan simetris.

Pada mata terlihat bahwa mata kiri dan kanan simetris, tidak ada oedema/peradangan pada palpebrae, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor kiri dan kanan dengan diameter ± 3 mm, reflek cahaya

spontan, bentuk iris bulat dan berwarna hitam, ketajaman penglihatan emetrop 6/6 kiri dan kanan.

Pada hidung tidak ditemukan adanya kelainan dengan posisi septum nasi tegak lurus dan tidak ada pernafasan cuping hidung. Pada pemeriksaan telinga tidak ditemukan adanya kelainan, ukuran telinga kiri dan kanansama, pada lubang telinga ditemukan adanya sedikit serumen dan tidak ada tanda kemerahan / peradangan.

Pada mulut tampak bibir kering dan pecah-pecah, gusi tidak bengkak, gigi dalam keadaan lengkap, lidah tampak kotor diselimuti selaput putih, tonsil normal (T₁). Tidak ada pembesaran pada tiroid dan kelenjar lympa, serta tidak ada peningkatan vena jugularis, denyut nadi carotis teraba dan seirama dengan denyut jantung.

2) Pemeriksaan Integumen

Kulit klien terlihat kotor dan teraba hangat. Warna kulit sawo matang, turgor kulit buruk, tekstur kulit lembut dan teraba kering serta terdapat bintik-bintik merah pada kulit (petekie).

3) Pemeriksaan Thorak/Dada

Bentuk thorak terlihat simetris dengan frekuensi pernafasan 18 x/m dengan irama teratur. Tidak terlihat adanya tanda-tanda kesulitan bernafas. Pada palpasi didapatkan getaran suara (*vokal fremitus*) yang simetris kiri dan kanan. Pada perkusi didapatkan bunyi paru sonor dan auskultasi suara nafas terdengar suara pernafasan ronchi, *wheezing* dan krekels. Sedangkan pada pemeriksaan jantung batas jantung jelas yaitu batas atas jantung antara

intercostalis kedua dan ketiga, batas kanan jantung linea sternalis, batas kiri jantung *linea media-clavicularis* kiri. Bunyi jantung kedua dan ketiga terdengar jelas pada auskultasi dan tidak terdengar adanya suara tambahan gallop dan murmur.

4) Pemeriksaan Abdomen

Bentuk abdomen klien datar dan simetris, tidak tampak adanya benjolan/massa, bising usus terdengar 8 X/mnt, nyeri tekan daerah epigastrium, tidak teraba hepar dan lien, suara abdomen thympani.

5) Pemeriksaan Muskuloskeletal

Otot ekstremitas simetris, tidak ada oedema, kekuatan otot kiri dan kanansamadengan ekstremitas atas dan bawah dengan skor lima.

5. Pemeriksaan Penunjang

Tanggal 05 Mei 2014

Hemoglobin	11,9 gr%	(11,4gr%-15,1gr%)
Leukosit	10.600 per-mm ³	(4,3/mm ³ - 11,3/mm ³)
Trombosit	76.000 per-mm ³	(11,3x1000/UL mm ³)
Hematokrit	33 Vol %	(38 – 42 %)
Urinalisis :		
Berat jenis urine	1010	(1000– 1200)
Warna	Kuning jernih	(Kuning jernih)
pH	6	(7,35 – 7,54)

6. Penatalaksanaan / Terapi yang telah / sedang dan akan dilakukan

Tanggal 05 Mei 2014 Dextrose 5% 28 tetes/menit, Cefotaxime 3x1 gr, Acran 3x1 ampul, Primperan 3x1 ampul, Paracetamol 3x500 mg.

3.2 Analisis Data

Tanggal 05 Mei 2014

1. Data Subyektif: klien mengatakan muntah 4x dan badannya panas.

Data Obyektif: minum 400cc, produksi urine 2000cc, keadaan umum lemah, suhu: 39°C, bibir kering dan pecah-pecah, turgor kulit buruk, nadi: brachial dextra 96 x/mnt, tekanan darah: 90/60 mmHg.

Penyebab: Input cairan tidak adekuat

Masalah: Kekurangan volume cairan

Tanggal 05 Mei 2014

2. Data Subyektif: klien mengatakan badan panas, klien mengatakan sering haus dan menggigil

Data Obyektif: wajah kemerahan, bibir kering dan pecah-pecah, Leukosit: 10.600 / mm³, suhu: 39°C, nadi: brachial dextra 96 x/mnt, tekanan darah: 90/60 mmHg.

Penyebab: Proses peradangan

Masalah: Peningkatan suhu tubuh (febris)

Tanggal 05 Mei 2014

3. Data Subyektif: Klien mengatakan tidak ada selera makan.

Data Obyektif: Antropometri: Berat badan : 35 kg, Tinggi badan : 150 cm. Biochemical: Hemoglobin : 12 mg/dl, albumin 2,4 mg/dl. Clinical Sign: Klien mengatakan muntah 4x

dalam 10 jam, mengeluh mual, bibir kering dan pecah-pecah, peristaltic usus 8 x/mnt, turgor kulit buruk, keadaan umum lemah. Diet: tidak nafsu makan

Penyebab: Mual, muntah dan anoreksia

Masalah: Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

3.3 Diagnosa Keperawatan

Setelah melakukan pengkajian penulis membuat diagnosa keperawatan yang dapat diketahui pada tabel sebagai berikut:

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan input makanan dan cairan tidak adekuat serta output adekuat, ditandai dengan klien mengatakan muntah 4x dan badannya panas, tidak ada selera makan, infuse D5% 1500cc, minum 400 cc, produksi urine 2000 cc, keadaan umum lemah, suhu: 39°C, bibir kering dan pecah-pecah, turgor kulit buruk, nadi: brachial dextra 96 x/mnt, tekanan darah: 90/60 mmHg.
2. Peningkatan suhu tubuh (febris) berhubungan dengan proses peradangan, ditandai dengan klien mengatakan badan panas dan menggigil, wajah kemerahan, klien mengatakan sering haus, bibir kering dan pecah-pecah, Leukosit: 10.600 / mm³
3. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual, muntah dan anoreksia, ditandai dengan:
 - a. Antropometri: Berat badan : 35 kg, Tinggi badan : 150 cm
 - b. Biochemical: Hemoglobin : 12 mg/dl, albumin 2,4 mg/dl
 - c. Clinical Sign: Klien mengatakan muntah 4x dalam 10 jam, mengeluh mual, bibir kering dan pecah-pecah, peristaltic usus 8 x/mnt, turgor kulit buruk, keadaan umum lemah.

d. Diit:Klien mengatakan tidak ada selera makan.

3.3 Perencanaan Keperawatan

1. DiagnosaKeperawatan 1

Kekurangan volume cairan berhubungan dengan input makanan dan cairan tidak adekuat serta output adekuat, ditandai dengan klien mengatakan muntah 4x dan badannya panas, tidak ada selera makan, infuse D5% 1500cc, minum 400 cc, produksi urine 2000 cc, keadaan umum lemah, suhu: 39°C, bibir kering dan pecah-pecah, turgor kulit buruk, nadi: brachial dextra 96 x/mnt, tekanan darah: 90/60 mmHg.

a. Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan volume cairan seimbang.

Kriteria hasil:

- Bibir dan kulit lembab,
- Turgor kulit baik,
- Tanda-tanda vital dalam batas normal,
- Intake dan output seimbang.

b. Rencana tindakan:

1) Kaji status membran mukosa dan turgor kulit.

Rasional: Indikator keadekuatan volume sirkulasi.

2) Pantau keluaran urine dan perkiraan kehilangan cairan dari semua sumber.

Rasional:Kebutuhan penggantian cairan didasarkan pada kehilangan yang terjadi dan penurunan urine menandakan insifisiensi perfusi / hipovolemia pada renal.

3) Timbang berat badan.

Rasional: Perubahan berat badan tidak secara akurat mempengaruhi volume intravaskuler.

4) Anjurkan klien banyak minum \pm 3000 ml/hari

Rasional: Menambah penggantian parenteral terhadap cairan yang hilang.

5) Berikan cairan infus sesuai terapi dokter

Rasional: Memberikan perbaikan sirkulasi dan memperbaiki keseimbangan cairan.

2. Diagnosa Keperawatan 2

Peningkatan suhu tubuh (febris) berhubungan dengan proses peradangan, ditandai dengan klien mengatakan badan panas dan menggigil, wajah kemerahan, klien mengatakan sering haus, bibir kering dan pecah-pecah, Leukosit: $10.600 / \text{mm}^3$

a. Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam 1x24 jam diharapkan suhu dalam batas toleransi klien.

Kriteria hasil:

- Suhu tubuh dalam batas normal.
- Bibir dan kulit lembab.

b. Rencana tindakan:

1) Ukur suhu tubuh tiap jam dan bila badan terasa panas.

Rasional: Pola demam dapat membantu dalam diagnosis, suhu tubuh $38,9-41,1^{\circ}\text{C}$ menunjukkan infeksi akut.

2) Berikan kompres hangat pada daerah dahi dan axilla pada saat suhu meningkat ($> 37^{\circ}\text{C}$).

Rasional: Membantu mengurangi demam dengan mempermudah vasodilatasi.

3) Anjurkan klien banyak minum air putih ± 3000 ml/hari

Rasional: Menggantikan cairan tubuh yang hilang.

4) Anjurkan klien untuk memakai pakaian tipis dan menyerap keringat.

Rasional: Mempermudah proses penguapan dari permukaan kulit.

5) Berikan terapi: infus : Dextrose 5% 28 tetes/menit, Cefotaxime 3X1 gr, Acran 3X1 ampul, Primperan 3X1 ampul, Paracetamol 3X500 mg.

Rasional: Mengurangi demam dengan aksi sentral ke hipotalamus.

3. Diagnosa Keperawatan 3

Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual, muntah dan anoreksia, ditandai dengan:

A. Antropometri : Berat badan : 35 kg, Tinggi badan : 150 cm

B. Biochemical : Hemoglobin : 12 mg/dl, albumin 2,4 mg/dl

C. Clinical Sign : Klien mengatakan muntah 4x dalam 10 jam, mengeluh mual, bibir kering dan pecah-pecah, peristaltic usus 8 x/mnt, turgor kulit buruk, keadaan umum lemah.

D. Diit : Klien mengatakan tidak ada selera makan.

a. Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nutrisi sesuai kebutuhan tubuh.

Kriteria hasil:

A. Antropometri: Berat badan dan tinggi badan seimbang

B. Biochemical: Hemoglobin : 12 mg/dl, albumin 3,5mg/dl

C. Clinical Sign: Tidak mual dan muntah, bibir dan mukosa lembab, peristaltic usus 8 x/mnt, turgor kulit baik, keadaan umum baik.

D. Diet:Klien mengatakan tidak ada selera makan.

b. Rencana tindakan:

1) Kaji intake dan output (24 jam).

Rasional: Memberikan informasi tentang keadekuatan diet / penentuan kebutuhan nutrisi.

2) Timbang berat badan sesuai kebutuhan.

Rasional: Memberikan informasi kebutuhan diet dan keefektifan terapi.

3) Anjurkan klien untuk melakukan pembersihan pada mulut sesudah makan dan sebelum tidur.

Rasional:Mulut yang bersih dapat meningkatkan selera makan.

4) Anjurkan klien memakan makanan dalam porsi sedikit tapi sering dan makan selagi hangat.

Rasional:Mengurangi rasa penuh pada lambung dan mencegah nausea / vomiting.

5) Anjurkan klien untuk menjauhi makanan yang dapat merangsang muntah (misalnya makanan pedas dan asam).

Rasional:Menghindari terjadinya peningkatan produksi asam lambung (HCl) di dalam lambung.

6) Anjurkan keluhan untuk menambah penyedap makanan sesuai selera.

Rasional:Menimbulkan nafsu makan untuk meningkatkan pemasukan nutrisi.

7) Berikan diet lunak (bubur sesuai advis).

Rasional: Membantu mengurangi kelelahan dan meningkatkan asupan makanan karena mudah ditelan.

3.4 Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

Pelaksanaan Tanggal 05 Mei 2014:

1. Diagnosis Keperawatan 1

- a. Mengobservasi tanda vital; suhu: 39°C, nadi: brachial dextra 96 x/mnt, tekanan darah: 100/60 mmHg.
- b. Memantau keluaran urine; produksi urine 400cc / 6 jam.
- c. Melakukan pengukuran timbang berat badan; berat badan klien 35 kg.
- d. Menganjurkan klien untuk banyak minum air putih ± 3000 ml/hari; klien hanya dapat minum ± 1500cc oleh karena masih mual
- e. Memberikan cairan infus sesuai terapi dokter; D5% 28 tetes per menit
- f. Merawat luka tusukan infus dengan bethadin; sesuai SOP yang ada di ruang rawat inap
- g. Mengatur posisi klien semi-fowler; klien merasa lebih nyaman dengan posisi yang dianjurkan

2. Diagnosis Keperawatan 2

- a. Melakukan observasi tanda vital; suhu: 39°C, nadi: brachial dextra 96 x/mnt, tekanan darah: 100/60 mmHg.
- b. Memberikan kompres hangat pada daerah dahi; suhu klien: 39°C setelah dikompres klien merasa nyaman.

- c. Menganjurkan klien banyak minum air putih \pm 3000 ml/hari; klien hanya dapat minum \pm 1500cc oleh karena masih mual
 - d. Menganjurkan klien untuk memakai pakaian tipis dan menyerap keringat; klien memakai baju berbahan katun (kaos tipis).
 - e. Memberitahukan kepada klien untuk tidak memakai selimut yang tebal; klien merasa lebih nyaman
 - f. Memerikan terapi sesuai advis tim dokter; infus: Dextrose 5% 28 tetes/menit, Cefotaxime 3X1 gr, Acran 3X1 ampul, Primperan 3X1 ampul, Paracetamol 3X500 mg.
 - g. Melakukan skin test cefotaxime \pm 0,1 cc pada intracutan; hasil skin test negative terhadap reaksi alergi.
 - h. Melakukan uji tourniket
 - i. Mengambil darah \pm 0,5 cc untuk pemeriksaan Hb, Ht, Leuko, Trombo
3. Diagnosis Keperawatan 3
- a. Menimbang berat badan sesuai kebutuhan; hasil pengukuran berat badan klien: 35 kg.
 - b. Menganjurkan klien untuk melakukan pembersihan pada mulut sesudah makan dan sebelum tidur; klien merasa lebih nyaman.
 - c. Menganjurkan klien memakan makanan dalam porsi sedikit tapi sering dan makan selagi hangat; mengurangi rangsangan mual pada klien dan porsi yang disediakan dapat dihabiskan.
 - d. Menganjurkan klien untuk menjauhi makanan yang dapat merangsang muntah (misalnya makanan pedas dan asam); klien kooperatif terhadap saran yang diberikan.

- e. Menambah penyedap makanan sesuai selera klien; klien lebih berselera dalam menghabiskan porsi diit yang disediakan.
- f. Berikan diet lunak (bubur sesuai advis); membantu klien dalam memberikan meningkatkan motivasi untuk makan.

Pelaksanaan Tanggal 06 Mei 2014:

1. Diagnosis Keperawatan 1

- a. Mengobservasi tanda vital; suhu: 38°C, nadi: brachial dextra 96 x/mnt, tekanan darah: 110/70 mmHg.
- b. Memantau keluaran urine; produksi urine 600cc / 6 jam.
- c. Melakukan pengukuran timbang berat badan; berat badan klien 35 kg.
- d. Menganjurkan klien untuk banyak minum air putih ± 3000 ml/hari; klien hanya dapat minum ± 2000cc oleh karena masih mual
- e. Memberikan cairan infus sesuai terapi dokter; D5% 28 tetes per menit
- f. Merawat luka tusukan infus dengan bethadin; sesuai SOP yang ada di ruang rawat inap

2. Diagnosis Keperawatan 2

- a. Melakukan observasi tanda vital; suhu: 38°C, nadi: brachial dextra 96 x/mnt, tekanan darah: 110/70 mmHg.
- b. Memberikan kompres hangat pada daerah dahi; suhu klien: 38°C setelah dikompres klien merasa nyaman.
- c. Menganjurkan klien banyak minum air putih ± 3000 ml/hari; klien hanya dapat minum ± 2000cc oleh karena masih mual

- d. Menganjurkan klien untuk memakai pakaian tipis dan menyerap keringat; klien memakai baju berbahan katun (kaos tipis).
 - e. Memberitahukan kepada klien untuk tidak memakai selimut yang tebal; klien merasa lebih nyaman
 - f. Memerikan terapi sesuai advis tim dokter; infus: Dextrose 5% 28 tetes/menit, Cefotaxime 3X1 gr, Acran 3X1 ampul, Primperan 3X1 ampul, Paracetamol 3X500 mg.
 - g. Melakukan uji tourniket
 - h. Mengambil darah \pm 0,5 cc untuk pemeriksaan Hb, Ht, Leuko, Trombo
3. Diagnosis Keperawatan 3
- g. Menimbang berat badan sesuai kebutuhan; hasil pengukuran berat badan klien: 35 kg.
 - h. Menganjurkan klien untuk melakukan pembersihan pada mulut sesudah makan dan sebelum tidur; klien merasa lebih nyaman.
 - i. Menganjurkan klien memakan makanan dalam porsi sedikit tapi sering dan makan selagi hangat; mengurangi rangsangan mual pada klien dan porsi yang disediakan dapat dihabiskan $\frac{3}{4}$ porsi.
 - j. Menganjurkan klien untuk menjauhi makanan yang dapat merangsang muntah (misalnya makanan pedas dan asam); klien kooperatif terhadap saran yang diberikan.
 - k. Berikan diet lunak (bubur sesuai advis); membantu klien dalam memberikan meningkatkan motivasi untuk makan.

Pelaksanaan Tanggal 07 Mei 2014:

1. Diagnosis Keperawatan 1

- a. Mengobservasi tanda vital; suhu: 37.5°C, nadi: brachial dextra 98 x/mnt, tekanan darah: 110/70 mmHg.
 - b. Memantau keluaran urine; produksi urine 800cc / 6 jam.
 - c. Melakukan pengukuran berat badan; berat badan klien 35,5 kg.
 - d. Menganjurkan klien untuk banyak minum air putih ± 3000 ml/hari; klien hanya dapat minum ± 2500cc oleh karena masih mual
 - e. Memberikan cairan infus sesuai terapi dokter; D5% 21 tetes per menit
 - f. Merawat luka tusukan infus dengan bethadin; sesuai SOP yang ada di ruang rawat inap
2. Diagnosis Keperawatan 2
- a. Melakukan observasi tanda vital; suhu: 37.5°C, nadi: brachial dextra 98 x/mnt, tekanan darah: 110/70 mmHg.
 - b. Menganjurkan klien banyak minum air putih ± 3000 ml/hari; klien hanya dapat minum ± 2500cc oleh mual berkurang
 - c. Menganjurkan klien untuk memakai pakaian tipis dan menyerap keringat; klien memakai baju berbahan katun (kaos tipis).
 - d. Memberitahukan kepada klien untuk tidak memakai selimut yang tebal; klien merasa lebih nyaman
 - e. Memeriksa terapi sesuai advis tim dokter; infus: Dextrose 5% 21 tetes/menit, Cefotaxime 3X1 gr, Acran 3X1 ampul, Primperan 3X1 ampul, Paracetamol 3X500 mg.
 - f. Melakukan uji tourniket
3. Diagnosis Keperawatan 3

- a. Menimbang berat badan sesuai kebutuhan; hasil pengukuran berat badan klien: 35,5 kg.
- b. Menganjurkan klien untuk melakukan pembersihan pada mulut sesudah makan dan sebelum tidur; klien merasa lebih nyaman.
- c. Menganjurkan klien memakan makanan dalam porsi sedikit tapi sering dan makan selagi hangat; mengurangi rangsangan mual pada klien dan porsi yang disediakan dapat dihabiskan.
- d. Menganjurkan klien untuk menjauhi makanan yang dapat merangsang muntah (misalnya makanan pedas dan asam); klien kooperatif terhadap saran yang diberikan.
- e. Berikan diet lunak (bubur sesuai advis); membantu klien dalam memberikan meningkatkan motivasi untuk makan, klien menghabiskan porsi yang disediakan.

