

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

Dalam bab ini berisi klien Dengue Hemorrhage Fever (DHF) dengan masalah keperawatan hypovolemia, di Ruang Blue 3 Rumah Sakit Wiyung Sejahtera Surabaya yang menggunakan 5 tahap proses keperawatan yaitu pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, Implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran lokasi pengambilan data

Dalam studi kasus ini peneliti mengambil data serta melakukan pengamatan di RS Wiyung Sejahtera Surabaya Jl. Karang PDAM no1-3, Babatan, Kec. Wiyung, Kota SBY, Jawa Timur dengan kapasitas tempat tidur 105 pasien yang terbagi atas Ruang Perawatan Dewasa, Ruang Perawatan Anak, Ruang Perawatan Kebidanan, Ruang Isolasi dan Ruang Rawat Intensif.

4.1.2 Visi, Misi dan Moto Rumah Sakit Wiyung Sejahtera Surabaya

Visi Rumah Sakit Wiyung Sejahtera Surabaya

Menjadi Pusat Layanan Kesehatan Profesional yang Akrab Masyarakat

Misi Rumah Sakit Wiyung Sejahtera Surabaya

- a) Memberikan Pelayanan Medis yang Aman, Cepat, dan Profesional
- b) Menciptakan Hubungan Interpersonal yang Baik dengan Pasien dan Masyarakat
- c) Menjaga Kepuasan Pasien dan Keluarganya dengan Pelayanan Terbaik
- d) Menciptakan Loyalitas Pelanggan

Moto Rumah Sakit Wiyung Sejahtera Surabaya

Kesembuhan Anda Berkah Kami.

4.1.3 Pengkajian

1. Pengkajian indentitas

Pada tanggal 30 April 2021 jam 07.00 WIB

Sdr.M umur 17 tahun, berjenis kelamin laki – laki, tanggal lahir 9 September 2003, suku bangsa Jawa Indonesia, alamat Perum Gunung Sari Indah Blok J/10, masuk Rumah Sakit pada tanggal 29 April 2021 jam 10.30, dengan diagnosa Dengue Hemorrhage Fever (DHF Grade II), sumber informasi keluarga pasien, Nama Ayah Tn.A umur 53 tahun, pendidikan terakhir SMK, pekerjaan wirawasta, Agama Islam, suku bangsa Jawa Indonesia, alamat Perum Gunung Sari Indah Blok J/10, nama Ibu Ny.R umur 52 tahun, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan IRT (Ibu Rumah Tangga), Agama Islam, suku bangsa Jawa Indonesia, alamat Perum Gunung Sari Indah Blok J/10.

2. Riwayat Keperawatan Sekarang

1. Keluhan utama

Didapatkan data, pasien mengatakan pusing 2 hari, demam selama 2 hari, mual muntah, terdapat bintik – bintik merah pada tangannya, akral dingin, suhu 37,5°C.

2. Riwayat penyakit saat ini

Pada tanggal 29 April 2021 pasien datang di IGD Rumah Sakit Wiyung Sejahtera Surabaya dengan keluhan pusing 2 hari, demam sudah 2 hari disertai mual muntah sebanyak ± 800 cc,dan terdapat bintik – bintik merah ditangannya, Keadaan umum : kesadaran umum pasien baik (composmentis), tanda – tanda vital : TD : 110/80 mmHg, S: 37,5°C, RR : 20×/menit, N: 110×/menit, mukosa bibir kering, turgor kulit menurun, akral dingin. Setelah mendapatkan perawatan di IGD pasien masuk ke Ruang Blue 3 untuk mendapatkan tindakan lebih lanjut.

3. Riwayat Keperawatan/Penyakit Sebelumnya

a. riwayat kesehatan yang lalu

Pasien mengatakan penyakit yang diderita yaitu demam, mual muntah, namun tidak pernah dirawat di Rumah Sakit, dan tidak mempunyai alergi makanan, obat dan debu.

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

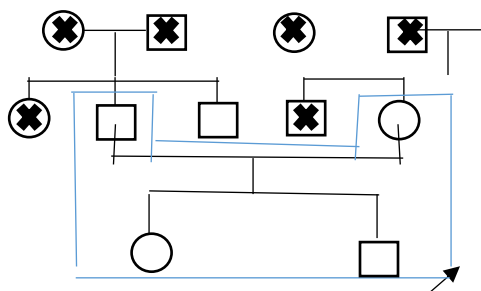
1. Penyakit yang pernah diderita oleh keluarga

Tidak memiliki riwayat penyakit keluarga menular atau menurun.

2. Lingkungan Rumah dan Komunitas

Pasien mengatakan tinggal bersama orang tua, dirumah ada 3 kamar, 1 kamar mandi, 1 dapur, ruang tamu, keadaan rumah bersih, kamar mandi dikuras 1x, lingkungan sekitar rumah kotor, banyak genangan air diselokan rumah.

5. Genogram



Keterangan : □ : laki-laki
○ : perempuan
↗ : pasien
✕ : meninggal

6. Pola Fungsi Kesehatan

a. Pola penatalaksanaan kesehatan/persepsi sehat

Didapat data, pasien mengatakan selalu mandi 2× sehari ketika sebelum masuk Rumah Sakit, namun setelah masuk Rumah Sakit hanya diseka saja. Dan pasien mengatakan jika demam hanya diberi obat yang dibeli di apotek saja atau dikompres.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

b. Pola Nutrisi-Metabolik

A: BB = 55kg, TB = 170cm

B : GDA : 98mg/dl (sebelum makan)

C : mukosa bibir kering

D :makan 3X tetapi tidak habis satu porsi, minum 500 cc / hari, mual muntah ±7-8kali sebanyak 800cc

Masalah keperawatan : defisit nutrisi

c. Pola Eliminasi

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit BAK sebanyak 4-5× sehari, berwarna kuning dan BAB sebanyak 1×sehari, berbau khas konsisten lembek, setelah masuk Rumah sakit BAK 4-5×sehari sebanyak 1500cc/24 jam, berwarna kuning bau khas.

dan BAB sebanyak 1×sehari sebanyak 250cc/24 jam. Spontan dan tidak ada gangguan/masalah

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

d. Pola istirahat dan tidur

Pasien mengatakan sebelum masuk Rumah Sakit tidur jam \pm 21.00 – 06.00 (9 jam), siang biasanya tidur jam \pm 13.00-16.00 (3 jam). Setelah masuk Rumah Sakit tidur siang jam 15.00 – 17.00 (2 jam), tidur malam jam 20.00 – 04.00 (8jam)

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

e. Pola Aktivitas-Latihan

Pasien mengatakan sebelum masuk Rumah Sakit pasien bermain bersama teman – temannya, dan setelah masuk Rumah Sakit pasien hanya terbaring di tempat tidur.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

f. Pola Persepsi dan Konsep Diri

a) Gambaran Diri

Pasien mengatakan bahwa dirinya tidak percaya diri pada keadaan fisiknya yang sekarang,

b) Harga Diri

Pasien mengatakan tidak malu dengan penyakit yang dialaminya.

c) Ideal Diri

Pasien mengatakan ingin cepat sembuh dari penyakitnya dan ingin kembali beraktivitas seperti sedia kala.

d) Peran

Sebelum masuk Rumah sakit pasien berperan sebagai anak dan memiliki tanggung jawab sekolah dan belajar.

Sesudah masuk Rumah sakit pasien mengatakan berperan sebagai pasien.

e) Identitas Diri

Pasien mengatakan dia berjenis kelamin laki – laki umur 17 tahun dan tidak mengalami masalah identitas tentang dirinya

g. Pola Sensori dan Kognitif

a. Sensori

Pasien mengatakan tidak ada masalah terhadap penglihatan, pendengaran, penciuman, peraba, dan perasa, tidak ditemukan rasa nyeri untuk kelima panca indra pasien.

b. Kognitif

Pasien sudah mulai mengerti mengenai penyakit yang dialaminya berdasarkan informasi dari dokter serta mengetahui cara merawat dan penatalaksanaannya Pasien mengatakan mengerti tentang penyakit yang dialaminya dan pencegahannya. Pasien mampu menjelaskan mengenai penyakit DHF, serta mampu melakukan tindakan untuk mencegah DHF.

h. Pola Reproduksi Seksual

Pasien mengatakan berjenis kelamin Laki-Laki, berumur 17 tahun memiliki ayah dan ibu dan satu kakak kandung.

i. Pola Hubungan Peran

Pasien mengatakan hubungan dengan keluarga, tetangga, dan lingkungan sekitarnya sangat baik saat dirawat di RS. Wiyung Sejahtera Surabaya pasien mengenal pasien disebelah kanan kirinya dan berhubungan baik dengan perawat. Pasien bersikap kooperatif setiap perawat melakukan tindakan asuhan keperawatan.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

j. Pola Penanggulangan Stress

Setelah masuk Rumah pasien mengatakan jika stress dan bosan, pasien mengatakan ingin bermain game di handphone nya.

k. Pola Tata Nilai dan Kepercayaan

Didapat data, pasien menganut seperti orang tuanya yaitu Islam sesuai kepercayaan orang tuanya.

7. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum

kesadaran umum pasien baik (composmentis)

2. Tanda-Tanda Vital

TD : 110/80 mmHg

S: 37,5°C

RR : 20x/menit

N : 110x/menit

- a) Inpeksi : terdapat bintik – bintik merah pada tangannya, bentuk dada simetris, tidak ada benjolan pada abdomen.
- b) Palpasi : CRT >3detik, turgor kulit menurun, tidak ada nyeri tekan pada thorak dan abdomen, akral dingin, nadi teraba lemah
- c) Perkusi : sonor
- d) Auskultasi : suara nafas regular, tidak ada suara nafas tambahan seperti wheezing atau ronkhi, bising usus 12x/menit

8. Pemeriksaan Head To Toe

a) Kepala dan Leher

1. Kepala

Bentuk kepala simetris, tidak ada benjolan, tidak ada lesi, tidak ada pembengkakan, rambut berwarna hitam.

2. Muka

Bentuk muka simetris, tidak ada kecacatan, bentuk lonjong.

3. Mata

Bentuk mata normal simetris, mata sayu dan cowong, pupil isokor, sclera tidak ikterik, palpebral simetris.

4. Telinga

Tidak ada serumen, bentuk simetris, dan tidak ada gangguan pendengaran.

5. Hidung

Keadaan bersih, bentuk simetris, tidak ada gangguan penciuman.

6. Mulut dan Faring

Mukosa bibir kering, tidak ada stomatitis, tidak ada peradangan pada lidah, lidah lunak, rasa haus lebih.

7. Leher

Tidak ada oedema, tidak ada pembesaran thyroid, nadi carotis teraba.

b) Thorak

Inspeksi : bentuk dada simetris, tidak ada luka di dada.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, gerakan dada simetris, tidak terdapat benjolan.

Perkusi : paru – paru sonor

Auskultasi : suara nafas regular, tidak ada suara nafas tambahan seperti ronkhi dan wheezing.

c) Abdomen

Inspeksi : tidak ada benjolan, bentuk simetris, tidak ada asites.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada hematomegali

Perkusi : tidak kembung, suara tympani

Auskultasi : bising usus 12x/menit.

d) Inguinal, Genital, Anus

Tidak ada masalah genetalia, tidak ada pembesaran kelenjar, genetalia keadaan bersih

e) Integumen

Warna kulit sawo matang, turgor kulit menurun, akral dingin, CRT >3 detik, adanya ptekiea pada kulit, dan muncul keringat dingin.

f) Muskuluskeletak Neurologis

Ekstremitas atas dan bawah : tangan kanan terpasang infus, tidak ada oedema, akral hangat, dapat bergerak bebas.

Refleks

Dextra Sinistra

Biceps Triceps

Achilles

Dextra Sinistra

Knee

Keterangan : 0 : Normal/Meningkat/Menurun

Refleks patologis : Babinski

9. Pemeriksaan Penunjang

Pada pemeriksaan laboratorium yang muncul pada pasien didapatkan hasil sebagai berikut pada

Tanggal 30 April 2021

Darah lengkap :	Normal
Hemoglobin (HGB) : 15,3	(13,0-16,0)
Leukosit (WBC) : 3,460	(3.500-10.500)
Hematokrit(HCT) : 42,5	(45-55)
Thrombosit (PLT) : 72.000	(150.000-400.000)

4.1.4 Analisa Data

Tanggal 30 April 2021

Masalah Keperawatan Defisit Nutrisi

Data Subjektif :

- Pasien mengatakan demam selama 2 hari
- Pasien mengatakan mual dan muntah $\pm 7-8 \times$ /hari sebanyak 800cc

Data Obyektif :

A: BB = 55kg, TB = 170cm

B : GDA : 98mg/dl (sebelum makan)

C : mukosa bibir kering

D :makan 3X tetapi tidak habis satu porsi, minum 500 cc / hari, mual muntah $\pm 7-8$ kali sebanyak 800cc

- Mukosa bibir kering
- Turgor kulit menurun
- Akral dingin
- Tekanan darah menurun
- CRT >3 detik
- Observasi TTV

TD : 110/80 mmHg

S: 37,5°C

RR : 20×/menit

N : 110×/menit

Hasil lab :

Darah lengkap :	Normal
Hemoglobin (HGB) : 15,3	(13,0-16,0)
Leukosit (WBC) : 3,460	(3.500-10.500)
Hematokrit(HCT) : 42,5	(45-55)
Thrombosit (PLT) : 72.000	(150.000-400.000)

Masalah Keperawatan Defisit Nutrisi

Data Subjektif :

- Panas
- Mual, muntah
- Lemas

Data Obyektif :

- Tidak ada oedema

- Mata sayu dan cowong
- Terdapat bintik – bintik merah pada tangannya.
- Nadi teraba lemah

- Observasi TTV
 - TD : 110/80 mmHg
 - S: 37,5°C
 - RR : 20×/menit
 - N : 110×/menit
- Mukosa bibir kering
- Turgor kulit menurun >3 detik

4.1.5 Perencanaan Keperawatan

Diagnosa Keperawatan

- a) Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan mencerna makanan ditandai dengan mual muntah

Tujuan

Status nutrisi membaik

Kriteria Hasil (SLKI hal 121):

1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat
2. Indeks Massa Tubuh (IMT) membaik
3. Nafsu makan membaik
4. Frekuensi makan membaik
5. Membrane mukosa membaik

Rencana Tindakan menurut SIKI hal 200 (Standard Intervensi Keperawatan Indonesia):

Observasi

- Identifikasi status nutrisi
Rasional : untuk mengetahui status nutrisi klien sehingga dapat menentukan intervensi yang diberikan
- Identifikasi makanan yang disukai
Rasional : untuk mengetahui makanan yang disukai untuk meningkatkan nafsu makan klien
- Identifikasi kalori dan jenis nutrient
Rasional : untuk menentukan jenis kalori dan nutrisi yang sesuai dengan kebutuhan klien
- Monitor asupan makananan
Rasional : untuk menilai asupan makanan yang adekuat,

Teraupetik

- Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu
Rasional : mulut yang bersih dapat meningkatkan nafsu makan
- Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
Rasional : untuk membantu proses dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi

Edukasi

- Anjurkan posisi duduk, jika mampu

Rasional : agar tidak tersedak saat makan

Kolaborasi

- Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu

Rasional : membantu dalam proses penyembuhan

4.1.4 Pelaksanaan Keperawatan

Tgl	Implementasi	Evaluasi
30/4/21	<p>3 Jam 07.00 : monitor asupan nutrisi</p> <p>Respon : klien mual dan muntah \pm 7-8kali sebanyak 800cc,</p> <p>A: BB = 55kg, TB = 170cm</p> <p>B : GDA : 98mg/dl (sebelum makan)</p> <p>C : mukosa bibir kering</p> <p>D :makan 3X tetapi tidak habis satu porsi, minum 500 cc / hari, mual muntah \pm7-8kali sebanyak 800cc</p> <p>4 Jam 08.00 : Melakukan observasi TTV</p> <p>Respon : TD= 110/80 mmHg N= 110x/menit, RR= 20x/menit, S= 37,5°C</p> <p>3 Jam 10.00 : monitor asupan nutrisi</p> <p>Respon : nafsu makan meningkat</p> <p>3 Jam 12.00 : Memberikan injeksi obat mecobalmin 1x1, santagesik 1 amp, ranitidine 2x1, ondansentron 2x1</p>	<p>S : Pasien mengatakan lemas, mual muntah, nafsu makan menurun</p> <p>O : Mukosa bibir klien kering, turgor kulit menurun, terdapat bintik – bintik merah pada tangannya, akral dingin, muntah \pm800cc klien mendapat infus Asering 21 tpm, TD : 110/80 mmHg N: 110 x / menit S: 37,5°C</p> <p>RR: 20X / menit.</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>

		Respon : mual muntah berkurang, demam berkurang	
01/5/21	<p>3 Jam 07.00 : monitor asupan nutrisi</p> <p>Respon : pasien minum kurang lebih 500 cc, pasien mendapat cairan IV Asering 21 tpm, klien BAK hari ini kurang lebih 1500 cc / hari, pasien mual muntah \pm 4-5 kali sebanyak 500cc.</p> <p>4 Jam 08.00: Memberikan injeksi santagesik 1amp</p> <p>5 Jam 08.00 : Melakukan observasi TTV</p> <p>Respon: TD=100/80mmHg, N=110x/menit, RR=20x/menit, S=36,8⁰C</p> <p>6 Jam 10.00 : monitor asupan nutrisi</p> <p>Respon : keengganan untuk makan berkurang</p> <p>7 Jam 12.00 : ranitidine 2x1, ondansentron 2x1, mecobalamin 1x1.</p> <p>Respon : mual muntah berkurang, demam berkurang.</p>	<p>S : Pasien mengatakan masih lemas mual dan muntah</p> <p>O : Mukosa bibir kering, turgor kulit menurun, akral dingin dan pasien BAK 1500cc, muntah \pm500cc klien mendapat infus Asering 21 tpm, TD: 100/90 mmHg, N: 110 X/menit, S: 36,8 °C, RR : 20 X/menit</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
02/5/21	<p>3 Jam 07.00 : monitor asupan nutrisi</p> <p>Respon : Pasien hanya mual, nafsu makan membaik, minum kurang lebih</p>	<p>S : Pasien mengatakan masih mual tetapi tidak muntah, makan hamper habis</p>	

	<p>750 cc, klien mendapat cairan Asering 21 tpm.</p> <p>3 Jam 08.00: Memberikan injeksi santagesik 1amp</p> <p>4 Jam 08.00 : Melakukan observasi TTV</p> <p>Respon: TD=100/80mmHg, N=110x/menit, RR=20x/menit, S=36,5⁰C</p> <p>- Jam 10.00 : monitor asupan nutrisi</p> <p>Respon : nafsu makan membaik,</p> <p>1. Jam 12.00 : ranitidine 2x1, ondansentron 2x1</p> <p>Respon : pasien sudah tidak mual muntah, dan suhu tubuh membaik.</p>	<p>O : Mukosa bibir kering, turgor kulit >2 detik, BAK klien ±1700cc, klien mendapat infus Asering 21 tpm, TD: 100/80 mmHg N: 105 x / menit S: 36,5°C, RR: 20X/menit.</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan.</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4.2 Pembahasan

Pembahasan ini penulis akan membahas tentang kesenjangan yang ditemukan antara landasan teori dengan tinjauan kasus selama memberikan asuhan keperawatan pada kasus DHF yang dialami oleh Sdr.M. Dengan masalah keperawatan Defisit Nutrisi di ruang Blue 3 Rumah Sakit Wiyung Sejahtera, sesuai langkah-langkah asuhan keperawatan, diantaranya : Pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi.

4.2.1 Pengkajian

Hasil pengkajian pada pasien didapatkan keluhan utama pada pasien ditemukan pasien lemas. Di riwayat penyakit sekarang sebelum dibawa ke rumah sakit pada pasien mengalami mual, muntah dan tidak nafsu makan. Saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan lemas, mual muntah sebelum masuk RS nafsu makan menurun dan pasien nampak mukosa bibir kering, turgor kulit menurun, dan urine 1500cc. Data yang didapatkan, pasien bernama Sdr.M berjenis kelamin laki-laki, berusia 17 tahun dan pendidikan terakhir SMP. Suku bangsa Jawa, Alamat Perum Gunung Sari Indah Blok J/10, pasien masih pelajar, beragam Islam masuk rumah sakit pada tanggal 29-04-2021 pukul 07.00 WIB dengan diagnosa medis DHF, hal ini sesuai dengan teori. Menurut (Aji 2016) yang terjadi pada penyakit DHF ditandai adanya tidak nafsu makan dan mual muntah.

Keluhan utama masuk rumah sakit yang dirasakan Sdr.M mengeluh badan terasa lemah, mual setiap akan makan. Pasien datang di IGD RS Wiyung Sejahtera Surabaya pada tanggal 30-April-2021 dengan kondisi badan lemas, didapatkan tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 110x/menit, RR 20x/menit dan suhu 37,5°C. Mukosa bibir tampak kering, pemeriksaan CRT >3 detik, akral dingin, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun.

Menurut konsep teori Standar Asuhan Keperawatan Indonesia, dari pengkajian keluhan utama akan di temukan masalah Keperawatan pada defisit nutrisi . Hal ini sesuai dari hasil pengkajian dengan konsep teori yang dimana klien mengeluh badan terasa lemas, mual, muntah, membran mukosa kering, peningkatan frekuensi nadi yang teraba lemah, dan penurunan *capillary refill time*, serta nafsu makan yang berkurang.

Selama proses pengkajian pasien dan keluarga kooperatif dan keluarga mendukung dalam memberikan informasi.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Hasil pengkajian pasien ditemukan masalah keperawatan yaitu Defisit Nutrisi. Dari beberapa gejala-gejala yang timbul pada klien seperti badan terasa lemas, nafsu makan berkurang, mual muntah, frekuensi nadi 110x/menit teraba lemah, turgor kulit menurun, CRT < 3 detik, dan membran mukosa kering. Dalam tinjauan kasus diagnose keperawatan muncul prioritas utama : Defisit Nutrisi berhubungan dengan psikologis (keengganan untuk makan)

Dari pembahasan di atas telah disimpulkan bahwa pada diagnosa keperawatan yang muncul terdapat persamaan antara tinjauan teori dengan tinjauan kasus pada pasien yaitu dengan defisit nutrisi.

4.2.3 Intervensi

Defisit Nutrisi berhubungan dengan psikologis (keengganan untuk makan) ditandai dengan mual muntah rencana yang dilakukan Manajemen nutrisi (Identifikasi alergi, identifikasi makanan yang disukai, berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, anjurkan posisi duduk jika mampu, kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan), Pemantauan tanda vital (Monitor TTV, dokumentasikan hasil pemantauan, informasikan hasil pemantauan).

Hal ini sesuai dengan buku SIKI. Rencana akan dilakukan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi, sehingga nantinya diharapkan intake dan output adekuat, BB ideal, klien tidak lemas lagi (Hidayat, 2006).

4.2.4 Implementasi

Defisit Nutrisi berhubungan dengan psikologis (keengganan untuk makan) rencana yang dilakukan Manajemen nutrisi : Mengidentifikasi alergi, klien tidak ada alergi terhadap obat maupun makanan., mengidentifikasi makanan yang disukai, makanan yang disukai klien. Makanan yang disukai klien ayam, ikan, nasi goreng, mangga, pisang dan makanan yang tidak disukai klien nanas. , memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi (pepaya), menganjurkan posisi duduk jika mampu, agar klien tidak merasa letih dan lemah. Melakukan kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan. Pemantauan nutrisi, Mengidentifikasi kelainan pada kulit, (pada kulit klien terdapat bintik-bintik merah di tangan klien), Memonitor mual dan muntah (klien merasakan mual dan muntah), Menjelaskan tujuan prosedur pemantauan (tujuan pemantauan nutrisi agar nutrisi klien terpenuhi).

Respon pasien terhadap tindakan keperawatan seperti melakukan pemberian nutrisi yang adekuat . Pada saat menganjurkan memperbanyak asupan nutrisi klien kooperatif dan sudah dapat mengonkumsi makanan yang klien sukai.

Pada tinjauan kasus yang dilakukan pelaksanaan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan pada teori. Dan semua intervensi diatas dilakukan terhadap pasien. Implementasi yang dilakukan pada pasien terdapat kesenjangan dimana respon pasien dilakukan intervensi mempunyai respon yang berbeda.

Faktor pendukung dari implementasi adalah kemauan pasien untuk sembuh sangat baik (kooperatif) dan keluarga juga mendukung dengan baik. Faktor penghambat dari implementasi ini adalah ketidaktahuan klien dan keluarga dalam menanggulangi kehilangan cairan secara mandiri. Sehingga perawat melakukan upaya peningkatan pengetahuan kesehatan dengan memberikan edukasi tentang pentingnya meningkat konsumsi makanan maupun cairan yang harus disesuaikan dengan kebutuhan klien

4.2.5 Evaluasi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan, peneliti hasil evaluasi implementasi yang telah dilakukan pada Sdr.M dilakukan selama 3 hari. Hasil evaluasi yang didapatkan pada Sdr.M hari pertama dilakukan pengkajian sekaligus dilakukan tindakan keperawatan Pasien mengatakan masih lemas dan mual dan muntah 4x. Mukosa bibir klien kering, turgor kulit menurun, dan klien BAK 1500 cc, klien mendapat infus Asering 21 tpm, TD : 110/80 mmHg N: 110 x / menit S: 37,2°C, RR: 20X / menit. Masalah belum teratasi dan intervensi dilanjutkan. Pada pertemuan kedua hasil evaluasi Sdr.M. dari tindakan keperawatan yang sudah dilakukan dengan keluhan badan masih lemas dan mual muntah, mukosa kering, turgor kulit menurun, nadi teraba lemah, dan klien BAK 1500 cc, klien mendapat infus RL 14 tpm, TD: 100/90 mmHg, N: 110 X/menit, S: 36,8 °C, RR : 20 X/menit, masalah belum teratasi, intervensi dilanjutkan. Pertemuan ketiga hasil evaluasi Sdr.M dari tindakan keperawatan yang sudah dilakukan dengan kondisi klinis menunjukkan pasien Masih mual tetapi tidak muntah, Mukosa bibir kering, turgor kulit <3 detik, BAK klien +- 1500 cc, klien mendapat infus Asering 21 tpm, TD: 100/80 mmHg N: 110 x / menit S: 36,5°C, RR: 20X/menit.. masalah belum teratasi, intervensi dilanjutkan.

Evaluasi tindakan asuhan keperawatan pada masalah kekurangan volume cairan dapat dikatakan berhasil jika memenuhi kriteria, seperti : tidak mengalami demam atau suhu tubuh dalam batas normal, tidak mual dan muntah, membrane mukosa lembab, akral hangat, pada pemeriksaan laboratorium didapatkan hasil trombosit dalam rentang 100.000/ul (Raudhatul Jannah, 2019).