

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

Dalam bab ini berisi dua klien dengan Dengue Haemorrhagic Fever di Ruang Ismail Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang yang menggunakan 5 proses keperawatan yaitu pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi

Dalam penelitian ini, lokasi penelitian berada di Rumah Sakit Siti Khodijah yang terletak di Jl. Pahlawan 260 Sepanjang Kota Sidoarjo dan Provinsi Jawa Timur. Rumah Sakit Siti Khodijah adalah rumah sakit swasta kelas B. Rumah sakit ini merupakan amal usaha persyarikatan Muhammadiyah cabang sepanjang yang didirikan pada tanggal 26 November 1967 sedangkan untuk Direktur rumah sakit saat ini adalah Dr. H. Muhammad Hamdan ,Sp.S(K).

Di rumah sakit ini tersedia tenaga medis dengan rincian Dokter Umum 13 Orang, Dokter Spesialis 48 Orang, Dokter Gigi 3 Orang, Perawat 139 Orang, Bidan 21 orang, Paramedis non perawat 59 Orang, Non Medis 123 Orang. Pelayanan Medis Medical Check Up, Dokter Umum, Dokter Gigi, Dokter Spesialis/ Sub-Spesialis, Anak, Bedah, Kebidanan & Kandungan, Penyakit Dalam, Syaraf, THT, Mata, Paru, Jantung, Bedah Tulang, Alergi, Rehabilitasi Medik. Pelayanan Penunjang terdapat Laboratorium Patologi Klinik, Laboratorium Patologi Anatomi, X-Ray, USG, ECG, Konsultasi Gizi, Farmasi.

Fasilitas ruangan terdapat UGD 24 Jam, Rawat Jalan, Rawat Inap, Kamar Bedah, ICU, NICU, dan ruang OK

MOTTO : Ikhlas dan Ihsan dalam pelayanan.

VISI : Terwujudnya Rumah Sakit Siti Khodijah

Sepanjang yang Unggul, Profesional, dan Paripurna

MISI : Menjadi rumah sakit yang unggul dalam kawasan regional Jawa Timur.

4.1.2 Pengkajian

1. Identitas

Tabel 4.1 Identitas Pasien 1 dan 2 dengan Diagnosa Medis DHF Di Ruang Ismail RS Siti Khodijah sepanjang pada bulan Juli 2016.

Kasus 1	Kasus 2
<p>An. M umur 5 tahun 2 bulan 8 hari tanggal lahir 18-05-2011 berjenis kelamin perempuan, tanggal MRS 25 Juli 2016 BB: 15kg, alamat Geluran rt.6 dengan diagnosa medis Dengue Haemorrhagic Fever derajat II ,sumber informasi keluarga klien.</p> <p>Identitas orang tua Nama ayah Tn. S nama ibu Ny. N pekerjaan ayah supir bus pekerjaan ibu sebagai ibu rumah tangga beragama Islam, suku / bangsa Jawa Indonesia ,alamat Geluran rt.6</p> <p>Tanggal pengkajian 26 Juli 2016 pukul 14.20</p>	<p>An. R umur 7 tahun 3 bulan 18 hari tanggal lahir 11-04-2009 berjenis kelamin laki laki, tanggal MRS 28 Juli 2016 BB: 27kg, rempelit test (+), alamat bebekan rt.3 dengan diagnosa medis Dengue Haemorrhagic Fever derajat I ,sumber informasi keluarga klien.</p> <p>Identitas orang tua Nama ayah Tn. P nama ibu Ny. R pekerjaan ayah penjual sepatu pekerjaan ibu membuka usaha laundry beragama Islam, suku / bangsa Jawa Indonesia ,alamat bebekan rt.3</p> <p>Tanggal pengkajian 29 Juli 2016</p>

	pukul 12.00
--	-------------

2. Riwayat Keperawatan

Tabel 4.2 Riwayat Keperawatan Pasien 1 dan 2 dengan Diagnosa Medis DHF Di Ruang Ismail RS Siti Khodijah sepanjang pada bulan Juli 2016.

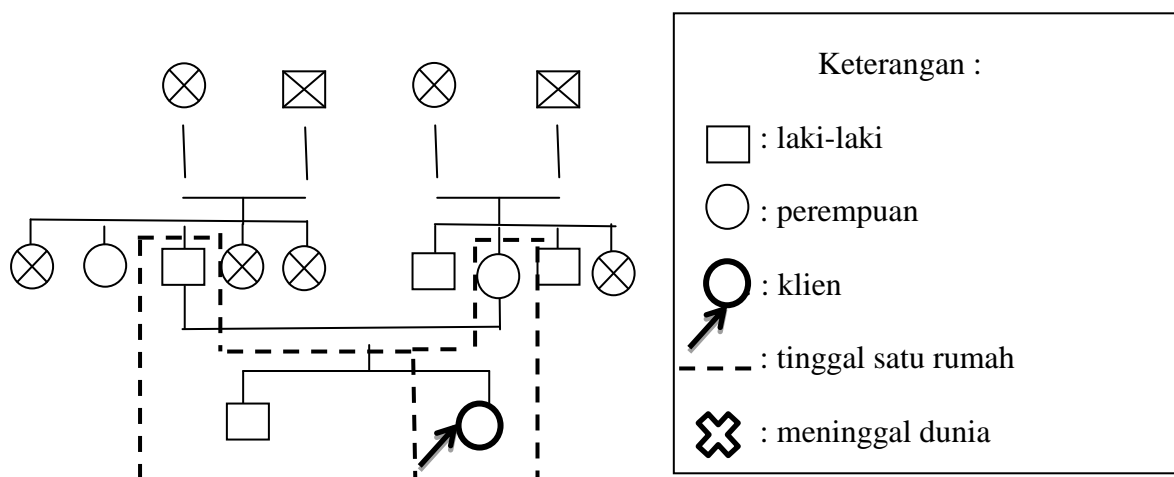
Riwayat Keperawatan	Kasus 1	Kasus 2
Keluhan utama :	Ibu klien mengeluh anaknya panas selama 3 hari	Ibu klien mengeluh anaknya panas selama 2 hari
Riwayat penyakit saat ini	Pada pengkajian riwayat penyakit saat ini pada klien pertama di ruang Pav. Ismail di dapatkan hasil sebagai berikut. Riwayat penyakit saat ini ibu klien mengatakan panas sejak tiga hari yang lalu dan muncul bintik bintik merah di tangan dan leher , klien sempat mimisan 1 kali sebelum dibawa ke rumah sakit , kemudian klien di bawa ke UGD Rumah Sakit Siti Khotijah pada tanggal 25 Juli 2016 jam 21.00 dengan suhu tubuh 39,5°C kemudian klien di sarankan untuk di opname di ruang Pav. Ismail dengan Diagnosa medis Dengue Hemorrhagic Fever grade II	Pada pengkajian riwayat penyakit saat ini pada klien pertama di ruang Pav. Ismail di dapatkan hasil sebagai berikut. Riwayat penyakit saat ini ibu klien mengatakan panas sejak dua hari yang lalu dan, klien muntah sebanyak 2 kali sebelum dibawa ke rumah sakit, tidak mimisan dan tidak ada perdarahan pada gusi , klien kemudian klien di bawa ke UGD Rumah Sakit Siti Khotijah pada tanggal 28 Juli 2016 jam 17.00 dengan suhu tubuh 39°C rempelit test Positif (+) kemudian klien di sarankan untuk di opname di ruang Pav. Ismail dengan Diagnosa medis Dengue Hemorrhagic Fever grade I

Riwayat kesehatan yang lalu	Ibu klien mengatakan penyakit yang pernah di derita yaitu demam, batuk, pilek, dan tidak pernah melakukan operasi dan tidak mempunyai alergi obat maupun makanan	Ibu klien mengatakan penyakit yang pernah di derita yaitu demam, batuk, pilek, dan tidak pernah melakukan operasi dan tidak mempunyai alergi obat maupun makanan
Imunisasi	Pada klien pertama ibu klien mengatakan imunisasi lengkap BCG 1x, Polio 4x,	Pada klien kedua ibu klien mengatakan imunisasi lengkap BCG 1x, Polio 4x,
Penyakit yang pernah di derita oleh anggota keluarga	Pada riwayat kesehatan keluarga di dapatkan data ibu klien mengatakan tidak ada keluarga klien yang menderita diabetes mellitus, hipertensi, HIV, TBC dan alergi.	Pada riwayat kesehatan keluarga di dapatkan data ibu klien mengatakan ayah klien menderita diabetes dan tidak ada keluarga klien yang menderita, hipertensi, HIV, TBC dan alergi.
Lingkungan rumah dan komunitas	Ibu klien mengatakan anak tinggal bersama orang tua, di rumah tinggal satu kamar, dengan jumlah 2 kamar, 1 kamar mandi dan WC, 1 dapur, 1 ruang tamu, tempat penerangan dan ventilasi cukup, tempat pembuangan sampah berjarak 1 m dari rumah, rumah dekat dengan jalan raya.	Ibu klien mengatakan anak tinggal bersama orang tua, di rumah tinggal di kamar berbeda, dengan jumlah 3 kamar, 1 kamar mandi dan WC, 1 dapur, 1 ruang tamu, tempat penerangan dan ventilasi cukup, tempat pembuangan sampah berjarak 0.5 m dari rumah.
Perilaku yang mempengaruhi	Ibu klien mengatakan anak suka bermain sepeda di dekat rumahnya dan ibu klien sering menngantungkan baju selama	Ibu klien mengatakan ibu klien sering menngantungkan baju selama berhari-hari untuk usaha laundrynya dan

	berhari-hari, menguras bak mandi satu bulan sekali.	menyimpan air untuk tendon usaha laundry, Menguras bak mandi 2x dalam 1 bulan.
Persepsi keluarga terhadap penyakit anak	Pada klien pertama ibu klien mengatakan cemas akan penyakit anaknya dan tidak ingin anaknya sakit seperti ini lagi dan ingin cepat sembuh dan berkumpul bersama keluarganya.	Pada klien kedua ibu klien mengatakan tidak ingin anaknya sakit seperti ini lagi dan ingin cepat sembuh dan pulang k rumah.
Riwayat pertumbuhan dan perkembangan	Ibu klien mengatakan BB saat ini 15 kg tinggi badan 110 cm, BB lahir 3200gr, BB sebelum sakit 15 kg.	Ibu klien mengatakan BB saat ini 27 kg tinggi badan 130 cm, BB lahir 3500gr, BB sebelum sakit 27 kg

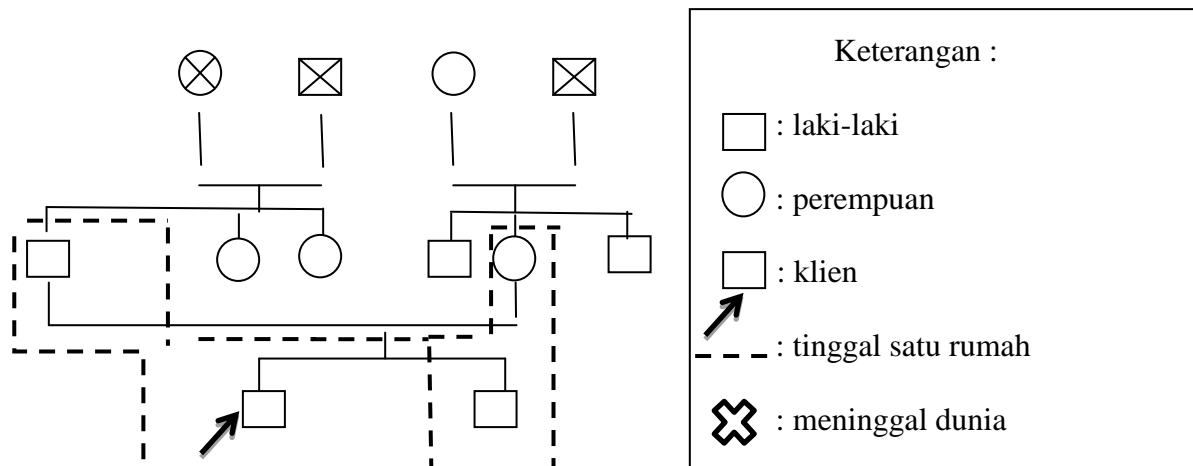
3. Genogram

Genogram kasus 1



Gambar 4.1 Genogram Kasus 1

Genogram Kasus 2



Gambar 4.2 Genogram Kasus 2

4. Riwayat Antenatal

Tabel 4.3 Riwayat Antenatal Pasien 1 dan 2 dengan Diagnosa Medis DHF Di Ruang Ismail RS Siti Khodijah sepanjang pada bulan Juli 2016.

Riwayat antenatal	Kasus 1	Kasus 2
Riwayat antenatal.	Ibu klien mengatakan selama kehamilan 3 bulan sekali ibu memeriksakan kehamilan ke bidan selama hamil, ibu tidak ada riwayat HT, ibu tidak mempunyai penyakit DM, tidak mengalami keputihan, gatal ataupun berbau, selama kehamilan nafsu makan ibu cukup banyak.	Ibu klien mengatakan selama kehamilan 3 bulan sekali ibu memeriksakan kehamilan ke puskesmas selama hamil, ibu tidak ada riwayat HT, ibu tidak mempunyai penyakit DM, tidak mengalami keputihan, gatal ataupun berbau, selama kehamilan nafsu makan ibu cukup banyak.
Riwayat intranatal	Pada klien pertama ibu klien mengatakan ibu melahirkan di bidan terdekat dengan	Pada klien kedua ibu klien mengatakan ibu melahirkan di RS. Siti khodijah Sepanjang, ibu

	rumahnya, ibu mengatakan BB bayi lahir 3200.gr dan melahirkan dengan normal.	mengatakan BB bayi lahir 3500.gr dan melahirkan dengan normal.
Riwayat post natal	Pada klien pertama tidak ada masalah keperawatan.	Pada klien kedua tidak ada masalah keperawatan.

5. pola fungsi kesehatan

Tabel 4.4 Pola Fungsi Kesehatan Pasien 1 dan 2 dengan Diagnosa Medis DHF Di Ruang Ismail RS Siti Khodijah sepanjang pada bulan Juli 2016.

Pola fungsi kesehatan.	Kasus 1	Kasus 2
Pola penatalaksanaan kesehatan / presepsi sehat	<p>Smrs: Ibu klien mengatakan selalu menjaga kebersihan lingkungan dan klien dimandikan sehari 2kali , sikat gigi 2kali sehari, mencuci rambut 3kali seminggu.</p> <p>Mrs: ibu klien mengatakan px hanya di seka 2kali sehari , menggosok gigi dan klien belum mencuci rambut saat ada di rumah sakit.</p> <p>Tidak ada masalah keperawatan.</p>	<p>Smrs: Ibu klien mengatakan selalu menjaga kebersihan lingkungan dan klien mandi sehari 2kali , sikat gigi 2kali sehari, mencuci rambut 2kali seminggu.</p> <p>Mrs: ibu klien mengatakan px hanya di seka 2kali sehari , menggosok gigi dan klien belum mencuci rambut saat ada di rumah sakit.</p> <p>Tidak ada masalah keperawatan.</p>
Pola nutrisi-metabolik:	<p>Smrs: ibu klien mengatakan sebelum sakit klien mau makan 3 kali sehari dengan lauk pauk dan sayur, dan</p>	<p>Smrs: ibu klien mengatakan sebelum sakit klien mau makan 3 kali sehari dengan lauk pauk dan sayur,</p>

	<p>minum susu sebelum tidur</p> <p>Mrs: ibu klien mengatakan klien mau makan 3kali sehari tetapi satu porsi tidak habis karena nafsu makan menurun dan ada mual jika di paksakan dan klien muntah 1kali kurang lebih 100cc .dan minum kurang lebih 800cc per hari</p> <p>Masalah keperawatan : defisit volume cairan</p> <p>resiko nutrisi kurang dari kebutuhan</p>	<p>Mrs: ibu klien mengatakan klien mau makan 3kali sehari tetapi satu porsi tidak habis karena nafsu makan menurun dan ada mual jika di paksakan dan klien muntah 2kali kurang lebih 200cc . dan minum kurang lebih 1000cc per hari.</p> <p>Masalah keperawatan : defisit volume cairan</p> <p>resiko nutrisi kurang dari kebutuhan</p>
Pola Eliminasi	<p>Eliminasi alvi</p> <p>Smrs: ibu klien mengatakan saat di rumah klien buang air besar rutin 1kali sehari dengan konsistensi lunak , warna kuning dan bau khas.</p> <p>Mrs: ibu klien mengatakan klien belum buang air besar saat di rawat dirumah sakit pada hari ke 2 dirawat.</p> <p>Eliminasi urin :</p> <p>Smrs: ibu klien mengatakan klien kurang air kurang lebih 9kali dalam sehari warna kuning jernih dan bau khas dengan jumlah kurang lebih 1200ml</p> <p>Mrs: ibu klien mengatakan saat dirumah sakit klien bak</p>	<p>Eliminasi alvi</p> <p>Smrs: ibu klien mengatakan saat di rumah klien buang air besar rutin 1kali sehari dengan konsistensi lunak , warna kuning dan bau khas.</p> <p>Mrs: ibu klien mengatakan klien belum buang air besar saat di rawat dirumah sakit pada hari ke 2 dirawat.</p> <p>Eliminasi urin :</p> <p>Smrs: ibu klien mengatakan klien kurang air kurang lebih 10kali dalam sehari warna kuning jernih dan bau khas dengan jumlah kurang lebih 1500ml</p> <p>Mrs: ibu klien mengatakan saat dirumah sakit klien bak</p>

	<p>8kali , dengan jumlah kira kira 1000 ml dengan warna kuning jernih , bau khas dan klien tidak terpasang kateter dan tidak ada nyeri saat bak.</p> <p>Mk: tidak ada masalah keperawatan.</p>	<p>7kali , dengan jumlah kira kira 1200 ml dengan warna kuning jernih , bau khas dan klien tidak terpasang kateter dan tidak ada nyeri saat bak.</p> <p>Mk: tidak ada masalah keperawatan.</p>
Pola istirahat dan tidur	<p>Smrs: ibu klien mengatakan saat dirumah tidur siang kurang lebih 3jam dan saat malam kurang lebih 10 jam ,klien tidur nyenyak dan terbangun saat ingin bak.</p> <p>Mrs: ibu klien mengatakan saat dirumah sakit klien tidur siang 4jam dan 10 jam saat malam hari , klien juga tidur dengan nyenyak terbangun saat malam hanya saat ingin bak.</p>	<p>Smrs: ibu klien mengatakan saat dirumah tidur siang kurang lebih 2jam dan saat malam kurang lebih 9 jam ,klien tidur nyenyak dan jarang terbangun saat tidur malam.</p> <p>Mrs: ibu klien mengatakan saat dirumah sakit klien tidur siang 3jam dan 10 jam saat malam hari , klien juga tidur dengan nyenyak .</p>
Pola aktifitas – latihan	<p>Smrs: ibu klien mengatakan saat dirumah klien sangat aktif dan bermain bersama temannya maupun saat di taman kanak kanak.</p> <p>Mrs: ibu klien mengatakan saat di rumah sakit klien lebih banyak menghabiskan waktu di atas tempat tidur dan bermain boneka yang dibawakan oleh ibunya</p>	<p>Smrs: ibu klien mengatakan saat dirumah klien sangat aktif dan bermain bersama temannya sebayanya</p> <p>Mrs: ibu klien mengatakan saat di rumah sakit klien lebih banyak menghabiskan waktu di atas tempat tidur</p> <p>Mk: tidak ada masalah keperawatan.</p>

	Mk: tidak ada masalah keperawatan.	
Pola – kognitif – preseptual – keadekuatan alat sensori	Ibu klien mengatakan belum memahami penyakit anaknya dan ibu Klien mengatakan tidak ada gangguan pada fungsi panca indra klien. Mk: tidak ada masalah keperawatan.	Ibu klien mengatakan belum memahami penyakit anaknya dan ibu Klien mengatakan tidak ada gangguan pada fungsi panca indra klien. Mk:tidak ada masalah keperawatan.
Konsep diri	<p>Gambaran diri</p> <p>Ibu klien mengatakan klien adalah murid tk di taman kanak kanak dekat tempat ia tinggal.</p> <p>Harga diri</p> <p>Klien mengatakan ingin lagi bersekolah seperti biasa dan ingin bermain bersama teman temannya.</p> <p>Ideal diri</p> <p>Ibu klien mengatakan ingin anaknya cepat sembuh dari penyakitnya dan pulang kerumah berkumpul bersama keluarga dan tetangganya.</p> <p>Peran diri</p> <p>Ibu klien mengatakan klien adalah anak yang aktif di sekolahnya dan menjadi anak yang baik untuk orang tuanya.</p>	<p>Gambaran diri</p> <p>Ibu klien mengatakan klien adalah murid sekolah dasar di Sekolah Dasar Negeri</p> <p>Harga diri</p> <p>Klien mengatakan ingin lagi bersekolah seperti biasa dan ingin bermain bersama teman temannya.</p> <p>Ideal diri</p> <p>Ibu klien mengatakan tidak ingin anaknya mengalami penyakit seperti ini lagi dan ingin anaknya cepat sembuh dan cepat pulang kerumah .</p> <p>Peran diri</p> <p>Ibu klien mengatakan klien adalah anak yang aktif di sekolahnya dan menjadi anak yang baik untuk orang tuanya.</p>

	<p>Identitas diri</p> <p>Klien berjenis kelamin perempuan dan berumur 5 tahun. Sudah sekolah tingkat tk di taman kanak kanak.</p> <p>Mk: tidak ada masalah keperawatan.</p>	<p>Identitas diri</p> <p>Klien berjenis kelamin perempuan dan berumur 7 tahun. Sudah sekolah tingkat Sekolah Dasar</p> <p>Mk: tidak ada masalah keperawatan.</p>
Pola reproduksi seksual	Klien berjenis kelamin perempuan berumur 5 tahun 2 bulan 8 hari.	Klien berjenis kelamin laki-laki berumur 7 tahun 3 bulan 18 hari.
Pola hubungan peran	Ibu klien mengatakan saat dirumah ia menjalin hubungan baik dengan keluarga maupun saudara , dan saat dirumah sakit ia menjalin hubungan yang baik dengan perawat, dokter maupun tenaga kesehatan lainnya meskipun terkadang klien merasa takut dengan petugas medis. Mk: tidak ada masalah keperawatan.	Ibu klien mengatakan saat dirumah ia menjalin hubungan baik dengan keluarga maupun saudara , dan saat dirumah sakit ia menjalin hubungan yang baik dengan perawat, dokter maupun tenaga kesehatan lainnya. Mk: tidak ada masalah keperawatan.
Mekanisme koping	Ibu klien mengatakan saat ada masalah klien selalu bercerita kepada ibunya. Mk: tidak ada masalah keperawatan	Ibu klien mengatakan saat ada masalah klien selalu bercerita kepada ibunya dan neneknya Mk: tidak ada masalah keperawatan
Pola tata nilai	Ibu klien mengatakan saat	Ibu klien mengatakan saat

kepercayaan	dirumah klien mengaji tiap sore bersama teman temannya.dan saat dirumah sakit klien hanya berdoa untuk kesembuhan penyakitnya. Mk: tidak ada masalah keperawatan	dirumah klien belajar menjalankan sholat 5 waktu bersama keluarganya dan saat di rumah sakit klien hanya berdoa untuk kesembuhan penyakitnya. Mk: tidak ada masalah keperawatan
-------------	---	--

6. Pemeriksaan fisik

Tabel 4.5 Pemeriksaan Fisik Pasien 1 dan 2 dengan Diagnosa Medis DHF Di Ruang Ismail RS Siti Khodijah sepanjang pada bulan Juli 2016.

Kasus 1	Kasus 2
TTV : Suhu : 38 °C TD : - RR :22x / menit Nadi : 110x/ menit	TTV : Suhu : 38,5 °C TD : - RR :20x / menit Nadi : 100x/ menit

7. Pemeriksaan head to toe

Tabel 4.6 Pemeriksaan head to toe Pasien 1 dan 2 dengan Diagnosa Medis DHF Di Ruang Ismail RS Siti Khodijah sepanjang pada bulan Juli 2016.

Pemeriksaan Head To Toe	Kasus 1	Kasus 2
Kepala	Bentuk kepala simetris, rambut berwarna hitam tidak berketombe, tidak ada lesi pada kepala, tidak ada nyeri tekan pada kepala.	Bentuk kepala simetris, rambut berwarna hitam tidak berketombe, tidak ada lesi pada kepala, tidak ada nyeri tekan pada kepala.

Muka	Bentuk muka simetris, tidak ada odema, tidak ada nyeri tekan , dan terpasang kompres pada dahi klien.	Bentuk muka simetris, tidak ada odema, tidak ada nyeri tekan , dan terpasang kompres pada dahi klien.
Mata	Tidak ada odema pada mata, dan pengelihatn normal, tidak ada nyeri tekan.	Tidak ada odema pada mata, dan pengelihatn normal, tidak ada nyeri tekan.
Telinga	Pendengaran tidak ada gangguan, bentuk simetris, tidak ada odema maupun nyeri tekan, tidak terdapat serumen.	Pendengaran tidak ada gangguan, bentuk simetris, tidak ada odema maupun nyeri tekan, tidak terdapat serumen
Hidung	Bentuk hidung simetris, tidak ada nyeri tekan, tidak ada lesi, tidak ada secret pada hidung, tidak ada polip, ad mimisan 1x pada hidung.	Bentuk hidung simetris, tidak ada nyeri tekan, tidak ada lesi, tidak ada secret pada hidung, tidak ada polip.
Mulut dan faring	Mukosa bibir kering , tidak ada nyeri tekan maupun odema pada bibir , gigi klien gigis pada bagian depan.	Mukosa bibir kering , tidak ada nyeri tekan maupun odema pada bibir , gigi klien rata, tidak ada perdarahan pada gusi.
Leher	Bentuk simetris , terdapat bintik bintik merah pada leher, tidak ada kelenjar tyroid, dan tidak ada nyeri tekan.	Bentuk simetris , tidak ada kelenjar tyroid, dan tidak ada nyeri tekan.
Thorak	Inspeksi antara dada kanan dan dada kiri simetris, tidak ada benjolan di area dada, tidak ada bekas operasi dan ada	Inspeksi antara dada kanan dan dada kiri simetris, tidak ada benjolan di area dada, tidak ada bekas operasi dan ada

	<p>sebagian bintik bintik merah.</p> <p>Palpasi</p> <p>gerakan dada simetris tidak ada lesi</p> <p>Perkusi</p> <p>suara jantung redup , suara paru sonor</p> <p>auskultasi</p> <p>tidak ada suara tambahan wheezing (-) , ronchi (-)</p>	<p>sebagian bintik bintik merah.</p> <p>Palpasi</p> <p>gerakan dada simetris tidak ada lesi</p> <p>Perkusi</p> <p>suara jantung redup , suara paru sonor</p> <p>auskultasi</p> <p>tidak ada suara tambahan wheezing (-) , ronchi (-)</p>
Abdomen	<p>Inspeksi</p> <p>Tidak ada lesi, tidak ada bekas operasi, bentuk normal, tidak ada acites.</p> <p>Palpasi</p> <p>tidak ada masa pada perut, tidak ada benjolan dan tidak ada nyeri tekan</p> <p>Perkusi</p> <p>suara perkusi : tympani.</p> <p>auskultasi</p> <p>bising usus normal 14x/menit</p>	<p>Inspeksi</p> <p>Tidak ada lesi, tidak ada bekas operasi, bentuk normal, tidak ada acites.</p> <p>Palpasi</p> <p>tidak ada masa pada perut, tidak ada benjolan dan tidak ada nyeri tekan</p> <p>Perkusi</p> <p>suara perkusi : tympani.</p> <p>auskultasi</p> <p>bising usus normal 12x/menit</p>
Inguinal, genitalia, anus	<p>Inguinal : bersih tidak ada lesi dan tidak ada nyeri tekan.</p> <p>Genitalia: tampak bersih tidak terpasang pampers maupun kateter.</p> <p>Anus: bersih tidak ada hemoroid.</p>	<p>Inguinal : bersih tidak ada lesi dan tidak ada nyeri tekan.</p> <p>Genitalia: tampak bersih tidak terpasang pampers maupun kateter.</p> <p>Anus: bersih tidak ada hemoroid.</p>
Integument.	Warna kulit kuning langsung,	Warna kulit sawo matang,

	turgor kulit < 3 detik, akral hangat kering , merah, Terdapat bintik bintik merah.	turgor kulit < 3 detik, akral hangat kering , merah, terdapat bintik bintik merah, rampelit test (+) Saat berada di UGD.												
Muskuloskeletal dan neurologis	<p>Sistem Muskuloskeletal</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">dextra</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">sinistra</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">0</td> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">0</td> </tr> </table> <p>Keterangan : 0 : normal /: meningkat atau menurun.</p> <p>Turgor kulit baik, S: 38°C , pucat, tidak sianosis, ADL dibantu keluarga, tidak ada odema, warna kulit kuning langsung, ekstremitas atas dan bawah masih dapat digerakkan dengan baik, mk : tidak ada masalah keperawatan.</p>	dextra	sinistra	0	0	0	0	<p>Sistem Muskuloskeletal</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">dextra</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">sinistra</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">0</td> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">0</td> </tr> </table> <p>Keterangan : 0 : normal /: meningkat atau menurun.</p> <p>Turgor kulit baik, S: 38,5°C , pucat, tidak sianosis, ADL dibantu keluarga, tidak ada odema, warna kulit sawo matang, ekstremitas atas dan bawah masih dapat digerakkan dengan baik, mk : tidak ada masalah keperawatan.</p>	dextra	sinistra	0	0	0	0
dextra	sinistra													
0	0													
0	0													
dextra	sinistra													
0	0													
0	0													

8. Hospitalisasi

Tabel 4.7 Hospitalisasi Pasien 1 dan 2 dengan Diagnosa Medis DHF Di Ruang Ismail RS Siti Khodijah sepanjang pada bulan Juli 2016.

Hospitalisasi	Kasus 1	Kasus 2
Ekspresi efek dan emosi	Klien terlihat rewel dan menangis saat di wawancarai karena takut dengan petugas medis.	Klien terlihat tenang dan saat di wawancarai
Hubungan dengan keluarga	Ibu mengatakan hubungan klien dan keluarga sangat akrab apalagi dengan kakaknya , klien sering menanyakan keberadaan kakaknya	Ibu mengatakan hubungan klien dan keluarga sangat akrab apalagi dengan adiknya.

9. Pemeriksaan Penunjang

Tabel 4.8 Pemeriksaan Penunjang Pasien 1 dan 2 dengan Diagnosa Medis DHF Di Ruang Ismail RS Siti Khodijah sepanjang pada bulan Juli 2016.

Pemeriksaan	Kasus 1	Kasus 2	Nilai normal
Darah lengkap	25 Juli 2016	28 Juli 2016	Nilai normal
	Hasil	Hasil	
Hb	11.8	12.8	11.5-18.00 g/dl
WBC	11.400	10.800	4.000-11.000/cmm
RBC	4,2 juta/cmm	5,0 juta/cmm	3,5-6,0 juta/cmm
Trombosit	45.000	75.000	150.000-450.000/cmm
HCT	49%	45%	33-50 %

Darah lengkap	26 Juli 2016 Hasil	29 Juli 2016 Hasil	Nilai normal
Hb	11.5	12.3	11.5-18.00 g/dl
WBC	11.200	10.400	4.000-11.000/cmm
RBC	4,2 juta/cmm	5,0 juta/cmm	3,5-6,0 juta/cmm
Trombosit	65.000	85.000	150.000- 450.000/cmm
HCT	49%	45%	33-50 %
Darah lengkap	27 Juli 2016 Hasil	30 Juli 2016 Hasil	Nilai normal
Hb	11.5	12.0	11.5-18.00 g/dl
WBC	11.100	10.500	4.000-11.000/cmm
RBC	4,0 juta/cmm	5,3 juta/cmm	3,5-6,0 juta/cmm
Trombosit	75.000	90.000	150.000- 450.000/cmm
HCT	45%	40%	33-50 %

10. Terapi

Tabel 4.9 Terapi Pasien 1 dan 2 dengan Diagnosa Medis DHF Di Ruang Ismail RS Siti Khodijah sepanjang pada bulan Juli 2016.

Kasus 1	Kasus 2
Infus RL 1500 /24jam , injeksi antrain 3x 150 mg / iv , injeksi ranitidine 2x 15g / iv , syrup appialis 2x1 cth.	Infus RL 2000cc/ 24jam , injeksi antrain 3x 300 mg / iv , injeksi ranitidine 2x 25g / iv , injeksi Ondacentron 2x 2,5g / iv.

4.1.3 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.10 diagnosa keperawatan Pasien 1 dan 2 dengan Diagnosa Medis DHF Di Ruang Ismail RS Siti Khodijah sepanjang pada bulan Juli 2016.

No.	Kasus 1	Kasus 2
1.	Defisit volume cairan berhubungan dengan pindahnya cairan intravaskuler ke ekstrasvaskuler.	Defisit volume cairan berhubungan dengan pindahnya cairan intravaskuler ke ekstrasvaskuler.
2.	Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi virus.	Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi virus.
3.	Resiko nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan hilangnya nafsu makan.	Resiko nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan hilangnya nafsu makan.
4.	Perdarahan berhubungan dengan Trombositopenia	Resiko Perdarahan berhubungan dengan Trombositopenia

4.1.4 Analisa Data

Tabel 4.11 Analisa Data Pasien 1 dan 2 dengan Diagnosa Medis DHF Di Ruang Ismail RS Siti Khodijah sepanjang pada bulan Juli 2016.

Dx 1	Klien 1	Klien 2
DS	26 juli 2016 Ibu klien mengatakan klien lemas , rewel, tidak nafsu makan; malas minum 800cc/24jam , badannya masih hangat, muntah 1x -+100cc	29 Juli 2016 Ibu klien mengatakan klien lemas , rewel, tidak nafsu makan; malas minum 1000cc/24jam , badannya masih hangat, muntah 2x -+ 200cc
DO:	Keadaan umum klien Nampak lemah , kesadaran komposmentis ,mukosa bibir kering, turgor kulit <3 detik, mendapat infuse RL	Keadaan umum klien Nampak lemah , kesadaran komposmentis ,mukosa bibir kering, turgor kulit <3 detik, mendapat infuse RL

	<p>1500cc/ 24jam</p> <p>penghitungan blance cairan.</p> <p>Input cairan:</p> <p>Minum :800 cc</p> <p>Infus :1500 cc</p> <p>AM: $8-8,5\text{cc} \times 15\text{kg} = 119,5\text{cc}$</p> <p>TOTAL 2419 ,5cc</p> <p>Out put cairan:</p> <p>Muntah :100 cc</p> <p> Urin :1000cc</p> <p>IWL: $(30-5 \text{ tahun}) \times 15 \text{ kg} = 375\text{cc}$</p> <p>TOTAL : $100\text{cc}+1000\text{cc}+ 375\text{cc} = 1475 \text{ cc}$</p> <p>Balance cairan = Intake cairan – Output Cairan</p> <p>$2419,5 \text{ cc} - 1475 \text{ cc} = 944,5 \text{ cc}$</p> <p>Sekarang menghitung balance cairannya suhu An M 38°C yang perlu diperhatikan adalah penghitungan IWL pada kenaikan suhu gunakan rumus:</p> <p>$\text{IWL} + 200 (\text{Suhu Tinggi} - 36,8^\circ\text{C})$ $36,8^\circ\text{C}$ adalah konstanta.</p> <p>IWL An m</p> <p>$= 375 + 200 (38^\circ\text{C} - 36,8^\circ\text{C})$</p>	<p>2000cc/ 24jam</p> <p>penghitungan blance cairan.</p> <p>Input cairan:</p> <p>Minum : 1000 cc</p> <p>Infus : 2000 cc</p> <p>AM : $8-8,5\text{cc} \times 27\text{kg} = 221,5\text{cc}$</p> <p>Total $1000\text{cc}+ 2000\text{cc}+ 221,5\text{cc} = 3221,5\text{cc}$</p> <p>Out put cairan:</p> <p>Muntah :200 cc</p> <p> Urin : 1200 cc</p> <p>IWL : $(30-5 \text{ tahun}) \times 27 \text{ kg} = 621 \text{ cc}$</p> <p>total = $200\text{cc}+1200\text{cc}+621\text{cc} = 2021\text{cc}$</p> <p>Jadi Balance cairan = Intake cairan – Output Cairam</p> <p>$3221,5 \text{ cc} - 2021 \text{ cc} = 1200,5\text{cc}$</p> <p>Sekarang menghitung balance cairannya suhu An R $38,5^\circ\text{C}$ yang perlu diperhatikan adalah penghitungan IWL pada kenaikan suhu gunakan rumus:</p> <p>$\text{IWL} + 200 (\text{Suhu Tinggi} - 36,8^\circ\text{C})$ $36,8^\circ\text{C}$ adalah konstanta.</p> <p>IWL An R</p> <p>$= 621 + 200 (38,5^\circ\text{C} - 36,8^\circ\text{C})$</p>
--	---	---

	$375 + 200 (1,2)$ $375 + 240$ $= 615 \text{ cc}$ <p>Maka output cairan An M =</p> <p>Muntah : 100cc</p> <p>Urin : 1000 cc</p> <p>IWL : $\frac{615 \text{ cc} +}{1715 \text{ cc}}$</p> <p>Jadi Balance cairannya = $2419,5 \text{ cc} - 1715 \text{ cc} = 704,5 \text{ cc}.$</p>	$621 + 200 (1,7)$ $621 + 340$ $= 961 \text{ cc}$ <p>Maka output cairan An M =</p> <p>Muntah : 200cc</p> <p>Urin : 1200 cc</p> <p>IWL : $\frac{961 \text{ cc} +}{2361 \text{ cc}}$</p> <p>Jadi Balance cairannya = $3221,5 \text{ cc} - 2361 \text{ cc} = 860,5 \text{ cc}.$</p>
Masalah	Deficit volume cairan	Deficit volume cairan
penyebab	Pindahnya cairan intravaskuler ke extravaskuler.	Pindahnya cairan intravaskuler ke extravaskuler.
Dx 2	Kasus 1	Kasus 2
DS	Ibu klien mengatakan klien masih hangat, rewel	Ibu klien mengatakan klien masih hangat, rewel
DO	Klien Nampak berkeringat ,TTV nadi:110x/menit, suhu:38 °C , rr :22x/menit	Klien Nampak berkeringat ,TTV nadi:100x/menit, suhu: 38,5°C , rr :20x/menit , mukosa bibir kering
Masalah	Hipertermi	Hipertermi
Penyebab	Proses infeksi virus	Proses infeksi virus
Dx 3	Kasus 1	Kasus 2
DS	Ibu klien mengatakan klien masih hangat, rewel, ibu Klien	Ibu Klien mengatakan klien mau makan tapi hanya beberapa

	mengatakan klien mau makan tapi hanya beberapa sendok ,klien mual dan muntah setelah makan.	sendok ,klien mual dan muntah setelah makan, klien tidak mau terlalu sering minum
DO	Klien Nampak lemah, muntah +- 100cc , mukosa bibir kering.	Klien Nampak lemah, muntah 2x +- 200cc , mukosa bibir kering.
Masalah	Resiko nutrisi kurang dari kebutuhan	Resiko nutrisi kurang dari kebutuhan
Penyebab	Hilangnya nafsu makan dd mual muntah	Hilangnya nafsu makan dd mual muntah.
Dx 4	Kasus 1	Kasus 2
Ds	Ibu klien mengatakan anaknya mimisan 1x sebelum di bawa k rs	Ibu klien mengatan anaknya tidak mimisan dan terjadi pendarahan pada gusi.
Do	Klien tampak lemah , muncul bintik bintik merah. trombosit 45.000/cmm	Klien Nampak lemah , rampelit test (+) Trombosit 75.000/cmm
Masalah	Perdarahan	Resiko perdarahan
Penyebab	Trombositopenia	Trombositopenia.

4.1.5 Intervensi

Kasus 1 dan kasus 2

Kasus 1	Kasus 2
Dx : Defisit volume cairan berhubungan dengan pindahnya cairan intravaskuler ke cairan ekstrasvaskuler tujuan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam	Dx : Defisit volume cairan berhubungan dengan pindahnya cairan intravaskuler ke cairan ekstrasvaskuler tujuan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam

<p>diharapkan kebutuhan cairan dapat terpenuhi</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien Mampu mempertahankan pemenuhan kebutuhan cairan 2. Wajah klien tampak segar dan tenang tidak menunjukkan dehidrasi (turgor kulit elastic <2 detik, mukosa bibir lembab). 3. Tanda tanda vital dalam batas normal Suhu : 36,5°C – 37,°C RR : 20– 24 x/mnt Nadi : 75-120 x/mnt <p>Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kaji keadaan umum klien pucat, lemah, taki kardi), serta tanda –tanda vital. R/ Menetapkan data dasar, untuk mengetahui dengan cepat penyimpangan dari keadaan normalnya. 2) Observasi adanya tanda – tanda syok R/ Agar dapat segera dilakukan tindakan untuk menangani syok yang dialami klien. 3) Anjurkan klien untuk banyak minum sesuai kebutuhan. 100-110 mL/kgBB/hari -+ 1500cc R/ Asupan cairan sangat diperlukan untuk menambah volume cairan tubuh. 4) Kaji tanda dan gejala 	<p>diharapkan kebutuhan cairan dapat terpenuhi</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien Mampu mempertahankan pemenuhan kebutuhan cairan 2. Wajah klien tampak segar dan tenang tidak menunjukkan dehidrasi (turgor kulit elastic <2 detik, mukosa bibir lembab). 3. Tanda tanda vital dalam batas normal Suhu : 36,5°C – 37,°C RR : 16 – 20 x/mnt Nadi : 60-100 x/mnt <p>Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kaji keadaan umum klien pucat, lemah, taki kardi), serta tanda –tanda vital. R/ Menetapkan data dasar, untuk mengetahui dengan cepat penyimpangan dari keadaan normalnya. 2) Observasi adanya tanda – tanda syok R/ Agar dapat segera dilakukan tindakan untuk menangani syok yang dialami klien. 3) Anjurkan klien untuk banyak minum sesuai kebutuhan. 85-100 mL/kgBB/hari -+ 2300cc R/ Asupan cairan sangat diperlukan untuk menambah volume cairan tubuh. 4) Kaji tanda dan gejala
---	---

<p>dehidrasi/hipovolemik (riwayat muntah, diare, kehausan, turgor jelek).</p> <p>R/ Untuk mengetahui penyebab defisit volume cairan.</p> <p>5) Kaji masukan dan haluaran cairan.</p> <p>R/ Untuk mengetahui keseimbangan cairan.</p> <p>6) beri HE tentang pentingnya cairan untuk tubuh.</p> <p>R/ agar keluarga dapat mengetahui pentingnya cairan untuk tubuh.</p> <p>7) Kolaborasi : Pemberian cairan intra vena sesuai indikasi.</p> <p>R/ Pemberian cairan intra vena sangat penting bagi klien yang mengalami defisit volume cairan dengan keadaan umum yang buruk untuk rehidrasi.</p>	<p>dehidrasi/hipovolemik (riwayat muntah, diare, kehausan, turgor jelek).</p> <p>R/ Untuk mengetahui penyebab defisit volume cairan.</p> <p>5) Kaji masukan dan haluaran cairan.</p> <p>R/ Untuk mengetahui keseimbangan cairan.</p> <p>6) beri HE tentang pentingnya cairan untuk tubuh.</p> <p>R/ agar keluarga dapat mengetahui pentingnya cairan untuk tubuh.</p> <p>7) Kolaborasi : Pemberian cairan intra vena sesuai indikasi.</p> <p>R/ Pemberian cairan intra vena sangat penting bagi klien yang mengalami defisit volume cairan dengan keadaan umum yang buruk untuk rehidrasi.</p>
--	--

4.1.6 Implementasi Keperawatan

Tabel 4.12 Implementasi keperawatan Pasien 1 dan 2 dengan Diagnosa Medis DHF Di Ruang Ismail RS Siti Khodijah sepanjang pada bulan Juli 2016.

Jam	Kasus 1	Jam	Kasus 2
Hari ke 1 14.20	Tanggal 26 juli 2016 Membina hubungan saling percaya kepada klien dan keluarga klien seperti memperkenalkan nama,	Hari ke 1 08.20	Tanggal 29 Juli 2016 Membina hubungan saling percaya kepada klien dan keluarga klien seperti memperkenalkan nama,

	<p>memperkenalkan profesi, tujuan kepada klien dan keluarga.</p> <p>Respon: klien dan keluarga sangat percaya dan dapat menerima tujuan saya dengan baik</p>		<p>memperkenalkan profesi, tujuan kepada klien dan keluarga.</p> <p>Respon: klien dan keluarga sangat percaya dan dapat menerima tujuan saya dengan baik</p>
14.20	<p>Mengkaji keadaan klien sesuai dengan literatur asuhan keperawatan.</p> <p>Respon: keluarga dan klien menjawab semua pertanyaan dengan kooperatif dan keluarga klien juga ikut membantu menjawab apa yang sudah ditanyakan</p>	08.20	<p>Mengkaji keadaan klien sesuai dengan literatur asuhan keperawatan.</p> <p>Respon: keluarga dan klien menjawab semua pertanyaan dengan kooperatif dan keluarga klien juga ikut membantu menjawab apa yang sudah ditanyakan</p>
14.20	<p>Melakukan observasi keadaan umum klien</p> <p>Respon klien : klien Nampak lemah, pucat dan hasil ttv</p> <p>Suhu : 38°C RR : 22x / menit nadi: 110x/menit</p>	08.20	<p>Melakukan observasi keadaan umum klien</p> <p>Respon klien : klien Nampak lemah, pucat dan hasil ttv</p> <p>Suhu : 38,5°C RR : 20x / menit nadi: 100x/menit.</p>
14.35	<p>Melakukan observasi kepada klien apakah ada tanda tanda syok hipovolemi.</p> <p>respon: tidak terdapat tanda tanda syok hipovolemi dan klien dapat di observasi dengan baik, klien merasa sedikit tenang</p>	08.35	<p>Melakukan observasi kepada klien apakah ada tanda tanda syok hipovolemi.</p> <p>respon: tidak terdapat tanda tanda syok hipovolemik dapat di observasi dengan baik, klien merasa sedikit tenang</p>
14.40	<p>Menganjurkan pasien untuk banyak minum +- 1500ml/ hari</p>	8.40	<p>Menganjurkan pasien untuk banyak minum +- 2300ml/ hari</p>

	Respon: klien mau untuk minum memenuhi kebutuhan dan keluarga klien mau memberikan minum yang cukup untuk klien		Respon: klien mau minum untuk memenuhi kebutuhan Keluarga klien mau memberikan minum yang cukup untuk klien
15.20	Membantu menyeka klien Respon: klien tampak senang dan mengucapkan terima kasih	09.00	Memberikan injeksi antrain dan ondancetron Respon: klien kooperatif dan klien tidak alergi pada obat.
16.10	Memberikan diit nasi kepada pasien. Respon: klien mengucapkan terimakasih .klien mual dan muntah 1x setelah makan +- 100cc.	12.10	Memberikan diit kepada klien Respon: klien mengucapkan terimakasih dan dapat menghabiskan makanannya meskipun lama. klien mual dan muntah 1x setelah makan +- 100cc
16.40	Mengobservasi tanda tanda dehidrasi Respon: tidak terdapat tanda tanda dehidrasi.	12.40	Mengobservasi tanda tanda dehidrasi Respon: tidak terdapat tanda tanda dehidrasi.
17.00	Memberikan injeksi antrain dan ranitidine. Respon: klien menangis saat di injeksi karena takut melihat jarum suntik dan klien tidak alergi pada obat.	12.40	Memberikan injeksi antrain dan ranitidine Respon: klien tenang saat di injeksi dan klien tidak alergi pada obat.
17.10	Mengobservasi tanda-tanda vital Respon: nadi 122 x/menit, respirasi rate 22 x/menit, suhu 38°C	14.00	Mengobservasi tanda-tanda vital Respon: nadi 100 x/menit, respirasi rate 22 x/menit, suhu 38,2°C

20.00	Mengganti cairan infuse dan memberi HE pada keluarga tentang pentingnya cairan untuk tubuh. Respon : klien sangat kooperatif dan mengucapkan terima kasih	14.00	Mengganti cairan infuse dan memberi HE pada keluarga tentang pentingnya cairan untuk tubuh. Respon : klien sangat kooperatif dan mengucapkan terima kasih
Hari ke 2	27 Juli 2016 Menyapa klien, Mengucapkan salam dan Menyebutkan nama Respon klien : klien kooperatif dan GCS 456	Hari ke 2	30 Juli 2016 Menyapa klien, Mengucapkan salam dan Menyebutkan nama Respon klien : klien kooperatif dan GCS 456
14.20	Melakukan observasi dehidrasi Respon klien : tidak terdapat tanda tanda dehidrasi.	14.20	Melakukan observasi dehidrasi Respon klien : tidak terdapat tanda tanda dehidrasi.
14.35	Mengobservasi kebutuhan cairan klien Respon klien : klien sudah mau minum lebih banyak dari kemarin.	14.35	Mengobservasi kebutuhan cairan klien Respon klien : klien sudah mau minum lebih banyak dari kemarin.
15.00	Mengobservasi tanda-tanda vital Respon: nadi 110 x/menit, respirasi rate 21 x/menit, suhu 37,2°C	15.00	Mengobservasi tanda-tanda vital Respon: nadi 110 x/menit, respirasi rate 20 x/menit, suhu 37,5°C
15.10	Membantu menyeka klien Respon: klien kooperatif	15.10	Membantu menyeka klien Respon: klien kooperatif
16.00	Mengobservasi tanda-tanda vital Respon: nadi 105 x/menit, respirasi rate 21 x/menit, suhu	16.00	Mengobservasi tanda-tanda vital Respon: nadi 100 x/menit, respirasi rate 20 x/menit, suhu

	37,,2°C		37,,5°C
16.10	memberikan diit kepada klien Respon: klien kooperatif dan mengucapkan terimakasih dan klien masih mual dan tidak muntah.	16.10	memberikan diit kepada klien Respon: klien kooperatif dan mengucapkan terimakasih dan klien masih mual dan muntah 1x
17.00	Memberikan injeksi antrain dan ranitidine, Respon: klien menangis saat di injeksi karena takut melihat jarum suntik dan klien tidak alergi pada obat	17.00	Memberikan injeksi antrain dan ranitidine, Respon: klien tenang saat di injeksi dan klien tidak alergi pada obat .
17.10	Memberikan suasana yang nyaman dan aman pada klien dan membatasi pengunjung klien agar tidak mengganggu kondisi klien Respon: klien tampak tenang	17.10	Memberikan suasana yang nyaman dan aman pada klien dan membatasi pengunjung klien agar tidak mengganggu kondisi klien Respon: klien tampak tenang
18.00	Mengobservasi tanda-tanda vital Respon: nadi 100 x/menit, respirasi rate 22 x/menit, suhu 37,3°C	18.00	Mengobservasi tanda-tanda vital Respon: nadi 90 x/menit, respirasi rate 20 x/menit, suhu 37,5°C
19.00	Mengobservasi tanda-tanda dehidrasi Respon: klien tidak muntah setelah makan tapi masih merasakan sedikit mual	19.00	Mengobservasi tanda-tanda dehidrasi Respon: klien tidak muntah setelah makan tapi masih merasakan sedikit mual
20.00	Mengobservasi tanda-tanda	20.00	Mengobservasi tanda-tanda

	vital Respon: nadi 105 x/menit, respirasi rate 22 x/menit, suhu 37°C		vital Respon: nadi 100 x/menit, respirasi rate 22 x/menit, suhu 37,5°C
20.00	Mengganti cairan infuse klien Respon: klien kooperatif dan mengucapkan terimakasih	20.00	Mengganti cairan infuse klien Respon: klien kooperatif dan mengucapkan terimakasih
Hari ke 3 14.20	28 Juli 2016 Menyapa klien, mengucapkan salam dan menyebutkan nama Respon klien : klien kooperatif dan GCS 456	Hari ke 3 14.20	31 Juli 2016 Menyapa klien, mengucapkan salam dan menyebutkan nama Respon klien : klien kooperatif dan GCS 456
14.20	Melakukan observasi tanda tanda dehidrasi Respon klien : tidak ada tanda tanda dehidrasi, wajah klien tampak relax dan tenang dan tidak pucat, klien sudah tidak muntah.	14.20	Melakukan observasi tanda tanda dehidrasi Respon klien : tidak ada tanda tanda dehidrasi ,wajah klien tampak relax dan tenang dan pucat, klien masih mual
14.35	Mengajarkan klien untuk memenuhi kebutuhan cairan dan memberikan dukungan pada klien Respon klien : klien kooperatif	14.35	Mengajarkan klien untuk memenuhi kebutuhan cairan dan memberikan dukungan pada klien Respon klien : klien kooperatif
15.00	Mengobservasi tanda-tanda vital Respon: nadi 100 x/menit, respirasi rate 20 x/menit, suhu 37°C,	15.00	Mengobservasi tanda-tanda vital Respon: nadi 110 x/menit, respirasi rate 20 x/menit, suhu 37,3°C,
15.20	Membantu menyeka klien Respon: klien kooperatif	15.20	Membantu menyeka klien Respon: klien kooperatif

16.10	Memberikan diit kepada klien Respon: klien kooperatif, tidak mual dan tidak muntah.	16.10	Memberikan diit kepada klien Respon: klien kooperatif, masih mual dan tidak muntah setelah makan
17.00	Mengobservasi tanda-tanda vital Respon: nadi 105 x/menit , respirasi rate 22 x/menit, suhu 36,8°C,	17.00	Mengobservasi tanda-tanda vital Respon: nadi 100 x/menit , respirasi rate 22 x/menit, suhu 37,5°C,
17.00	Memberikan injeksi antrain dan , dan syrup appialis Respon: klien tenang saat di injeksi dan klien tidak alergi pada obat , klien langsung meminum syrup	17.00	Memberikan injeksi antrain dan ranitidine dan ondancentron Respon: klien tenang saat di injeksi dan klien tidak alergi pada obat
17.10	Memberikan suasana yang nyaman dan aman pada klien dan membatasi pengunjung klien agar tidak mengganggu kondisi klien Respon: klien tampak tenang	17.10	Memberikan suasana yang nyaman dan aman pada klien dan membatasi pengunjung klien agar tidak mengganggu kondisi klien Respon: klien tampak tenang
19.00	Mengobservasi tanda-tanda dehidrasi Respon: tidak terdapat tanda tanda dehidrasi.	19.00	Mengobservasi tanda-tanda dehidrasi Respon: klien tidak muntah setelah makan tapi masih merasakan sedikit mual, tidak terdapat tanda tanda dehidrasi.
20.00	Mengobservasi tanda-tanda vital Respon: nadi 105 x/menit, respirasi rate 22 x/menit, suhu	20.00	Mengobservasi tanda-tanda vital Respon: nadi 95 x/menit, respirasi rate 20 x/menit, suhu

	36,5°C		37°C
20.00	Mengganti cairan infuse klien Respon: klien kooperatif dan mengucapkan terimakasih	20.00	Mengganti cairan infuse klien Respon: klien kooperatif dan mengucapkan terimakasih

4.1.7 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.13 Evaluasi keperawatan Pasien 1 dan 2 dengan Diagnosa Medis DHF Di Ruang Ismail RS Siti Khodijah sepanjang pada bulan Juli 2016.

Dx 1	Kasus 1	Kasus 2
Hari ke 1	26 Juli 2016	29 Juli 2016
S	Ibu klien mengatakan klien lemas, mual dan muntah 1x setelah makan	Ibu klien mengatakan klien lemas, mual dan muntah 2x setelah makan
O	Keadaan umum klien cukup, kesadaran kompos mentis dengan GCS 456, akral hangat , mukosa bibir kering, turgor kulit ,<3 detik ,Nadi: 110x/menit, RR: 22x/menit, Suhu: 38°C, Trombosit: 65.000/cmm Hb :11.5 g/dl	Keadaan umum klien cukup, kesadaran kompos mentis dengan GCS 456, akral hangat , mukosa bibir kering, turgor kulit ,<3 detik ,Nadi: 100x/menit, RR: 20x/menit, Suhu: 38,5°C Tromboosit : 85.00/cmm Hb: 12.3 g/dl
A	Masalah belum teratasi	Masalah teratasi sebagian
P	Rencana tindakan no 1 – 7 dilanjutkan	Rencana tindakan no 1 – 7 dilanjutkan
Hari ke 2	27 Juli 2016	30 Juli 2016
S	Ibu klien mengatakan klien masih mual tapi tidak muntah.	Ibu klien mengatakan klien masih mual dan masih muntah 1x setelah makan.
O	Keadaan umum klien baik, kesadaran kompos mentis dengan	Keadaan umum klien baik, kesadaran kompos mentis dengan

	GCS 456, akral hangat , wajah klien Nampak lebih segar , mukosa bibir kering, turgor kulit ,<3 detik ,Nadi: 150x/menit, RR: 22x/menit, Suhu: 37,°C trombosit : 75.000/cmm	GCS 456, akral hangat , mukosa bibir kering, turgor kulit ,<3 detik ,Nadi: 100x/menit, RR: 22x/menit, Suhu: 37,5°C trombosit: 90.000/cmm
A	Masalah teratasi sebagian	Masalah teratasi sebagian
P	Intervensi no 4,5,6,7 dilanjutkan	Intervensi no 4,5,6,7 dilanjutkan
Hari ke 3 S	28 Juli 2016 Ibu Klien mengatakan klien sudah mau minum lebih banyak +- 1200cc, tidak mual dan muntah seelah makan.	31 Juli 2016 Ibu Klien mengatakan klien sudah mau minum lebih banyak +- 1300cc, masih mual dan tidak muntah setelah makan
O	Keadaan umum klien baik, kesadaran kompos mentis dengan GCS 456, akral hangat , wajah klien Nampak segar dan rileks, mukosa bibir lembab , turgor kulit ,<2 detik ,Nadi: 105x/menit, RR: 22x/menit, Suhu: 36,5°C, wajah klien sudah tampak relax dan tersenyum	Keadaan umum klien baik, kesadaran kompos mentis dengan GCS 456, akral hangat , wajah klien Nampak segar dan rileks, mukosa bibir lebih lembab , turgor kulit ,<2 detik ,Nadi: 95x/menit, RR: 20x/menit, Suhu: 37°C
A	Masalah teratasi sebagian	Masalah teratasi sebagian
P	Intervensi no 4,5,7dिलanjutkan	Intervensi no 4, 5,7 dilanjutkan

4.2 Pembahasan

Dalam bab ini penulis akan menguraikan kesenjangan-kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus selama melaksanakan asuhan keperawatan klien anak pada Dengue Haemorrhagic Fever di Ruang Ismail RS Siti Khodijah

sepanjang yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena klien dan pihak keluarga klien sangat menerima peneliti dengan baik, peneliti juga memperkenalkan diri sebelumnya serta menjelaskan maksud dan tujuan peneliti yaitu memberikan asuhan keperawatan pada klien sehingga dengan terjalannya hubungan yang kooperatif antara penulis dengan klien maupun pihak keluarga yang mengantar klien sampai ke Ruang Ismail RS Siti Khodijah sepanjang.

Pada saat dilakukan pengkajian didapatkan data subjektif dari klien pertama (An . M) ibu klien mengatakan bahwa klien panas sudah 3 hari, muntah 1x dan mimisan 1x, sebelum di bawa ke rumah sakit dan muncul bintik bintik merah pada tangan dan leher, karena khawatir suhu anaknya tidak turun maka klien di bawa ke UGD RS Siti Khodijah Sepanjang lalu klien di sarankan untuk masuk ke pav. ismail, sedangkan pada klien kedua (An. R) ibu klien mengatakan bahwa klien panas sudah 2 hari tidak mengalami perdarahan pada gusi atau mimisan, muntah 2x sebelum di bawa ke rumah sakit dan muncul bintik bintik merah pada tangan, karena khawatir suhu anaknya tidak turun maka klien di bawa ke UGD RS Siti Khodijah Sepanjang lalu klien di sarankan untuk masuk ke pav. ismail, Berdasarkan hasil pengkajian pada klien pertama yang dilakukan pada tanggal 26 juli 2016 pukul 14.20 WIB didapatkan data obyektif keadaan umum cukup, GCS 456, terdapat bintik merah pada tangan leher , konjungtiva anemis, wajah

nampak pucat , mukosa bibir kering RR 22x/menit, akral hangat, N 120x/menit irama cepat , lemah, suhu 38,5°C, CRT <2detik,. Sedangkan pada klien kedua pada tanggal 29 juli 2016 pukul 12.00 WIB didapatkan data obyektif keadaan umum cukup, GCS 456, RR 20x/menit, akral hangat , konjungtiva anemis, wajah nampak pucat dan mukosa bibir kering, Nadi 100x/menit iramalemah dan cepat,suhu 38 °C , CRT <3detik,

Pada Keluhan utama tinjauan kasus pertama (An. M) dan tinjauan kasus kedua (An. R) yaitu peningkatan suhu tubuh dan keluhan utama pada klien dhf menurut teori ialah peningkatan suhu tubuh (Nursalam, 2013). Maka hal ini tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan kasus klien dan tinjauan pustaka.

Dalam pengkajian system pernafasan pada tinjauan kasus pertama dan kedua mengatakan tidak mengalami sesak nafas , akan tetapi pada klien pertama terjadi perdarahan pada hidung 1x sebelum di bawa ke rumah sakit dan pada klien kedua tidak terjadi perdarahan pada hidung, Jadi tidak terdapat kesenjangan yang terjadi antara tinjauan teori dengan tinjauan kasus karena penulis melakukan pengkajian berdasarkan teori.

Dalam pengkajian system persyarafan pada tinjauan kasus pertama dan kedua tidak mengalami adanya masalah yaitu nyeri, Sedangkan dalam tinjauan kasus yang ditemukan adalah klien pertama dan kedua mengatakan kepalanya sering pusing . Tingkat kesadaran : Composmetis , GCS : E = 4, V = 5, M=6. Jadi tidak terdapat kesenjangan yang terjadi antara tinjauan teori dan tinjauan kasus karena penulis melakukan pengkajian berdasarkan teori.

Dalam pengkajian system kardiovaskular pada tinjauan kasus pertama klien mengalami perdarahan spontan pada hidung , sedangkan dalam tinjauan kasus kedua tidak di temukan perdarah spontan pada hidung maupun gusi, Namun dalam tinjauan teori ditemukan juga adanya permasalahan resiko perdarahan berhubungan dengan penurunan factor-faktor pembekuan darah (Nanda 2013). Maka hal ini tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan kasus klien dan tinjauan pustaka dikarenakan tinjauan kasus sesuai dengan tinjauan pustaka.

Dalam pengkajian system perkemihan pada tinjauan kasus pertama dan kedua, klien tidak mengalami nyeri saat bak akan tetapi kedua klien mengalami penurunan jumlah urine hal ini di karenakan berkurangnya intake yang masuk kedalam klien pertama dan kedua, Namun dalam tinjauan teori ditemukan juga adanya permasalahan kekurangan volume cairan berhubungan dengan pindahnya cairan intravaskuler ke cairan ekstrasvaskuler.(Nanda 2013). Maka hal ini tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan kasus klien dan tinjauan pustaka dikarenakan tinjauan kasus sesuai dengan tinjauan pustaka.

Dalam pengkajian system pencernaan pada tinjauan kasus pertama dan kedua, klien mengalami mual dan muntah setelah makan, kedua klien mengalami penurunannafsu makan, Namun dalam tinjauan teori ditemukan juga adanya permasalahan ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi yang tidak adekuat akibat mual dan nafsu makan yang menurun..(Nanda 2013). Maka hal ini tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan kasus klien dan tinjauan pustaka dikarenakan tinjauan kasus sesuai dengan tinjauan pustaka.

4.2.2 Diagnosa keperawatan

Perumusan diagnosa keperawatan disesuaikan dengan kondisi dan keluhan yang terjadi pada klien. Diagnosa keperawatan yang sama antara klien pertama dengan klien kedua, yaitu deficit volume cairan berhubungan dengan pindahannya cairan intravaskuler ke cairan ekstrasvaskuler.

Berdasarkan dalam tinjauan pustaka keperawatan yang muncul pada klien yang mengalami dengue haemorrhagic fever (NANDA 2013), yaitu deficit volume cairan berhubungan dengan pindahannya cairan intravaskuler ke cairan ekstrasvaskuler.. kesamaan klien pertama dan klien kedua adalah penyebab dan diagnose aktualnya mengalami kesamaan , sama sama mengalami deficit volume cairan di tandai dengan , mual muntah , mukosa bibir kering. maka dari itu tidak ada kesenjangan diagnosa antara klien pertama dan klien kedua.

Namun tetapi tidak semua diagnosa pada tinjauan pustaka muncul dalam tinjauan kasus, karena sudah mendapatkan pengobatan dan kondisi klien masing masing juga berbeda. Oleh karena itu tidak semua diagnosa yang ada pada tinjauan pustaka muncul semua pada tinjauan kasus klien. Dan dalam menentukam diagnosa keperawatan tidak ada hambatan , dank lien maupun keluarga klien memberikan respon yang baik.

4.2.3 Perencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan yang dibuat untuk mengatasi masalah defisit volume cairan pada kedua klien sama. Perencanaan keperawatan bertujuan untuk memenuhi kebutuhan cairan selama 3 kali 24 jam setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan kriteria hasil Klien Mampu mempertahankan pemenuhan

kebutuhan cairan, Wajah klien tampak segar dan tenang tidak menunjukkan dehidrasi (turgor kulit elastic <2 detik, mukosa bibir lembab dan Tanda tanda vital dalam batas normal Suhu : 36,5°C – 37,°C RR : 16 – 20 x/mnt Nadi : 60-100 x/mnt

Pada perencanaan keperawatan ini penulis akan berfokus kepada perencanaan diagnosa deficit volume cairan yang menjadi masalah utama baik dalam tinjauan pustaka maupun tinjauan kasus pertama maupun kedua. Perencanaan untuk deficit volume cairan yaitu Kaji keadaan umum klien pucat, lemah, taki kardi), serta tanda –tanda vital.Menetapkan data dasar, untuk mengetahui dengan cepat penyimpangan dari keadaan normalnya. mengobservasi adanya tanda – tanda syok. Agar dapat segera dilakukan tindakan untuk menangani syok yang dialami klien. Anjurkan klien untuk banyak minum. Asupan cairan sangat diperlukan untuk menambah volume cairan tubuh.Mengkaji tanda dan gejala dehidrasi/hipovolemik (riwayat muntah, diare, kehausan, turgor jelek). Untuk mengetahui penyebab defisit volume cairan.Kaji masukan dan keluaran cairan. Untuk mengetahui keseimbangan cairan. Memberi HE tentang pentingnya cairan untuk tubuh.agar keluarga dapat mengetahui pentingnya cairan untuk tubuh. Kolaborasi : Pemberian cairan intra vena sesuai indikasi. Pemberian cairan intra vena sangat penting bagi klien yang mengalami defisit volume cairan dengan keadaan umum yang buruk untuk rehidrasi.

Penulis dalam menyusun rencana tindakan keperawatan tidak mengalami hambatan dikarenakan penulis berdiskusi terlebih dahulu kepada klien, keluarga klien dan perawat yang ada di ruangan agar tidak ada kesalah fahaman dalam

penentuan perencanaan tindakan keperawatan.maka di dapatkan hasil tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus pertama maupun kedua.

4.2.4 Pelaksanaan

Pada tahap ini tindakan keperawatan harus disesuaikan dengan rencana yang telah dirumuskan dan tidak menyimpang dengan program medis. Pada tinjauan teori tidak dilakukan tindakan pelaksanaan karena tidak ada klien. Karena tidak semua tindakan dalam perencanaan teori bisa dilakukan dalam pelaksanaan di lahan praktek, maka pelaksanaan harus disesuaikan dengan standart oprasional prosedur (SOP) Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang dan dengan bantuan keluarga klien. Pelaksanaan tindakan keperawatan pada kasus merupakan pengembangan dari teoritis yang dimodifikasi sesuai dengan kebiasaan tempat pelayanan. Dalam hal ini pelaksanaan tindakan pada kasus pertama maupun kedua pada Dengue Hemorrhagic Fever mengikuti standart oprasional prosedur (SOP) di Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang..

Dalam pelaksanaan tindakan Dengue Hemorrhagic Fever tidak dilakukan berurutan perdiagnosa karena masalah yang ditemukan bersumber dari satu masalah yaitu deficit volume cairan. Dengan adanya masalah tersebut akan muncul beberapa diagnosa keperawatan yang saling berkaitan akibat respon klien. Semisal pada tinjauan kasus pertama dan kedua deficit volume cairan berhubungan dengan pindahnya cairan intravaskuler ke ekstrasvaskuler berkaitan dengan resiko syok hipovolemik . Sehingga dalam pelaksanaanya penulis berfokus dalam pelaksanaan deficit volume cairan dalam mengatasi masalah-

masalah keperawatan yang muncul, namun tetap juga melaksanakan tindakan ke masalah lainya.

Pelaksanaan dilakukan sebaik mungkin menyesuaikan dengan keadaan dari kondisi klien saat ini . dalam pelaksanaan penulis tidak mengalami hambatan di karenakan klien dan keluarga klien kooperatif dengan tindakan medis yang dilakukan oleh penulis yang sesuai dengan SOP yang ada di rumah sakit tersebut.

4.2.5 Evaluasi

Pada tinjauan kasus dilakukan dengan pengamatan dan menanyakan langsung pada klien dan keluarga klien yang di dokumentasikan dalam catatan perkembangan sedangkan pada tinjauan pustaka tidak menggunakan catatan perkembangan karena klien tidak ada sehingga tidak dilakukan evaluasi. Evaluasi untuk setiap diagnosa keperawatan pada tinjauan kasus dapat tercapai sesuai dengan tujuan dan kriteria yang diharapkan dan dituliskan berdasarkan respon klien terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan dan dilanjutkan dalam catatan perkembangan. Pada Dengue Hemorrhagic Fever disusun intervensi guna mengatasi diagnosa yang muncul, terutama pemenuhan kebutuhan cairan , meskipun masalah hanya teratasi sebagian. Tidak teratasinya masalah ini secara tuntas dapat disebabkan karena tingkat kebutuhan setiap orang berbeda satu sama lain sehingga walaupun dalam kasus yang sama dan hari yang sama hasil evaluasi juga berbeda.