KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NN. ”E” DENGAN *DENGUE HAEMORRHAGIC FEVER* DI RUANG PERAWATAN BERNADETH III B RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH:

BERNADETHI SABONO
E1614401051
DELVIANTI TANDIAYU
E1614401052

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM DIII KEPERAWATAN
MAKASSAR
2019

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NN. ”E” DENGAN *DENGUE HAEMORRHAGIC FEVER* DI RUANG PERAWATAN BERNADETH III B RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH:

BERNADETHI SABONO
E1614401051
DELVIANTI TANDIAYU
E1614401052

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM DIII KEPERAWATAN
MAKASSAR
2019

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah dengan judul " ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NN "E" DENGAN *DENGUE HAEMORRHAGIC FEVER* (DHF) DI RUANG PERAWATAN BERNADETH III B RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR " telah disetujui oleh pembimbing untuk diuji dan dipertanggung jawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh :

Bernadethi Sabono
E1614401051
Delvianti Tandiayu
E1614401052

Disetujui oleh :
Pembimbing

(Mery Solon, Ns.,M.Kes)
NIDN. 0910057502

Menyetujui
Wakil Ketua Bidang Akademik

(Henny Pongantung, Ns.,MSN.,DN.Sc)
NIDN. 0912106501

LEMBAR PENGESAHAN
PROGRAM DIII KEPERAWATAN
STIK STELLA MARIS

Karya Tulis ini dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NN. "E" DENGAN *DENGUE HAEMORRHAGIC FEVER* (DHF) DI RUANG PERAWATAN BERNADETH III.B RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR" telah dipertanggungjawabkan dan telah diujikan di hadapan Tim Penguji yang dilaksanakan pada:

Hari/Tanggal	: Selasa, 21 Mei 2019
Pukul	: 12.30 – 14.00 WITA
Tempat	: Kampus STIK Stella Maris Makassar

Tim Penguji:

1. Serlina Sandi, Ns., M.Kep (.....)
2. Rosdewi, S.Kp., MSN (.....)
3. Mery Solon, Ns., M.Kes (.....)

Mengetahui
Ketua STIK Stella Maris Makassar

(Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes)
NIDN. 0928027101

RIWAYAT HIDUP

A. Identitas Pribadi

Nama	: Bernadethi Sabono
Tempat, tanggal lahir	: Ambon, 06 - Juni - 1998
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen Protestan
Alamat	: Jalan Maipa No.19

B. Identitas Orang Tua

Ayah	: Johanes Sabono
Ibu	: Meylen L.M Koritelu
Agama	: Kristen Protestan
Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Watidal (Maluku)

C. Pendidikan Yang Ditempuh

1. SD Kristen Watidal	: Tahun 2004 - 2010
2. SMP Kristen Larat	: Tahun 2010 - 2013
3. SMAN Tanimbar Utara	: Tahun 2013 - 2016
4. STIK Stella Maris Makassar	: Tahun 2016 - 2019

RIWAYAT HIDUP

D. Identitas Pribadi

Nama	: Delvianti Tandiayu’
Tempat, tanggal lahir	: Sangatta, 17 - Januari - 1998
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen Protestan
Alamat	: Jalan Rajawali Lr. 26 No.8

E. Identitas Orang Tua

Ayah	: Seti
Ibu	: Yuliana Sauran
Agama	: Kristen Protestan
Pekerjaan	: Petani
Alamat	: Tana Toraja

F. Pendidikan Yang Ditempuh

5. SDN 109 Tombang	: Tahun 2004 - 2010
6. SMPN 01 Makale	: Tahun 2010 - 2013
7. SMAN 01 Makale	: Tahun 2013 - 2016
8. STIK Stella Maris Makassar	: Tahun 2016 - 2019

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, yang telah melimpahkan rahmat dan berkat serta penyertaan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya tulis ilmiah ini dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA NN "E" DENGAN *DENGUE HAEMORRHAGIC FEVER* (DHF) DI RUANG PERAWATAN BERNADETH III B RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR ".

Dalam menyelesaikan karya tulis ini penulis mendapat banyak dukungan baik moril, materil maupun spiritual dari berbagai pihak. Tanpa dukungan dan bantuan dari segala pihak penulis tidak mungkin dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini sebagaimana mestinya.

Oleh karena itu pada kesempatan ini perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih yang sedalam – dalamnya kepada :

1. Dr. Thomas Suharto.,MMR Selaku Direktur Rumah Sakit Stella Maris beserta staf yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melaksanakan praktek klinik keperawatan.
2. Siprianus Abdu.,S.Si.,Ns.,M.Kes Selaku ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan serta telah membimbing, mendidik, dan memberikan pengetahuan selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
3. Mery Solon, Ns.,M.Kes Selaku ketua program studi D.III keperawatan dan pembimbing akademik yang selalu membimbing dan memberikan motivasi. Dan juga selaku dosen pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan kepada penulis selama proses menyelesaikan penyusunan karya tulis ilmiah ini.
4. Segenap Dosen beserta Staf STIK Stella Maris yang telah membimbing dan membekali penulis berupa ilmu pengetahuan di bidang keperawatan selama mengikuti pendidikan.

5. Kepala ruangan Bernadeth III B Rumah Sakit Stella Maris Makassar beserta seluruh staf atas pengertian dan kerja sama yang baik selama penulis melaksanakan praktek (pengambilan kasus).
6. Kepada Nn “E” dan keluarga yang telah bersedia dan bekerja sama dengan penulis dalam penyusunan karya tulis ini.
7. Teristimewa untuk kedua orang tua penulis, serta semua keluarga yang telah memberikan dukungan, motivasi, bantuan doa, perhatian dan kasih sayang selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
8. Kepada Sr. Anna Mathilda, JMJ dan Sr. Christina Mslina, JMJ yang telah membina penulis selama penulis berada di asrama.
10. Buat teman-temanku di asrama kampus Stella Maris, yang telah memberikan semangat serta masukan bagi penulis dalam menyelesaikan pendidikan dan karya tulis ilmiah ini.
11. Buat teman – teman mahasiswa/i Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Program DIII Keperawatan angkatan 2016 – 2019, khususnya teman seperjuangan di ruang perawatan Bernadeth III B yang selalu bersama-sama baik suka maupun duka dalam menjalani penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini memiliki banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan “tidak ada gading yang tak retak”, untuk itu penulis mengharapkan adanya kritikan dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Makassar, Mei 2019

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL
HALAMAN PERSETUJUAN
HALAMAN PENGESAHAN
RIWAYAT HIDUP
KATA PENGANTAR i
DAFTAR ISI iii
DAFTAR TABEL iv
DAFTAR GAMBAR v
BAB I PENDAHULUAN 1
A. Latar Belakang 1
B. Tujuan Penulisan 3
C. Manfaat Penulisan 3
D. Metode Penulisan 4
E. Sistematika Penulisan 5
BAB II TINJAUAN TEORITIS 7
A. Konsep Dasar Medik 7
1. Pengertian 7
2. Anatomi Fisiologi 8
3. Etiologi 12
4. Patofisiologi 13
5. Manifestasi Klinis 14
6. Pemeriksaan Diagnostik 16
7. Penatalaksanaan Medik 17
8. Komplikasi 17
B. Konsep Dasar Keperawatan 18
1. Pengkajian 18
2. Diagnosa Keperawatan 19
3. Intervensi Keperawatan 20

4. Discharge Planning 28
C. Patoflowdiagram 29
BAB III TINJAUAN KASUS 31
A. Pengkajian 32
B. Analisa Data 52
C. Diagnosa Keperawatan..... 55
D. Rencana Keperawatan 56
E. Pelaksanaan Keperawatan 61
F. Evaluasi Keperawatan 74
G. Daftar Obat 78
BAB IV PEMBAHASAN KASUS 82
A. Pengkajian 82
B. Diagnosa Keperawatan 84
C. Rencana Keperawatan 85
D. Implementasi Keperawatan 86
E. Evaluasi Keperawatan 87
BAB V SIMPULAN DAN SARAN 88
A. Kesimpulan 88
B. Saran 89
DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Pembuluh Darah 8
Gambar 2.2 Sel-Sel Darah 8
Gambar 2.3 Patoflowdiagram DHF 30
Gambar 3.1 Genogram Pasien 34

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pemeriksaan Laboratorium 50
Tabel 3.2 Analisa Data..... 52
Tabel 3.3 Diagnosa Keperawatan..... 55
Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan 56
Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan..... 61
Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan 74

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) pada dekade terakhir menjadi masalah kesehatan global, ditandai dengan meningkatkan kasus DHF di dunia. Jumlah kasus *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) yang dilaporkan oleh *World Health Organization* (WHO) terlihat dalam beberapa dekade pertama pada tahun 1996 – 2005 sebanyak 1,3 juta kasus meningkat menjadi 5,4 juta kasus pada dekade kedua tahun 2006 – 2015. Berdasarkan permodelan matematis, kejadian tahunan di seluruh dunia telah diperkirakan dalam beberapa tahun terakhir sebanyak 50 – 100 juta gejala kasus DHF pertama di Asia, Amerika Latin, dan Afrika (WHO, 2016).

Indonesia adalah daerah endemik DHF dan karena jumlah penderitanya terus menerus bertambah dan penyebarannya semakin luas mengalami epidemik sekali dalam 4-5 tahun. Faktor lingkungan dengan banyaknya genangan air bersih yang menjadi sarang nyamuk, mobilitas yang tinggi dan cepatnya transportasi antar daerah, menyebabkan sering terjadi DHF. (Sungkar dkk, 2010).

DHF banyak ditemukan di daerah tropis dan subtropis termasuk di Indonesia, Penyakit DHF dilaporkan pertama kali di Surabaya pada tahun 1968 dimana sebanyak 58 orang terinfeksi dan 24 orang diantaranya meninggal dunia (Depkes RI, 2015).

Kemenkes RI, 2016 mencatat ditahun 2015 pada bulan Oktober ada 3.219 kasus DHF dengan kematian mencapai 32 jiwa sementara November ada 2.921 kasus dengan 37 angka kematian dan Desember 1.104 kasus dengan 37 angka kematian. Dibandingkan

dengan tahun 2014 pada Oktober tercatat 8.149 kasus dengan 81 angka kematian, November 7.877 kasus dengan 66 angka kematian, dan Desember 7.856 kasus dengan 50 angka kematian.

Berdasarkan data di Sulawesi Selatan pada tahun 2016 penderita *Dengue Haemorrhagic Fever* terus meningkat. Penularan nyamuk *aedes* sesuai data Dinkes Sulawesi Selatan Pekabupaten/kota selama dua tahun terakhir, paling tinggi terjadi di wilayah Bone yang mencapai 740 kasus, kemudian menyusul Kabupaten Pangkep dengan jumlah 731 kasus, Soppeng 399 kasus dan Makassar 367 kasus (Makassar Tribunnesnews.com, 2016)

Berdasarkan Data Medik Rumah Sakit Stella Maris tercatat jumlah DHF tahun 2016 sebanyak 711 pasien dengan laki-laki sebanyak 349 pasien, perempuan sebanyak 362 pasien, dan 4 pasien yang meninggal. Pada tahun 2017 penderita DHF sebanyak 329 pasien dengan laki-laki sebanyak 185 pasien dan perempuan sebanyak 144 pasien dan 2 pasien yang meninggal. Pada tahun 2018 penderita DHF sebanyak 466 pasien dengan laki-laki sebanyak 231 dan perempuan sebanyak 235 pasien dan 1 pasien meninggal.

Dengan melihat masih banyak angka kematian pada kasus DHF yang disebabkan oleh keterlambatan dalam penanganan, maka dibutuhkan peran dan fungsi perawat dalam melakukan asuhan keperawatan dengan benar meliputi tindakan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang dilakukan secara komprehensif dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan. Tindakan promotif dan preventif dilakukan melalui upaya pemberantasan demam berdarah dengan salah satu cara adalah membentuk sikap masyarakat untuk menerapkan Pola Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) sebagai modal utama dalam menanggulangi DHF dan penyakit menular lainnya (Kemenkes RI, 2013)

Berdasarkan data-data di atas membuat penulis tertarik untuk mengangkat kasus Karya Tulis Imiah (KTI) yang berjudul Asuhan Keperawatan pada pasien dengan *Dengue Hemorrhagic Fever.*

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mampu memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF)

2. Tujuan Khusus

Melalui asuhan keperawatan penulis mampu :

a. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF)
b. Menetapkan diagnosis keperawatan pada pasien dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF)
c. Menyusun rencana asuhan keperwatan pada pasien dengan *Dengue Haemorhragic Fever* (DHF)
d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF)
e. Mengevaluasi tindakan keperawatan pada pasien dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF)
f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF)

C. Manfaat Penulisan

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat memberi manfaat bagi :

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Merupakan sumber informasi bagi tenaga kesehatan khususnya bagi perawat yang ada di rumah sakit dalam upaya meningkatkan suatu pelayanan keperawatan khususnya pada pasien dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF), melalui pendekatan proses keperawatan.

2. Bagi Institusi Pendidikan

   Sebagai sumber informasi/ bacaan serta acuan untuk meningkatkan kemampuan mahasiswa dalam penerapan proses keperawatan khususnya dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF).

3. Bagi Pasien dan Keluarga

   Menambah pengetahuan pasien dan keluarga tentang cara pencegahan dan penangan awal dari DHF dengan cara memberikan terapi cairan.

4. Bagi Penulis

   a. Sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan Diploma III Keperawatan

   b. Mengaplikasikan ilmu dan pengetahuan selama pendidikan, terutama dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan system *Hematogi. Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF)

D. Metode Penulisan

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini tentang asuhan keperawatan pada pasien gangguan sistem Hematologi, *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF), penulis menggunakan metode :

1. Studi Kepustakaan

   Dengan memperoleh informasi-informasi terbaru di internet dengan berbagai situs, materi dan literatur-literatur di perpustakaan dan toko buku mengenai isi dan karya tulis ini.

2. Studi Kasus

   Dengan studi kasus menggunakan asuhan keperawatan yang komperensif meliputi pengkajian data, analisa data, penetapan diagnosis keperawatan dan evaluasi keperawatan.

   Teknik pengumpulan data yang dilakukan adalah :

a. Wawancara

Dengan melakukan Tanya jawab kepada pasien, keluarga dan perawat setempat.

b. Observasi

Pengamatan langsung kondisi pasien dengan mengikuti tindakan yang diberikan kepada pasien dalam proses pelaksanaan asuhan keperawatan.

c. Studi Dokumentasi

Data yang didapatkan dan berupa jumlah penderita gangguan Hematologi, *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) yang terjadi dalam satu tahun terakhir.

d. Pemeriksaan Fisik

Dengan melakukan pemeriksaan langsung pada pasien dengan teknik inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi.

E. Sistematika Penulisan

Penulisan karya tulis ilmiah ini disusun secara sistematika yang dimulai dari penyusunan BAB I (Pendahuluan) yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan. BAB II (Tinjauan teoritis) yang disusun dari berbagai topik yaitu Konsep dasar medik yang terdiri dari pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, test diagnostik, penatalaksanaan medik dan komplikasi; kemudian konsep dasar keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan keperawatan, dan perencanaan pulang, setelah itu pada akhir BAB ini dibuatkan patoflowdiagram. BAB III (Pengamatan kasus) yang diawali dengan ilustrasi kasus, setelah itu pengkajian data dari pasien, analisa data, penetapan diagnose keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi/ pelaksanaan keperawatan dan evaluasi. BAB IV (Pembahasan kasus berisi tentang pembahasan kesenjangan yang dapat dibandingkan melalui teori dengan pengamatan kasus pasien yang dirawat. BAB V sebagai bagian akhir dari karya tulis

ilmiah ini yaitu penutup yang berisi tentang uraian kesimpulan dan saran bagi pihak-pihaki yang terkait dari penyusunan karya ilmiah ini dan terakhir DAFTAR PUSTAKA.

BAB II
TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medik

1. Pengertian

Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) merupakan penyakit yang menular yang disebabkan oleh virus *dengue* dan ditularkan oleh nyamuk *aedes aegypti,* yang ditandai dengan demam mendadak selama 2-7 hari tanpa penyebab yang jelas disertai dengan lemah/lesu, gelisah, nyeri ulu hati disertai tanda perdarahan di kulit berupa bintik merah, lebab atau ruam, kadang-kadang disertai mimisan, berak darah, muntah darah, kesadaran menurun atau syok (Depkes RI, 2012).

DHF adalah salah satu infeksi *aebovirus* akut yang masuk ke dalam tubuh melalui gigitan nyamuk spesies *aedes.* Penyakit ini sering menyerang anak, remaja, dan dewasa yang ditandai dengan demam, nyeri otot dan sendi (Desmawati, 2013)

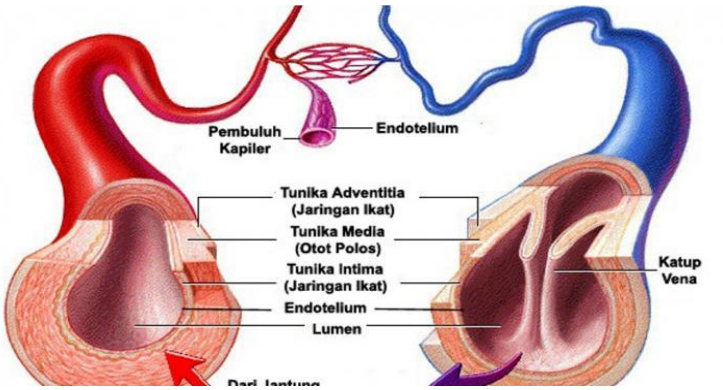
DHF adalah penyakit yang disebabkan oleh virus *dengue* yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti* dan *aedes albopictus* (Titik Lestari, 2016)

Berdasarkan pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa DHF adalah penyakit infeksi akut menular yang disebabkan oleh virus *dengue* yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti* dan *aedes albopictus* yang menyerang semua usia baik anak, remaja, dan dewasa yang ditandai dengan demam mendadak selama 2-7 hari, lemah/lesu, nyeri pada ulu hati, sendi dan otot yang terkadang disertai dengan tanda-tanda perdarahan dan kesadaran menurun atau syok.

2. Anatomi Fisiologi

a. Anatomi

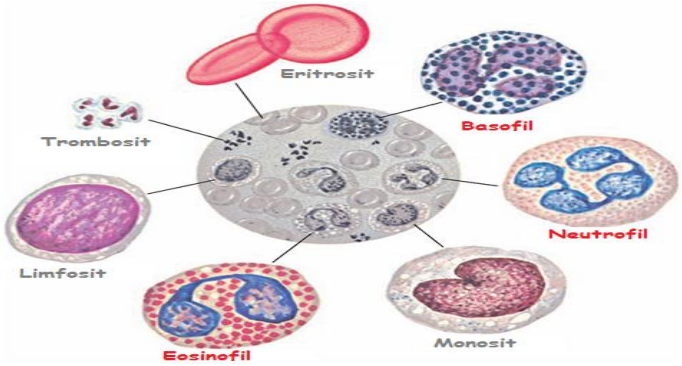
1) Pembuluh darah



Gambar 2.1 Anatomi Pembuluh Darah

Sumber : Nurhayati Evi, 2013

2) Sel – sel darah



Gambar 2.2 Sel-sel Darah

Sumber : Buruner & Suddarth, 2014

b. Fisiologi

1) Pembuluh darah

a) Pembuluh darah arteri

Pembuluh darah arteri terdiri dari tiga lapisan yaitu: lapisan terluar terdiri atas jaringan ikat *februs* disebut disebut *tunika advantisa,* lapisan ini bersifat sebagai pelindung. Lapisan tengah yang memiliki otot elastik disebut *tunika media*, lapisan ini bersifat kuat berfungsi menjaga pembuluh darah tetap terbuka dan memiliki otot yang dapat berkontraksi membesar dan menyempit untuk mempertahankan tekanan darah. Lapisan terdalam disebut *tunika intima*, lapisan ini dibentuk oleh endothelium yang bersifat sangat licin untuk mengurangi gesekan darah dengan dinding pembuluh. Pembuluh darah arteri terdiri dari dua jenis yaitu: pembuluh aorta dan pembuluh pulmonalis. Pembuluh aorta merupakan merupakan pembuluh arteri yang datang dari bilik jantung sebelah kiri dan berfungsi mengangkut oksigen untuk diedarkan ke seluruh tubuh sedangkan pembuluh pulmonalis merupakan pembuluh arteri yang berasal dari bilik kanan dan berfungsi membawa darah yang telah terkontaminasi oleh karbondioksida dan seluruh tubuh menuju ke paru-paru.

b) Pembuluh darah vena

Pembuluh darah vena adalah jenis pembuluh darah yang datang menuju serambi jantung yang sifatnya tipis dan cukup elastis. Pembuluh darah vena terdiri dari 2 bagian yaitu vena kava superior dan vena kava inferior. Pembuluh vena kava superior adalah pembuluh darah yang mengangkut darah dari kepala dan anggota gerak atas, sedangkan pembuluh darah vena kava inferior adalah pembuluh darah yang mengangkut darah dari bagian dan anggota gerak bawah.

c) Pembuluh darah kapiler

Pembuluh darah kapiler adalah pembuluh darah yang sangat kecil dengan diameter 5-10 mikrometer, dengan menghubungkan arteriola dan venula yang memungkinkan terjadinya pertukaran air, oksigen, karbondioksida, nutrient dan zat kimia sampah (Irianto, 2010).

2) Struktur darah

Darah adalah suatu suspense partikel dalam suatu larutan koloid cair yang mengandung larutan elekrtrolit dan merupakan suatu medium pertukaran antar sel yang terifikasi dalam tubuh dan lingkungan luar (Desmawati, 2013).

Fungsi darah yaitu membawa oksigen dari paru-paru ke jaringan dan karbondioksida dari jaringan ke paru-paru untuk dikeluarkan, membawa zat nutriisi dari saluran cerna ke jaringan kemudian mengantar sisa metabolisme melalui organ sekresi seperti ginjal, sebagai proteksi tubuh terhadap bahaya mikroorganisme, proteksi terhadap cedera atau pendarahan, dan juga berfungsi untuk mempertahankan temperature tubuh.

Volume darah manusia sekitar 7-10% berat badan normal dan berjumlah sekitar 5 liter. Keadaan jumlah darah pada tiap orang berbeda-beda, bergantung pada usia, pekerjaan, serta keadaan jantung atau pembuluh darah. Darah tersusun atas dua komponen yaitu sel darah dan plasma darah.

a) Sel darah

(1) Eritrosit (sel darah merah)

Eritrosit normal berbentuk cakram bikonkraf dan tidak mempunyai inti. Ukuran diameter kira-kira 0,007mm dan tidak dapat bergerak. Jumlahnya kira-kira 5 juta dalam 1 mm^3, warnanya kuning kemerahan karena di dalamnya

mengandung suatu zat yang disebut *hemoglobin*. Normal hemoglobin dalam darah pada laki-laki adalah 14-18 gr/dl dan pada wanita 12-16 gr/dl. Eritrosit dibentuk dalam sum-sum tulang, limfe dan hati. Fungsi eritrosit adalah mentransportasi *hemoglobin*, selanjutnya membawa oksigen dari paru- paru ke jaringan. Nilai sel darah merah:

(a) Laki- Laki dewasa : 4,3 jt-5,9 jt/ml
(b) Wanita dewasa : 3,9 jt-4,8 jt/ ml
(c) Bayi : 5,0 jt-7,0 jt/ml

(2) Leukosit (sel darah putih)

Bentuk dan sifat leukosit berbeda dengan eritrosit apabila kita melihat dibawah mikroskop maka terlihat bentuknya dapat berubah-ubah dan dapat bergerak dengan perantaraan kaki palsu (*seudopodia*), mempunyai banyak inti sel sehingga dapat dibedakan menurut selnya dan berwarna bening. Fungsi leukosit yaitu sebagai pertahanan tubuh yang membunuh dan memakan bibit penyakit atau bakteri yang masuk ke dalam jaringan tubuh RES (*Reticulo Endothelial System*) dan sebagai pengangkut atau pembawa zat lemak dari dinding usus melalui limpa terus kepembuluh darah. Nilai normal leukosit yaitu 4500 - 10000 mm^3.

(3) Trombosit (kepingan darah)

Trombosit merupakan partikel kecil, berdiameter 2 sampai 4 µm, yang terdapat dalam sirkulasi plasma darah. Dibentuk oleh fragmentasi sel raksasa sum-sum tulang yang disebut megakarosit. Produksi trombosit diatur oleh trombopoetin. Normal trombosit adalah 150.000 – 450.000 mm^3. Trombosit berperan penting dalam pembentukan bekuan darah. Trombosit dalam keadaan normal bersirkulasi ke seluruh tubuh melalui aliran darah. Namun

dalam beberapa detik setelah kerusakan suatu pembuluh, trombosit tertarik ke daerah tersebut sebagai respons terhadap kolagen yang terpajan di lapisan subendotel pembuluh. Trombosit melekat ke permukaan yang rusak dan mengeluarkan beberapa zat (serotonin dan histamine) yang menyebabkan terjadinya vasokontriksi pembuluh. Fungsi lain dari trombosit yaitu untuk mengubah bentuk dan kualitas setelah berikatan dengan pembuluh yang cedera, trombosit akan menjadi lengket dan menggumpal bersama membentuk sumbatan trombosit yang secara efektif menambal daerah yang luka.

b) Plasma darah

Plasma adalah bagian darah yang encer dalam sel-sel darah, warnanya bening kekuningan. Zat yang terdapat dalam plasma darah adalah sebagai berikut :

(1) Fibrinogen yang berguna dalam peristiwa pembekuan darah.
(2) Garam-garam mineral yang berguna dalam metabolisme dan juga mengadakan osmotik.
(3) Protein darah (albumin, globulin) meningkatkan viskositas darah juga menimbulkan tekanan osmotik untuk memelihara keseimbangan cairan dalam tubuh.
(4) Zat makanan (asam amino, glukosa, lemak, vitamin).
(5) Hormon, yaitu suatu zat yang dihasilkan dari kelenjar tubuh.

3. Etiologi

DHF adalah penyakit akut yang disebabkan oleh virus dengue, yang ditularkan oleh nyamuk *aedes aegypti.* Nyamuk *aedes* terdiri dari 5 jenis yaitu : *aedes aegypti, aedes albapictus, aedes polynesiensis, aedes scutetellaris,* dan *aedes pseudoscutellaris*. Di Indonesia yang

paling banyak sebagai vector virus *dengue* adalah *aedes aegypti* dan *aedes albopictus*.

a. *Aedes Aegypti*

Merupakan sepsis nyamuk yang suka beristirahat di tempat yang gelap dan lembab. Nyamuk ini mempunyai kebiasaan mencari makan sepanjang hari terutama antara jam 08.00-13.00 dan antara 15.00-17.00, jarak terbang spontan nyamuk betina jenis ini terbatas sekitar 30-50 meter per hari.

b. *Aedes Albopictus*

Merupakan nyamuk kebun yang memperoleh makanan dengan cara menggigit dan menghisap darah dari berbagai binatang. Larva dari nyamuk imatur ini mempunyai habitat hidup dalam genangan air. Daya terbang nyamuk betina jenis ini berkisar antara 400-600 meter (Hasdianah dan Dewi, 2014).

4. Patofisiologi

Virus dengue masuk ke dalam tubuh melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti* atau *aedes albopictus*, yang akan mengakibatkan terjadinya viremia melalui refleksi virus, adapun hal lainyang dapat terjadi dimana seseorang mengalami infeksi virus dengue berulang. Reinfeksi ini akan menyebabkan suatu reaksi anomnestik antibodi, sehingga menimbulkan konsentrasi kompleks antigen antibodi (kompleks virus antibodi) yang tinggi, yang akan mengaktivasi system komplemen, yang menyebabkan dilepaskannya anafilatoksin C3a dan C5a, dari pelepasan ini terjadi pelepasan toksik melalui aliran darah sehingga terjadi dilatasi pembuluh darah, selain itu pelepasan toksik ini pula dapat menimbulkan peningkatan set-point termostat hipotalamus yang merangsang zat pirogen untuk dilepaskan dari degenerasi jaringan tubuh sehingga timbul demam. Terjadinya dilatasi pembuluh darah mengakibatkan peningkatan permeabilitas kapiler dinding pembuluh darah yang selanjutnya dapat menimbulkan dua hal yaitu volume

plasma menurun dan hematokrit meningkat dan terjadi kebocoran plasma ke ruang intravaskuler sehingga terjadi trombositopenia.

Trombositopenia dapat juga terjadi akibat penurunan produksi trombosit oleh sumsum tulang (meningkatnya megakarosit dalam sumsum tulang dan pendeknya masa hidup trombosit), peningkatan destruksi di RES (*Reticulo Endotelial Sistem*), peningkatan pemakaian destruksi trombosit diperifer dan agregasi trombosit akibat endotel yang rusak. Akibat dari terjadinya semua itu terjadilah penurunan pembekuan darah sehingga terjadi perdarahan pada bagian CIS dan CES yang mengakibatkan transport asam basah menurun. Terjadinya kebocoran plasma ke ruang intravaskuler menimbulkan penurunan tekanan pengisian sirkulasi darah yang mengakibatkan penurunan aliran balik vena dan curah jantung menurun sehingga terjadi syok hipovolemik dan apabila terjadi terus-menerus akan menyebabkan kematian.

Selain itu dapat pula terjadi perembesan plasma pada daerah *gastrointestinal*. Pada daerah *gastrointestinal* dapat terjadi hepatomegali dikarenakan adanya peningkatan cairan dalam plasma dalam hepar melalui sistem vena porta dan dapat pula terjadi penurunan produksi ATP karena terjadi peningkatan asam lambung yang menimbulkan rangsangan mual muntah yang menyebabkan suplai nutrisi dan proses metabolisme menurun. Hal ini dapat pula terjadi pada daerah lambung yang asidosis metabolik karena hilangnya bikarbonat melalui adanya muntah yang sangat berlebihan dan terjadi secara terus-menerus (Desmawati, 2013).

5. Manifestasi Klinik
    a. Gambaran klinis pada penyakit DHF antara lain :
        1) Demam tinggi selama 2-7 hari
        2) Perdarahan terutama di bawah kulit
        3) Epistakis, hematemesis, melena dan hematuria

4) Mual muntah, tidak nafsu makan, dan diare
5) Nyeri otot, tulang sendi, abdomen dan ulu hati
6) Sakit kepala
7) Pembengkakan sekitar mata pembesaran hati
8) Tanda-tanda renjaan (sianosis, kulit dingin, tekanan darah menurun, gelisah, takikardi dan lemah)

b. Gambaran klinis DHF sangat bervariasi mulai dari ringan sampai berat tetapi untuk memudahkan biasanya dibagi dalam 4 deretan derajat keganasan/beratnya penyakit :

1) Derajat I

Ditandai dengan :

a) Demam
b) Mual muntah
c) Anoreksia
d) Sakit kepala terus-menerus
e) Nyeri bagian epigastrium
f) Nyeri diperputaran bola mata
g) Tourniquet tes positif.

2) Derajat II

Tanda-tanda seperti derajat I ditambah dengan perdarahan spontan pada kulit (peteqie, echimosis dan purpura) dan perdarahan lain seperti epitaksis, hematemesis dan melena.

3) Derajat III

Pasien dalam pre-shock ditandai dengan adanya kegagalan sirkulasi darah, hipotensi, pucat, kulit dingin, gelisah dan denyut nadi lambat.

4) Derajat IV

Disebut DSS (*Dengue Shock Syndrome*). Pada tingkat ini pasien sudah dalam keadaan syok, tekanan darah sudah tidak terdengar dan nadi tidak teraba (Desmawati, 2013)

6. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Nadezul (2013) pemeriksaan penunjang meliputi :

a. Darah Lengkap

Biasanya pada pemeriksaan darah lengkap bagi pasien yang menderita DHF akan menunjukkan kelainan pada hematokrit (hematokrit biasanya naik 20% atau lebih) dan trombosit mengalami penurunan 100.000 mm^3.

b. Pemeriksaan *Dengue Blood* (metode rapid)

Untuk melihat antibodi IgG dan IgM pemeriksaan IgG untuk melihat adanya infeksi pertama kalinya pasien terkena DHF. Pemeriksaan IgM itu untuk melihat infeksi kedua kalinya pasien terkena DHF.

c. Pemeriksaan *Rumple Leed Test* (Tourniquet Tes)

Merupakan salah satu cara paling mudah dan tepat untuk menentukan apakah terkena demam berdarah atau tidak. Rumple tes adalah pemeriksaan bidang hematologi dengan melakukan pembendungan pada bagian lengan selama 10 menit untuk uji diagnostik kerapuhan vaskuler dan fungsi trombosit.

d. Urinalisis

Pasien yang menderita DHF mungkin di temukan albuminaria ringan.

e. Pemeriksaan CT Scan

1) Untuk menunjukkan apakah hepar menunjukkan pembesaran lobus hepar (hepartomegali)
2) Limfa menunjukkkan adanya pembesaran (spientomegali)

f. Rontgen Torax

Untuk melihat apakah terjadi *efusi pleura*.

7. Penatalaksanaan Medik

Perawatan diberikan sesuai dengan masalah yang ada bagi Penatalaksanaan medis penderita penyakit DHF adalah sebagai berikut : Tirah para penderita sesuai dengan berat penyakitnya.

a. baring dan istirahat.
b. Diet makanan lunak.
c. Minum banyak (1,5-2 liter/24 jam).
d. Pemberian cairan melalui infus.
e. Monitor TTV tiap 4 jam. Jika keadaan pasien memburuk observasi ketat 3 jam.
f. Pemeriksaan darah lengkap setiap hari.
g. Monitor adanya tanda-tanda perdarahan lebih lanjut
h. Pemberian antibiotik bila ada infeksi sekunder.
i. Monitor adanya tanda-tanda renjaan meliputi keadaan umum, perubahan tanda-tanda vital, hasil pemeriksaan laboratotium yang memburuk. (Desmawati, 2013)

8. Komplikasi

Adapun komplikasi DHF adalah sebagai berikut :

a. Anoxia Jaringan

Anoxia jaringan dapat terjadi karena adanya peningkatan permeabilitas kapiler dinding pembuluh darah, maka volume plasma menurun, dan hematokrit meningkat sehingga terjadi trombositopenia yang mengakibatkan perdarahan secara langsung Hb menurun sehingga darah tidak mampu mengikat O2 sehingga terjadi anoxia jaringan.

b. Hepatomegali

Dapat disebabkan karena terjadinya kebocoran plasma ke ruang intravaskuler yang mengakibatkan plasma merembes ke hepar melalui sistem vena sehingga terjadi peningkatan cairan plasma dalam hepar.

c. Efusi Pleura

Dapat terjadi karena disebabkan adanya bendungan cairan plasma di rongga pleura saat terjadinya kebocoran cairan plasma ke ruang interstitial yang merembes ke rongga pleura dan dapat juga disebabkan karena terapi cairan yang berlebihan.

d. Asidosis Metabolik

Dapat terjadi karena hilangnya *bikarbonat* saat terjadinya muntah yang berlebihan secara terus-menerus.

e. Syok Hipovolemik

Karena terjadi kebocoran plasma ke ruang intravaskuler mengakibatkan penurunan tekanan pengisian sirkulasi darah, penurunan aliran darah vena dan curah jantung menurun maka terjadi syok hipovolemik (Desmawati, 2013)

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian pola kesehatan Gordon

a. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan :

DS : Lingkungan tempat tinggal yang kurang bersih, tidur tidak menggunakan kelambu, sering menggantung pakaian sembarangan dan pemeliharaaraan kebersihan diri kurang.

DO : Kurangnya pengetahuan yang dimiliki.

b. Pola nutrisi dan metabolik

DS : Penurunan nafsu makan, kesulitan menelan, mual dan muntah, dispepsia, anorexia.

DO :Membran mukosa bibir kering, penurunan berat badan, nyeri ulu hati dan perdarahan gusi.

c. Pola eliminasi

DS : Sering BAK, penurunan haluaran urine, hematemesis, diare, melena, dan konstipasi.

DO : Distensi abdomen, hiperperistaltik usus, perubahan warna urine dan feses.

d. Pola aktivitas dan latihan :

DS : Kelelahan, keletihan, malaise umum, penurunan semangat untuk beraktivitas, sakit kepala, pegal seluruh badan dan demam.

DO : Lesu, kurang tertarik pada keadaan sekitarnya, keletihan, nyeri otot atau persendiaan, epitaksis, ekimosis dan keringat dingin.

e. Pola tidur dan istirahat

DS : Perubahan pola tidur

DO : Ekspresi wajah klien tampak mengantuk

f. Pola persepsi kognitif :

DS : Mengungkapkan rasa sakit, gangguan penghiduan dan pengecapan..

DO : Tampak pasien lemah dan ekspresi wajah pasien meringis.

g. Pola persepsi dan konsep diri

DS : Frustasi dengan penyakit, kehilangan waktu untuk bekerja.

DO: Ansietas, gelisah, fokus pada diri sendiri, bergantung pada hubungan dengan siapa saja yang dapat memberi rasa aman dan perlindungan.

h. Pola peran dan hubungan dengan sesame

DS : Tidak bersemangat, tidak suka diganggu

DO :Diam, rasa tidak berdaya.

i. Pola reproduksi dan seksualitas

DS : Penurunan libido

DO : Penurunan libido

2. Diagnosa keperawatan (NANDA 2015 – 2017)

a. Kekurangan volume cairan b/d kehilangan cairan aktif

b. Resiko perdarahan dengan faktor resiko koagulopati inheren (trombositopenia).

c. Nyeri akut b/d agen cedera biologis.

d. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d kurangnya asupan makanan.
e. Hipertermia b/d penyakit.
f. Resiko syok dengan faktor resiko hipovolemia.
g. Defisit pengetahuan b/d tidak familiar dengan sumber informasi.

3. Intervensi keperawatan (NIC dan NOC)

a. Kekurangan volume cairan b/d kehilangan cairan aktif

Hasil yang diharapkan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, kekurangan volume cairan akan teratasi dibuktikan oleh keseimbangan cairan dan hidrasi yang adekuat , asupan cairan yang adekuat dengan kriteria hasil:

1) Memiliki keseimbangan asupan dan haluaran yang seimbang dalam 24 jam.
2) Menampilkan hidrasi yang baik (membrane mukosa lembab, mampu berkeringat)
3) Memiliki asupan cairan oral atau intravena yang adekuat
4) Observasi TTV dalam batas normal.

Intervensi :

a) Pantau jumlah, warna, dan frekuensi kehilangan airan
R/ : Kehilangan cairan dapat menyebabkan dehidrasi
b) Pantau status hidrasi (kelembaban mukosa, keadekuatan nadi dan tekanan darah)
R/ : Mukosa bibir kering menunjukkan pasien mengalami dehidrasi. Membantu mengidentifikasi kondisi pasien dalam dehidrasi ringan, sedang atau berat.
c) Monitor intake dan output cairan
R/ : Intake dan output harus seimbang.

d) Tentukan cairan yang masuk dalam 24 jam

R/ : Menentukan jumlah cairan yang masuk untuk mengetahui keseimbangan antara jumlah cairan yang masuk dan keluar dalam 24 jam.

e) Pantau hasil laboratorium darah rutin lengkap (WBC, HCT, PLT, HB)

R/ : Terjadinya leukopenia dan trombositopenia menunjukkan pasien mengalami invasi virus dengue.

f) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi cairan iv sesuai program

R/ : Meningkatkan pemasukan jumlah cairan yang langsung masuk ke dalam pembuluh darah.

b. Resiko perdarahan dengan faktor resiko trombositopenia

Hasil yang diharapkan :

Tidak terjadi perdarahan lebih lanjut dan trombosit mengalami peningkatan mencapai batas normal.

Intervensi :

1) Monitor tanda-tanda penurunan trombosit yang disertai tanda-tanda klinis

R/ : Penurunan jumlah trombosit merupakan tanda-tanda kebocoran pembuluh darah yang pada tahap tertentu dapat menimbulkaan tanda klinis berupa perdarahan nyata seperti epitaksis, peteqie dan melena.

2) Monitor jumlah trombosit setiap hari

R/ : Dengan jumlah trombosit yang dipantau setiap hari, diketahui tingkat kebocoran pembuluh darah dan kemungkinan perdarahan yang dialami pasien.

3) Berikan penjelasan kepada pasien tentang pengaruh trombositopenia

R/ : Agar pasien mengetahui hal-hal yang mungkin terjadi pada pasien dan membantu mengantisipasi terjadinya perdarahan karena trombositopenia.

4) Berikan penjelasan kepada pasien ataupun keluarga untuk segera melaporkan bila ada tanda-tanda perdarahan lebih lanjut seperti epitaksis, melena dan lain-lain.

R/ : Keterlibatan pasien atau keluarga sangat membantu pasien untuk mendapatkan penanganan sedini mungkin.

5) Anjurkan pasien untuk banyak istirahat

R/ : Aktivitas pasien yang tidak terkontrol dapat menyebabkan terjadinya perdarahan

6) Pertahankan kebutuhan cairan

R/ : Membantu dalam mencapai keseimbangan cairan tubuh

7) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat atau transfusi apabila terjadi perdarahan

R/ : pemberian obat antikoagulasi dapat membantu dalam proses pembekuan darah dan transfusi untuk mengatasi perdarahan hebat.

c. Nyeri akut b/d agen cidera biologis

Hasil yang diharapkan :

Setelah dilakukan perawatan 3x24 jam, akan memperlihatkan pengendalian dan tingkat nyeri dengan kriteria hasil :

1) Mengenali kapan nyeri terjadi
2) Menggambarkan factor penyebab
3) Menggunakan tindakan pencegahan nyeri
4) Melaporkan nyeri terkontrol
5) Ekspresi nyeri pada wajah berkurang

Intervensi :

a) Melakukan pengkajian nyeri yang komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau keparahan nyeri dan faktor presipitasinya.

R/ : Membantu diagnosa dini agar dapat memberikan tindakan selanjutnya.

b) Gali bersama faktor-faktor yang dapat menurunkan atau memperberat nyeri.

R/ : Dengan mengetahui faktor tersebut kita dapat menganjurkan kepada pasien agar tidak melakukan aktivitas yang memperberat nyeri sebaliknya melakukan hal yang dapat menurunkan nyerinya.

c) Ajarkan teknik nonfarmakologi (misalnya teknik relaksasi)

R/ : Teknik relaksasi dapat mengurangi nyeri

d) Bantu pasien untuk lebih berfokus pada aktivitas bukan pada nyeri dan rasa tidak nyaman dengan melakukan pengalihan seperti melaui interaksi dengan keluarga, pengunjung dan lain-lain.

R/ : Dengan mengalihkan perhatian saat nyeri datang bisa meringankan rasa nyeri karena pasien tidak berfokus pada nyeri yang dirasakan.

e) Kolaborasi dengan dokter dalam hal pemberian obat analgetik.

R/ : Obat analgetik dapat menghambat pusat nyeri sehingga rasa nyaman dapat ditingkatkan.

d. Keseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d kurang asupan makanan.

Hasil yang diharapkan :

Setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien dapat memperlihatkan status gizi : asupan makanan dan cairan yang dibutuhkan oleh indikator cukup adekuat sampai sangat adekuat dengan kriteria hasil :

1) Tampak pasien tidak mual dan muntah
2) Nafsu makan membaik

3) Tampak pasien mampu menghabiskan porsi makanan yang disediakan
4) Asupan cairan oral atau iv adekuat
5) Melaporkan tingkat energi yang adekuat

Intervensi :

a) Identifikasi faktor pencetus mual dan muntah

R/ : Dengan mengidentifikasi maka dapat diberikan tindakan yang tepat.

b) Identifikasi faktor yang mempengaruhi kehilangan selera makan pasien.

R/ : Dengan mengetahui faktor penyebabnya maka akan membantu dalam melakukan intervensi.

c) Menginstruksikan pasien mengambil napas dalam, perlahan dan menelan secara sadar untuk mengurangi mual dan muntah.

R/ : Untuk mengurangi rasa mual dan muntah saat menelan makanan.

d) Berikan makanan bergizi tinggi kalori dan bervariasi yang dapat dipilih pasien.

R/ : Meningkatkan asupan yang seimbang dan dapat meningkatkan selera makan.

e) Pertahankan makan pasien sesuai jadwal makan dan kudapan.

R/ : Makan teratur sesuai jadwal dapat mengurangi peningkatan asam lambung .

f) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat antiemetik.

R/ : Obat antiemetik mengatasi mual dan muntah.

e. Hipertermia b/d penyakit

Hasil yang diharapkan :

1) Suhu tubuh kembali normal
2) Pasien tidak mengalami demam

Intervensi :

a) Observasi TTV seperti tekanan darah, nadi, suhu dan pernapasan.
   R/ : Untuk mengetahui keadaan umum pasien
b) Pantau status hidrasi
   R/ : Membran mukosa kering, menunjukkan status hidrasi pasien buruk.
c) Anjurkan pasien minum air 2-3 liter per 24 jam.
   R/ : Peningkatan suhu tubuh mengakibatkan penguapan sehingga diimbangi dengan dengan asupan cairan yang cukup.
d) Beri kompres hangat
   R/ : Menyebabkan vasoditasi sehingga terjadi perpindahan panas secara evaporasi.
e) Anjurkan pasien memakai pakaian yang tipis.
   R/ : pakaian yang tipis mengurangi peningkatan suhu tubuh pasien.
f) Catat intake dan output cairan.
   R/ : untuk mengetahui keseimbangan cairan.
g) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian cairan intravena, obat antipiretik, dan antibiotik sesuai dengan program dokter.
   R/ : Untuk membantu menurunkan suhu tubuh kembali dalam batas normal.

f. Resiko syok dengan faktor resiko hipovolemia

Hasil yang diharapkan :

Tidak terjadi hipovolemik dan tanda-tanda vital dalam batas normal atau keadaan umum baik.

Intervensi :

1) Monitor keadaan umum pasien.
   R/ : Mengetahui jika terjadi tanda-tanda syok sehingga dapat ditangani dengan segera.

2) Observasi TTV

R/ : Tanda vital dalam batas normal menandakan keadaan umum pasien baik dan memastikan tidak terjadi syok.

3) Monitor tanda-tanda perdarahan.

R/ : Perdarahan cepat diketahui dan dapat diatasi sehingga pasien tidak sampai syok.\

4) Anjurkan kepada keluarga atau pasien untuk segera melaporkan bila ada terjadi perdarahan.

R/ : Keterlibatan keluarga atau pasien sangat membantu untuk segera melakukan tindakan yang cepat.

5) Pantau hasil laboratorium (HB, HCT,PLT)

R/ : Untuk mengetahui tingkat kebocoran pembuluh darah yang dialami pasien.

6) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian cairan, obat dan trasfusi.

R/ : Memperbaiki keseimbangan cairan dan menghentikan perdarahan karena trombositopenia.

g. Defisit pengetahuan b/d tidak familier dengan sumber informasi

Hasil yang diharapkan :

Pengetahuan pasien atau keluarga tentang proses penyakit, diet, perawatan meningkat sehingga pasien atau keluarga memperlihatkan perilaku kooperatif.

Intervensi :

1) Kaji tingkat pengetahuan pasien/keluarga tentang penyakit DHF

R/ : Membantu mengetahui sejauh mana pengetahuan pasien/keluarga tentang penyakit pasien.

2) Kaji latar pendidikan pasien/keluarga :

R/ : Membantu untuk memberi penjelasan sesuai dengan tingkat pendidikan pasien/keluarga sehingga dapat dipahami.

3) Jelaskan tentang proses penyakit, diet, perawatan dan obat yang mudah dimengerti.

   R/ : Agar informasi mudah diterima sehingga tidak terjadi kesalahpahaman.

4) Jelaskan semua prosedur yang akan dilakukan dan manfaatnya bagi pasien.

   R/ : Agar pasien mengerti dan bersifat kolaboratif dalam perawatan.

5) Beri kesempatan kepada pasien/ keluarga untuk bertanya hal-hal yang ingin diketahui dengan penyakit yang diderita pasien.

   R/ : Mengurangi kecemasan dan motivasi klien untuk kooperatif.

6) Gunakan leaflet atau gambar dalam memberikan penjelasan.

   R/ :Membantu mengingat penjelasan yang telah diberikan karena dapat dilihat atau dibaca berulang kali.

4. *Discharge Planning*

Setelah pasien pulang, tindakan keperawatan belum temntu keputusan, oleh sebab itu perawat perlu memberikan tindakan mengenai tindakan apa yang seharusnya dilakukan pasien saat pulang yaitu :

a. Memberikan penjelasan tentang tindakan pencegahan yang dapat di lakukan oleh keluarga untuk menghindari DHF, seperti melakukan pembatasan vektor disemua daerah berpotensi penularan tinggi.

Ada 2 pemberantasan vektor antara lain :

1) Menggunakan insektisida

Yang lazim digunakan dalam program pemberantasan DBD adalah melation untuk membunuh nyamuk dewasa dan tempos (abate) untuk membunuh jentik.

2) Tanpa insektisida

Caranya adalah :

a) Menguras bak mandi dan tempat penampungan air minimal 1x seminggu (perkembangan telur nyamuk lamanya 7-10 hari).
b) Menutup penampungan air dengan rapat.
c) Menganjurkan pasien untuk minum obat yang telah diresepkan oleh dokter secara teratur.
d) Membersihkan halaman rumah dari kaleng bekas, botol pecah dan benda lain.
e) Menganjurkan kepada pasien agar dalam beberapa hari ini tetap istirahat yang cukup dan kurangi aktivitas yang berat.
f) Memberi informasi bahwa jika tidur sebaiknya menggunakan kelambu untuk mencegah gigitan nyamuk *Aedes* (Amin Huda Nurarif,S, 2015)

BAB III
TINJAUAN KASUS

Pasien Nn “E” masuk di Rumah Sakit Stella Maris pada tanggal 01 Maret 2019 dengan diagnosa medik *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) didapatkan keluhan demam sejak 3 hari yang lalu di rumah mengeluh nyeri sendi dan ulu hati, mual dan muntah 3 kali di rumah sebelum di bawah ke Rumah Sakit. Pada saat pengkajian tanggal 02 Maret 2019 penulis mendapatkan keadaan umum pasien tampak sakit sedang, berbaring lemah di atas tempat tidur, tampak bintik-bintik merah pada lengan kiri atas, Hasil TTV : TD : 110/70 mmHg, N : 90 ×/m, S : 38^0c, P : 20 ×/mnt, finger print kembali lebih dari 3 detik, mukosa bibir tampak kering. Pemeriksaan laboratorium didapat hasil : WBC 2.70 10ˆ3/uL, RBC 4.67 10ˆ6/uL, HGB 11.5 g/dL, HCT 35.1 %, PLT 54 10ˆ3/uL, serta dilakukan imono serologi dengan hasil : IgG (+), IgM (+) . Saat ini pasien mendapkan therapy infus cairan RL 500 20 tts/mnt, novaldo 1000mg/8 jam, ranitidine 50mg/12 jam, omeperazole 40mg/12 jam, ceftriaxone 1 gram/24 jam.

Dari data yang didapatkannya maka penulis mendapatkan masalah keperawatan yaitu : Kekurangan Volume Cairan, Hipertermi dan Nyeri Akut.

A. Pengkajian

Nama mahasiswa yang mengkaji: Bernadethi Sabono NIM : E1614401051 Delvianti Tandiayu E1614401052

Unit : St. Bernadeth III.B Autoanamnese : ✓

Kamar : 362 bed I Alloanamnese :

Tanggal masuk RS : 01 Maret 2019

Tanggal pengkajian : 02 Maret 2019

1. Identitas

a. Pasien

Nama initial	: Nn. “E”
Umur	: 27 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Status perkawinan	: Belum menikah
Jumlah anak	: -
Agama/suku	: Kristen Protestan / Ambon
Warga negara	: WNI
Bahasa yang digunakan	: Bahasa Indonesia
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Pegawai Swasta
Alamat rumah	: BTN griya barombong

b. Penanggung jawab

Nama	: Tn. “S”
Umur	: 56 tahun
Alamat	: BTN griya barombong
Hubungan dengan pasien	: Ayah

Data Medik

Diagnosa Medik

Saat masuk : Suspec DHF

Saat pengkajian : DHF

Derajat II

2. Keadaan Umum

a. Keadaan sakit :

Pasien tampak sakit sedang.

Alasan : Pasien tampak terbaring lemah di atas tempat tidur dengan posisi terlentang, terpasang infus di lengan kiri. Cairan yang terpasang RL 500 ml dengan jumlah tetesan 20 tetes/menit.

b. Tanda-tanda vital :

1) Kesadaran (kualitatif): compos mentis

Skala koma Glasgow (kuantitatif)

a) Respon motorik : 6

b) Respon bicara : 5

c) Respon membuka mata : 4

Jumlah : 15

Kesimpulan : Pasien tidak koma

2) Tekanan darah : 110/70 mmHg

MAP : 83 mmHg

Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai

3) Suhu : 38°C

Di ☐ Oral ☑ Axila ☐ Rectal

4) Pernapasan : 20 x/menit

Irama : ☑ Teratur ☐ Bradipne ☐ Takipnea

☐ Kusmaul ☐ Cheynes-stoke

Jenis : ☑ Dada ☐ Perut

5) Nadi : 90 x/menit

Irama : ☑ Teratur ☐ Bradikardia

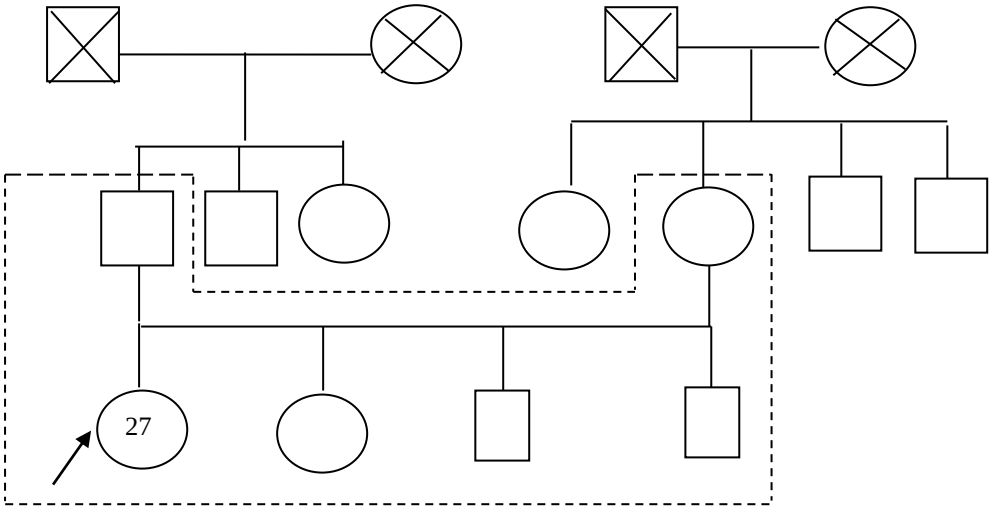
☐ Takikardia ☐ Kuat ☐ Lemah

c. Pengukuran

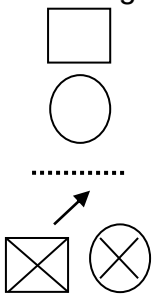
1) Lingkar lengan atas : 32 cm
2) Tinggi badan :159 cm
3) Berat badan : 53 kg
4) IMT (Indeks Massa Tubuh) : 20,9 kg/m^2

Kesimpulan : Berat badan ideal

d. Genogram



Keterangan:



: Laki-laki

: Perempuan

: Tinggal serumah

: Pasien

: Meninggal

Gambar 3.1 Genogram Pasien

3 Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan kesehatan itu sangat penting, tapi pasien mengabaikannya, dimana sebelum sakit pasien sering mengkonsumsi makanan di luar rumah karena sibuk bekerja, ia menyukai makanan seperti bakso, gorengan dan makanan yang pedas. Pasien mengatakan di lingkungan tempat tinggalnya terdapat banyak selokan yang digenangi air, pasien mengatakan sering menggantung pakaian di kamarnya dan jarang membersihkan rumah karena sibuk bekerja di kantor. Pasien mengatakan sebelumnya ada tetangganya yang menderita penyakit DHF.

2) Riwayat penyakit saat ini

a) Keluhan utama : Demam

b) Riwayat keluhan utama :

Pasien mengatakan sebelum dibawa ke RS, pasien demam selama 3 hari di rumah. Pasien mengatakan awalnya pasien hanya kelelahan karena aktivitas pasien yang berlebihan di kantor. Pasien mengatakan demamnya mulai meningkat pada tanggal 28 Februari 2019 hari jumat sore disertai sakit kepala, nyeri sendi namun pasien menganggap hanya sakit biasa dan hanya minum obat paracetamol. Pasien juga mengatakan pada hari Sabtu 01 Maret 2019 demam tidak menurun malah muncul bintik-bintik merah dibagian lengan kiri atas, mual dan muntah 3× di rumahnya. Karena merasa khawatir dengan keadaannya tersebut keluarga memutuskan untuk membawa ke RS Stella Maris. Pada saat pengkajian tanggal 02 Maret 2019 tampak

keadaan umum pasien lemah, pasien tampak meringis, pasien tampak mual dan muntah 1 kali, pasien tampak memegang bagian epigastrium dan pasien tampak bekeringat banyak. Pasien mengatakan nyeri pada ulu hati, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, ketika diberikan penilaian skala nyeri pasien menunjukan dengan skala nyeri 5 yaitu nyeri sedang,nyeri dirasakan hilang timbul nyeri dirasakan 3-4 menit dan akan bertambah sakit saat bergerak, badan teraba panas dengan suhu 38^{o}c.

3) Riwayat penyakit yang pernah dialami :

Pasien mengatakan pernah menderita penyakit Demam Thypoid dan dirawat di RS selama ± 1 minggu

4) Riwayat kesehatan keluarga :

Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit dalam kelurga.

5) Pemeriksaan fisik :

a) Kebersihan rambut : tampak kotor
b) Kulit kepala : tampak bersih
c) Kebersihan kulit : tampak bersih
d) Hygiene rongga mulut : tampak bersih
e) Kebersihan genitalia : tidak dikaji, pasien menolak
Kebersihan anus : tidak dikaji, pasien menolak

b. Pola nutrisi dan metabolik

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit nafsu makannya baik, makan 3 x sehari. Pasien mengatakan lebih sering makan diluar rumah karena sibuk bekerja. Pasien mengatakan menyukai makanan seperti bakso, gorengan dan makanan pedas. Pasien mengatakan sering mengkonsumsi buah tetapi kurang menyukai sayur-sayuran, jumlah cairan yang masuk air

putih ± 8-9 gelas/hari.

1) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit, nafsu makannya menurun, pasien hanya bisa menghabiskan ¼ dari 1 porsi yang disediakan oleh RS . Pasien juga mengatakan malas makan karena merasa mual dan lidah terasa pahit. Pasien juga mengeluh nyeri ulu hati karena kurang makan.

2) Observasi :

Tampak pasien menghabiskan ½ porsi makanan dari 1 porsi yang disediakan.

3) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan rambut : Rambut pasien tampak lebat, bewarna hitam panjang dan bergelombang.
b) Hidrasi kulit : finger print >3 detik
c) Palpebra/konjungtiva : tampak ada edema/tampak anemik
d) Sclera : tampak tidak ikterik
e) Hidung : tampak septum ada dibagian tengah
f) Rongga mulut : tampak bersih, dan mukosa bibir tampak Kering.
Gusi : tidak ada pendarahan
g) Gigi : tampak ada karang gigi, Gigi palsu : tidak ada
h) Kemampuan mengunyah keras : pasien mamp mengunyah keras.
i) Lidah : tampak kotor, tampak bercak putih sisa makanan dan lidah terasa pahit
j) Pharing : tidak ada peradangan
k) Kelenjar getah bening : tidak ada peradangan

l) Kelenjar parotis : tidak teraba pembesaran

m) Abdomen

Inspeksi : tampak datar dan bayangan tidak tampak

Auskultasi : peristaltik usus 16 x/menit

Palpasi : Nyeri : tidak ada

Benjolan : tidak ada benjolan

Perkusi : Ancietas ☐ Positif ☑ Negatif

n) Kulit

Edema : positif

Ikterik : negative

Tanda-tanda radang : tidak ada, tetapi ada peteqie di lengan kiri atas

o) Lesi : tidak ada

c. Pola eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan BAB lancar dengan frekuensi 1-3 kali sehari dengan frekuensi lunak dan berwarna kuning kecoklatan, sedangkan BAK 4-7 kali sehari, berwarna kuning jernih dan berbau amoniak. Pasien juga mengatakan tidak pernah mengkonsumsi obat pencahar dan tidak ada masalah dalam BAB dan BAK.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak dirawat di RS, BAK lancer yaitu ± 6 kali (1200cc) pasien mengatakan minum air putih ± 4 gelas sehari (800cc). Pasien juga mengatakan pasien sulit BAB karena jarang makan buah, malas makan sejak di RS. Tampak pasien muntah 1 kali ± (50cc)

3) Observasi :

Tampak pasien BAK jumlah 1200 cc, berwarna kuning, berbau amoniak, Tampak pasien berkeringat banyak, kulit tampak basah.

4) Pemeriksaan fisik :

a) Peristaltik usus : 16 ×/menit

b) Palpasi kandung kemih : ☐ Penuh ☑ Kosong

c) Nyeri ketuk ginjal : ☐ Positif ☑ Negatif

d) Mulut uretra : Tidak ada peradangan

e) Anus

Peradangan : Tidak dikaji, pasien menolak

Hemoroid : Tidak dikaji, pasien menolak

Fistula : Tidak dikaji, pasien menolak

d) Pola aktivitas dan Latihan

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit mampu melakukan aktivitas sendiri tanpa bantuan orang lain.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak bisa lagi masuk kerja. Pasien mengatakan merasa nyeri kalau banyak bergerak, nyeri yang dirasakan pada sendi dan ulu hati, ketika diberikan skala nyeri, pasien menunjukan skala nyeri 5 skala sedang, nyeri hilang timbul, nyeri berlangsung pada saat pasien banyak bergerak waktu 3-4 menit, nyeri yang dirasakan tertusuk-tusuk. Pasien mengatakan demamnya meningkat pada malam hari dan nyeri pada ulu hati. Pasien juga mengatakan jika berjalan ke toilet merasa pusing dan sakit kepala oleh karena itu selalu dibantu oleh keluarga dan perawat.

3) Observasi

a) Aktivitas harian

Makan : 0
Mandi : 2
Pakaian : 2
Kerapihan : 2
BAK : 2
BAB : 2

0: Mandiri
1: Bantuan dengan alat
2: Bantuan orang
3: Bantua alat dan orang
4: Bantuan penuh

Mobilisasi di tempat tidur : 0

b) Postur tubuh : Tegap

c) Gaya jalan : Tegap

d) Anggota gerak yang cacat : tidak ada

e) Fiksasi : tidak ada

f) Tracheostomi : tidak ada

4) Pemeriksaan fisik

a) Tekan darah

Berbaring : 110/70 mmHg

b) HR : 90 x/menit

c) Kulit :

Keringat dingin : Tampak keringat dingin

Basah : Kulit tampak basah

d) JVP : 5 - 2 cmH_2O

Kesimpulan : Pemompaan ventrikel memadai

e) Perfusi pembuluh darah kapiler kuku : kembali > 3 detik

f) Thorax dan pernafasan

- Inspeksi:

Bentuk thorax : tampak simetris

Retraksi interkosta : tidak ada

Sianosis : tidak ada

Stridor : tidak ada

- Palpasi :

  Vocal premitus : Getaran paru kiri dan kanan sama

  Krepitasi : tidak ada

- Perkusi :

  [✓] Sonor [ ] Redup [ ] Pekak

  Lokasi : Batas paru hepar teraba pada ICS ke IV

  Kesimpulan : Tidak ada pembesaran pada hepar.

- Auskultasi :

  Suara nafas : Terdengar vesicular.

  Suara ucapan : Getaran paru kiri dan kanan sama

  Suara tambahan : Tidak ada suara tambahan

g) Jantung

- Inspeksi :

  Ictus cordis : Tidak tampak

- Palpasi

  Ictus cordis : Terdapat ICS 5 linea mid clavicularis

- Perkusi

  Batas atas jantung : ICS 2-3 linea sternalis dextra dan sinistra

  Batas bawah jantung : ICS 5 mid clavicularis sinistra

  Batas kanan jantung : ICS 2 linea sternalis dextra

  Bats kiri jantung : ICS 5 linea mid clavicularis sinistra

- Auskultasi

  Bunyi jantung IIA : Tunggal, di ICS 2 linea sternalis kanan

  Bunyi jantung IIP : Tunggal, ICS 2 linea sternalis kiri

  Bunyi jantung I T : Tunggal, ICS 4 linea sternalis kiri

  Bunyi jantung I M : Tunggal, di ICS 5 linea midclavicularis

Bunyi jantung II irama Gallop : Tidak terdengar

Murmur : Tidak terdengar

Bruit : Aorta : tidak terdengar

A.Renalis : tidak terdengar

A.Femoralis : tidak terdengar

h) Lengan dan tungkai

- Atrofi otot : Positif Negatif
- Rentang gerak : Terbatas karena terpasang infus

Kaku sendi : Tidak terdapat kaku sendi

Nyeri sendi : Positif

Fraktur : Tidak ada

Parese : Tidak ada

Paralisis : Tidak ada

- Uji kekuatan otot

	Kanan	kiri
Tangan	5	5
Kaki	5	5

Keterangan :

Nilai 5 : Kekuatan penuh

Nilai 4 : Kekuatan kurang dibanding sisi yang lain

Nilai 3 : Mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

Nilai 2 : Mampu melawan gaya grafitasi tapi dengan sentuhan akan jatuh

Nilai 1 : Tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

- Refleks fisiologis : Positif
- Refleks patologi : Negatif

Babinski : Kiri : ☐ Positif ☑ Negatif
Kanan : ☐ Positif ☑ Negatif

Clubbing jari-jari : Tidak ada

Varises tungkai : Tidak ada

i) Columna vetebralis

Inspeksi : ☑ Lordosis ☐ Kiposis ☐ Skoliosis

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Kaku kuduk : Tidak ada

e) Pola tidur dan istirahat

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit tidurnya teratur, tetapi pasien jarang tidur siang karena pasien sibuk dengan kerjanya di kantor, pasien mengatakan kalau tidur malam mulai jam 22.00 wita dan bangun pada pukul 05.00 wita, pasien menyukai tidur dengan suasana gelap.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan selama sakit ia menghabiskan waktunya untuk tidur karena ia merasa badan selalu lemas dan selalu merasa mengantuk. Pasien juga mengatakan sering berkemih kalau malam hari.

3) Observasi :

Tampak ekspresi wajah pasien mengantuk.

f) Pola persepsi kognitif

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien tidak menggunakan alat bantu.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit tidak menggunakan alat bantu penglihatan ataupun alat bantu pendengaran. Pasien mengatakan badan terasa panas.

3) Observasi :

Tampak pasien terasa panas.

4) Pemeriksaan fisik

a) Penglihatan

Kornea : Tampak jernih

Pupil : Isokor kiri dan kanan

Lensa mata : Tampak jernih

Tekan intra okuler (TIO) : Teraba sama kenyal kiri dan kanan

b) Pendengaran

Pina : Simetris kiri dan kanan

Kanalis : Tidak ada peradangan

Membran timpani : tampak utuh

c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai

Pasien dapat merasakan sentuhan yang diberikan pada lengan dan tungkai.

g) Pola persepsi dan konsep diri

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan mengatakan ia bekerja sebagai pegawai swata. Pasien mengatakan merupakan anak 1 dari 4 bersaudara. Pasien mengatakan mudah bergaul dengan orang lain dan merasa bersyukur dengan apa yang dimiliki saat ini.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan tidak bisa berbuat apa-apa karena penyakit yang dialami dan berharap cepat sembuh dari sakitnya sehingga bisa berkumpul kembali bersama keluarganya.

3) Observasi :

a) Kontak mata : Tampak ada kontak mata
b) Rentang perhatian : Penuh
c) Suara dan cara bicara : Tampak jelas
d) Postur tubuh : Tegap

4) Pemeriksaan fisik

a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada
b) Bentuk/postur tubuh : Tegak
c) Kulit : Tampak tidak ada lesi

h) Pola peran dan hubungan dengan sesama

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan Ia tinggal bersama sudara-sudaranya, hubungan mereka dalam keluarga sangat baik. Pasien juga mengatakan menjalin hubungan baik dengan teman kerjannya.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit pasien selalu ditemani sepupunya dan selalu dikunjungi oleh saudara dan teman kerjanya. Pasien juga mengatakan rindu dengan suasana rumah

3) Observasi :

Tampak keluarga menjaga pasien dan tampak keluarga mengunjungi pasien.

i) Pola reproduksi dan seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan organ reproduksinya dan tidak ada penyimpangan seksual yang dialami.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan organ reproduksinya dan tidak ada penyimpangan seks yang dialami.

3) Observasi :

Tampak tidak ada penyimpangan seksual.

4) Pemeriksaan fisik : Tidak dikaji

j) Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit ketika ada masalah dalam pekerjaannya pasien selalu mengatasinya dengan kepala dingin.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan Ia menerima kondisinya selama berada di RS dan akan mengikuti pengobatan sesuai dengan instruksi dokter. Pasien juga mengatakan hanya bisa bersabar dengan sakit yang dialaminya.

3) Observasi :

Tampak pasien tenang.

k) Pola sistem nilai dan kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan menganut agama Kristen protestan dan rajin masuk gereja. Pasien juga mengatakan aktif dalam kegiatan kegamaan.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan walaupun dalam keadaan sakit, pasien selalu berdoa memohon kesembuhan dan kekuatan untuk menghadapi penyakitnya.

3) Observasi :

Tampak ada Alkitab di samping pasien

5. Uji Saraf Kranial

a. N I *(Olfactorius)*

Pasien dapat menghidu bau minyak kayu putih dengan mata tertutup.

b. N II *(Opticus)*

Pasien mampu membaca dengan jarak ± 30 cm

c. N III, IV dan VI *(Oculomotorius, Trochlearis, Abduscens)*

Pasien mampu menggerakan bola mata ke segala arah, refleks cahaya positif.

d. N V *(Trigeminus)*

Sensorik : Pasien merasakan sentuhan kapas pada wajah

Motorik : Pasien mampu menggigit keras

e. N VII *(Fascialis)*

Sensorik : Pasien mampu mengecap rasa manis (permen)

Motorik : Pasien mampu mengangkat alis dan tersenyum

f. N VIII *(Vestibulo-Acusticus)*

Vestibularis : Pasien mampu berdiri secara seimbang

Akustikus : Pasien dapat mendengar gesekan jari pada Telinga kanan dan kiri

g. N IX *(Glossopharyngeus)*

Ovula pasien berada di tengah

h. N X *(Vagus)*

Pasien mampu menelan

i. N XI *(Accessorius)*

Pasien mampu mengangkat bahu kiri dan kanan

j. N XII *(Hypoglossus)*

Pasien mampu menjulurkan lidah

6. Pemeriksaan Diagnostik

a) Laboratorium : Tgl 02 Maret 2019

Darah lengkap :

Parameter	Hasil	Satuan	Hasil
WBC	2.70	10^3/Ul	4.8 - 10.2
RBC	4.67	10^6/Ul	4.0 – 5.5
HGB	11.5	g/dl	12.2 – 16.2
HCT	35.1	%	37.7 – 47.9
MCV	87.1	Fl	80.0 – 97.0
MCH	30.1	Pg	26.0 - 31.0
MCHC	32.8	g/dl	31.8 – 35.4
PLT	54	10^3/uL	130.0 – 400.0
RDW	16.0	fL	11.5 – 14.5
PDW	-	fL	9.0 – 13.0
MPV	-	fL	7.2 – 11.1
P-LCR	-	%	15.0 – 25.0
DIFF			
LYMPH	16.1	%	10.0 – 50.0
MXD	13.2	%	1.0 – 20.0
NEUT	70.7	%	37.0 – 80.0
LYMPH#	0.40	10^3/uL	1 – 3.7
MXD#	0.4	10^9/uL	0 – 1.2
NEUT#	1.90	10^3/uL	1.5 – 7

Catatan :

Bisitopenia

IMUNO-SEROLOGI

Tanggal 02 Maret 2019

Tes /Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Metode

IMUNO-SEROLOGI

INFEKSI LAIN

a. Anti Dengue IgG & IgM

ANTI DENGUE IgG POSITIF (+) * NEGATIF

ANTI DENGUE IgM POSITIF (+) * NEGATIF

b. Lain-lain : Test Tourniket positif (Bintik-bintik merah)

Tabel 3.1 Pemeriksaan Laboratorium

7. Therapi

a. Cairan infus RL 500 cc dengan tetesan 20 tetes/menit

b. Omeperazole 40mg/12 jam/bolus IV

c. Ranitidine 50mg/12 jam/bolus IV

d. Novaldo 1000mg/8 jam/bolus IV

e. Ceftriaxone 1gram/24 jam/ bolus IV

B. Analisa Data

Nama / Umur : Nn “E” / 27 Tahun

Kamar / Unit : 362^{1} / BIII B

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	Ds : - Pasien mengatakan mual dan muntah 3 kali di rumah - Pasien mengatakan terdapat bintik-bintik merah pada lengan kiri atas - Pasien mengatakan demam sejak 3 hari yang lalu - Pasien mengatakan lidah terasa pahit Do : - Pasien tampak lemah - Tampak mukosa bibir pasien kering - Tampak pasien mutah 1 kali saat di RS - Finger prin t > 3 detik - Lidah tampak bercak warna putih - Peteqie pada lengan kiri atas - Hasil PLT tanggal 02 maret 2019 = 54 10ˆ3/uL HB : 11,5 10ˆ3/uL HCT : 35,1 %	Kehilangan Cairan Aktif	Kekurangan Volume Cairan

2	Ds: - Pasien mengatakan demam 3 hari yang lalu di rumah - Pasien mengatakan awalnya pasien hanya merasa kelelahan karena aktivitas yang berlebihan - Pasien mengatakan adanya bintik- bintik merah pada lengan kiri atas Do: - KU pasien lemah Tampak adanya bintik-bintik merah pada lengan kiri atas - Pasien tampak berkeringat - Hasil lab : Pemeriksaan Imono Serologi Anti Dangue IgG : Positif (+) Anti Dangue IgM : Positif (+) - WBC : 2,70 10ˆ3/uL RBC : 4,67 10ˆ3/uL HB : 11,5 10ˆ3/uL HCT : 35,1 % PLT : 54 10ˆ3/uL - Tanda-tanda Vital : TD : 110/70 mmHg	Penyakit	Hipertermia

	N : 90 ×/m S : 38^0c P : 20 ×/m		
3	Ds : - Pasien mengatakan nyeri pada sendi dan ulu hati - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri berlangsung 3-4 menit - Pasien mengatakan ketika diberikan penilaian skala nyeri, pasien menunjuk skala nyeri 5 yaitu nyeri sedang. Do : - Tampak pasien meringis. - Tampak pasien terbaring lemah di atas tempat tidur. - Tampak pasien memegang bagian epigastrium. - Tanda-Tanda Vital : TD : 110/70 mmHg N : 90 ×/m S : 38^0c P : 20 ×/m	Agens Cedera Biologis	Nyeri Akut

Tabel 3.2 Analisa Data

C. Diagnosa Keperawatan

Nama / Umur : Nn “E” / 27 Tahun

Kamar / Unit : 362^{1} / BIII B

No Diagnosa	Diagnosa Keperawatan
1	Kekurangan volume cairan berhubungan dengan Kehilangan cairan aktif
2	Hipertermia berhubungan dengan Penyakit
3	Nyeri akut berhubungan dengan Agens cedera biologis

Tabel 3.3 Diagnosa Keperawatan

D. Rencana Keperawatan

Nama / Umur : Nn “E” / 27 Tahun
Kamar / Unit : 362^2 / BIII B

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Hasil yang diharapkan (NOC)	Rencana Tindakan (NIC) Meliputi tindakan keperawatan, tindakan observasi, penyuhan, kolaborasi dengan dokter	Rasional
02/03/19	Kekurangan volume cairan berhubungan dengan Kehilangan cairan aktif yang ditandai dengan : Ds : - Pasien mengatakan mual dan muntah 3 kali di rumah - Pasien mengatakan terdapat bintik-bintik merah pada lengan kiri atas Pasien mengatakan demam sejak 3 hari yang lalu - Pasien mengatakan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kekurangan volume cairan akan teratasi dengan kriteria hasil : - Hemoglobin dan Hematokrit dalam meningkat - Keseimbangan asupan dan haluaran dalam 24 jam - Hidrasi yang baik (membrane mukosa lembab) - Asupan cairan oral dan intravena yang adekuat	1. Pantau jumlah, warna dan frekuensi kehilangan cairan 2. Pantau status hidrasi (misalnya : membrane mukosa lembab, denyut nadi adekuat dan tekanan darah) 3. Jaga intake/ asupan yang akurat dan catat output pasien 4. Pantau jumlah cairan yang masuk dalam 24 jam	1. Kehilangan cairan dapat menyebabkan dehidrasi. 2. Mukosa bibir yang kering menunjukan pasien mengalami dehidrasi, membantu mengidentifikasi kondisi pasien dalam dehidrasi ringan, sedang dan berat. 3. Intake dan output cairan pasein harus seimbang. 4. Menentukan jumlah cairan yang masuk untuk mengetahui keseimbangan

	lidah terasa pahit Do : - Pasien tampak lemah - Tampak mukosa bibir pasien kering - Lidah tampak bercak warna putih - Peteqie pada lengan kiri atas - Finger print > 3 detik - Hasil PLT tanggal 02 maret 2019 = 54 10ˆ3/ uL - WBC : 2,70 10ˆ3/uL RBC : 4,67 10ˆ3/uL HB : 11,5 10ˆ3/uL HCT : 35,1 %		5. Tingkatkan asupan oral 6. Monitor hasil laboratorium darah rutin lengkap (WBC, HCT, PLT) 7. Kolaborasi dalam pemberian terapi cairan	antara jumlah cairan yang masuk dan yang keluar dalam 24 jam. 5. Asupan cairan oral yang adekuat membantu pergantian cairan tubuh yang hilang akibat evaporasi. 6. Terjadinya leokopenia dan trombositopenia menunjukan pasien mengalami invasi virus dangue. 7. RL merupakan larutan klorida yang mengandung ion-ion yang terdistribusi kedalam cairan intravaskuler dan ekstravaskuler.
02/03/19	Hipertermia berhubungan dengan Penyakit ditandai dengan : Ds: - Pasien mengatakan demam 3 hari yang lalu	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien dapat menunjukan tanda-tanda termoregulasi dengan kriteria hasil : - Pasien tidak mengalami	1. Pantau suhu minimal setiap 2 jam 2. Pantau tekanan darah, nadi, suhu dan pernapasan	1. Suhu tubuh yang meningkat menunjukan adanya infeksi. 2. Adanya peningkatan suhu mengakibatkan peningkatan nadi.

	di rumah - Pasien mengatakan awalnya pasien hanya merasa kelelahan karena aktivitas yang berlebihan - Pasien mengatakan adanya bintik- bintik merah pada lengan kiri atas Do: - KU pasien lemah Tampak adanya bintik-bintik merah pada lengan kiri atas - Pasien tampak berkeringat - Hasil lab : Pemeriksaan Imono Serologi Anti Dangue IgG : Positif (+) Anti Dangue IgM : Positif (+) - PLT : 54 10ˆ3/uL - WBC : 2,70 10ˆ3/uL	Hipertermia - Keringat berkurang - Denyut nadi radial dalam batas normal - Frekuensi pernapasan dalam batas normal	3. Anjurkan kepada pasien untuk banyak minum air putih (1,5 – 2 liter/hari) 4. Berikan kompres air hangat bila demam timbul 5. Anjurkan kepada pasien untuk memakai pakaian yang tipis dan menyerap keringat 6. Fasilitas istirahat, terapkan pembatasan aktivitas jika diperlukan 7. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian Antipiretik	3. Dengan banyak minum air putih dapat mengganti cairan yang hilang melalui penguapan. 4. Kompres hangat memberikan efek vasodilatasi pembuluh darah sehingga mempercepat penguapan panas tubuh. 5. Pakaian yang tipis membantu mengurangi penguapan dan memberikan rasa nyaman. 6. Istirahat yang cukup dapat membantu mengurangi penguapan dan memberikan ketenangan diri. 7. Obat antpiretik bekerja sebagai pengaturan kembali pusat pengatur panas terutama bagian hipotalamus posterior

	- Tanda-tanda Vital : TD : 110/70 mmHg N : 90 ×/m S : 38^0c P : 20 ×/m			sebagai penyimpan panas.
02/03/19	Nyeri akut berhubungan dengan Agens cedera biologis ditandai dengan : Ds : - Pasien mengatakan nyeri pada sendi dan ulu hati - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri berlangsung 3-4 menit - Pasien mengatakan ketika diberikan penilaian skala nyeri, pasien menunjuk skala	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri akut berkurang dengan kriteria : - Mengetahui faktor penyebab dan faktor yang berkontribusi terhadap nyeri. - Mengetahui tanda dan gejala nyeri. - Mengetahui strategi untuk mengontrol nyeri. - Melaporkan nyeri berkurang, nyeri ringan (skala 1-3)	1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan factor presipitasi. 2. Bantu pasien untuk lebih berfokus pada aktivitas, bukan pada nyeri dan rasa tidak nyaman dengan melakukan pengalihan seperti menonton tv atau bercerita dengan keluarga. 3. Anjurkan teknik relaksasi tarik nafas dalam. 4. Berikan posisi yang nyaman sesuai dengan kebutuhan pasien.	1. Sebagai indikator dalam menegakan diagnose dan menentukan intervensi tindakan keperawatan selanjutnya. 2. Interaksi dengan perawat atau pengunjung dan menonton Tv dapat mengalihkan nyeri dan meningkatkan kemampuan koping. 3. Otot nafas dalam dapat meningkatkan oksigen ke jaringan dan me asi otot abdomen. 4. Posisi yang nyaman akan mengurangi nyeri dan mencegah otot-otot tegang

	nyeri 5 yaitu nyeri sedang. Do : - Tampak pasien meringis. - Tampak pasien terbaring lemah di atas tempat tidur. - Tampak pasien memegang bagian epigastrium. - Tanda-Tanda Vital : TD : 110/70 mmHg N : 90 ×/m S : 38^0c P : 20 ×/m		5. Dukung istirahat tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri. 6. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat antihistamin	sehingga nyeri berkurang. 5. Istirahat yang cukup dapat membantu mengurangi nyeri 6.Obat antihistamin mengurangi nyeri pada ulu hati

Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan

D. Pelaksanaan Keperawatan

Nama/Umur :Nn “E”
Ruangan/Kamar : Bernadeth 3B/362 bed 1

Tanggal	DP	Waktu	Pelaksanaan keperawatan	Nama perawat
03/03/2019	III	07.30	- Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan faktor pencetus nyeri. Hasil : Pasien mengatakan nyeri ulu hati pada skala 5 dengan nyeri yang seperti tertusuk-tusuk, nyeri hilang timbul dirasakan 3-4 menit dan nyeri bertambah saat bergerak.	Dethy
			- Menganjurkan teknik relaksasi napas dalam. Hasil :Tampak pasien melakukan teknik relaksasi napas dalam seperti yang dianjurkan perawat.	Dethy
	I,II	08.00	Memberikan cairan infus : Hasil : RL 500cc 20 tetes/menit	Dethy
	II, III	08.05	Melakukan tindakan pemberian obat sesuai dengan anjuran dokter Hasil : Novaldo 1000mg/bolus intravena	Dethy
	I, II	09.45	Melakukan observasi TTV Hasil : TD :110/70 mmhg N : 88x/menit S : 38°C P : 20x/menit	Dethy
	I, II	10.50	Menganjurkan pasien untuk mengkonsumsi cairan . Hasil : Tampak pasien minum ½ gelas air (±100cc).	Dethy

	I	11.25	Memantau status hidrasi pasien. Hasil : Tampak mukosa bibir pasien kering, tampak peteqie di bawah kulit, finger print kembali dala 4 detik	Dethy
	III	12.00	Melakukan tindakan pemberian obat sesuai dengan anjuran dokter Hasil : - Omeprazole 40mg/bolus intravena - Ranitidine 50mg/bolus intravena	Dethy
	II	12.30	Menganjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang tipis dan menyerap keringat. Hasil : Tampak pasien melakukan anjuran dari perawat.	Dethy
	I, II, III	13.00	Menganjurkan pasien untuk istirahat yang cukup. Hasil : Pasien tampak lemah dan beristirahat di tempat tidur rumah sakit..	Dethy
	I,II	15.20	Memberikan cairan infus Hasil : RL 500cc 20 tetes/menit	Delvi
	I, II	15.45	Melakukan observasi TTV. Hasil : TD : 110/80 mmhg N :84x/menit S : 37,8 °C P : 20x/menit	Delvi
	II, III	16.00	Melakukan tindakan pemberian obat sesuai dengan anjuran dokter Hasil : Novaldo 1000mg/bolus intravena	Delvi
	II	16.15	Melakukan kompres hangat kepada pasien. Hasil : Tampak pasien diberikan kompres hangat pada dahi.	Delvi
	I	16.50	Memonitor adanya sumber-sumber	Delvi

			kehilangan cairan. Hasil : Pasien mengatakan masih muntah 1 kali berupa cairan (±50cc)	
	III	17.00	Memberikan posisi yang nyaman kepada pasien. Hasil : Tampak pasien nyaman dengan posisi yang diberikan	Delvi
	I	17.25	Mencatat asupan dan pengeluaran cairan pasien. Hasil : Pasien mengatakan minum 3 gelas air putih (±600c) dan BAK 3 kali (±600cc).	Delvi
	I, II,III	18.45	Menganjurkan pasien untuk meningkatkan asupan oral dengan makan sedikit-sedikit namun sering. Hasil : Tampak pasien melakukan anjuran perawat.	Delvi
	I,II	19.20	Memonitor hasil laboratorium darah. Hasil : WBC : 6000 HCT :38,2 % PLT :48.000	Delvi
	III	20.35	- Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,kualitas, intensitas dan faktor pencetus. Hasil : Pasien mengatakan Nyeri pada ulu hati seperti tertusuk-tusuk, dengan skala 5 nyeri yang dirasakan sekitar 2-3 menit dan nyeri bertambah berat saat bergerak. Tampak pasien meringis dan memegang sekitar abdomen.	Delvi

			- Mendukung istirahat pasien untuk mengurangi nyeri. Hasil : Pasien mengatakan jika nyeri muncul pasien sangat gelisah.	
	I, II	22.00	Melakukan observasi TTV Hasil : TD :110/70 mmhg N :88x/menit S : 38°C P :22x/menit	Perawat
	II	22.25	Menganjurkan keluarga pasien untuk memberikan kompres hangat kepada pasien. Hasil : Tampak pasien dikompres di bagian dahi.	Perawat
	I,II	22.30	Memberkan cairan infus Hasil : RL 500cc 20 tetes/menit	Perawat
	I, II	22.45	Menganjurkan pasien untuk minum air putih. Hasil : Tampak pasien mengikuti anjuran perawat dengan minum ½ gelas air putih (±100cc).	Perawat
	I, II	22.55	Memantau warna kulit. Hasil : Tampak pasien ada bintik merah pada lengan pasien dan tampak mukosa bibir kering.	Perawat
	II, III	24.00	Melakukan tindakan pemberian obat sesuai dengan anjuran dokter Hasil : - Omeprazole 40mg/bolus intravena - Ranitidine 50mg/bolus intravena - Ceftriaxone 1 gram/bolus intravena - Novaldo 1000mg/bolus intravena	Perawat
	I, II, III	24.10	Menganjurkan pasien untuk istirahat yang cukup.	Perawat

			Hasil : Tampak pasien tidur di tempat tidur rumah sakit.	
	I,II	04.45	Memberikan cairan infus Hasil : RL 500cc 20 tetes/menit	Perawat
	I, II	05.30	Melakukan observasi TTV. Hasil : TD : 110/80mmhg N :80x/menit S : 37,9°C P: 20x/menit	Perawat
	I	06.30	Mencatat pengeluaran cairan pasien Hasil : pasien mengatakan minum 1 gelas air (±200cc) dan BAK 3 kali (±600)	Perawat
	I	06.40	Mengobservasi intake cairan Hasil : cairan infus RL 250cc	Perawat
	I,II	07.00	Balance cairan untuk 24 jam Hasil : - Intake dalam 24 jam : Parental (infus) = 1250 cc Air putih = 1000 cc CM = 1250+1000 = 2250 cc - Output dalam 24 jam Urine = 1200cc Muntah= 50cc CK = 1200+50 = 1250 cc - IWL = 53 x 15 =795 - IWL demam = IWL + 200 (Suhu tertinggi – 36,8° C) = 795 + 200 (38°C – 36,8°C) =795 + 240 = 1035 - Balace cairan = CM – (CK + IWL demam) = 2250 – (1250 + 1035) = -35 cc.	Perawat
	III	07.35	- Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan faktor pencetus	Delvi

			nyeri.	
04/03/2019			Hasil : Pasien mengatakan nyeri uluh hati dengan skala 4 nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri hilang timbul dirasakan sekitar 1-2 menit dan akan bertambah nyeri saat melakukan pergerakan. - Menganjurkan teknik relaksasi napas dalam. Hasil : Tampak pasien mampu melakukan anjuran dari perawat.	
	II, III	08.00	Melakukan tindakan pemberian obat sesuai dengan anjuran dokter Hasil : Novaldo 1000mg/bolus intravena	Delvi
	I, II	09.45	Melakukan observasi TTV. Hasil : TD :120/70 mmhg N :86x/menit S :38°C P :22x/menit.	Delvi
	I,II	09.55	Memberikan cairan infus Hasil : RL 500cc 20 tetes/menit	Delvi
	I, II	11.05	Mendorong pasien untuk minum air putih. Hasil : Pasien mengatakan telah mengkonsumsi air ±400 cc	Delvi
	III	12.00	Melakukan tindakan pemberian obat sesuai dengan anjuran dokter Hasil : - Omeprazole 40mg/bolus intravena - Ranitidine 50mg/bolus intravena	Delvi
	I, II, III	12.10	Menganjurkan pasien terkait kebutuhan makanan. Hasil : Tampak pasien hanya menghabiskan ¼ dari	Delvi

			porsi yang disediakan.	
	I, II, III	13.35	Menganjurkan pasien untuk istirahat yang cukup. Hasil : Tampak pasien tertidur di tempat tidur rumah sakit.	Delvi
	III	14.00	Memberikan posisi yang nyaman kepada pasien Hasil :Tampak pasien merasa nyaman dengan posisi yang diberikan	Delvi
	I, II	15.40	Melakukan observasi TTV. Hasil : TD :120/80 mmhg N :80x/menit S :37,8°C P :20x/menit	Dethy
	II, III	16.00	Melakukan tindakan pemberian obat sesuai dengan anjuran dokter Hasil : Novaldo 1000mg/bolus intravena	Dethy
	I	16.55	Mengkaji status hidrasi pasien Hasil : Tampak mukosa bibir pasien kering, tampak peteqie di bawah kulit, finger print kembali dalam 4 detik	Dethy
	I	17.30	Mencatat asupan dan keluaran pasien. Hasil : pasien mengatakan minum ½ gelas (±100 cc) dan BAK 3 kali (±600 cc).	Dethy
	I,II	18.00	Memberikan cairan infus Hasil : RL 500cc 20 tetes/menit	Dethy
	I, II	19.00	Memantau hasil laboratorium darah pasien. Hasil : WBC : 10.100 HCT : 37,1% PLT :45.000	Dethy
	III	20.05	- Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik,	Dethy

			durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan faktor pencetus nyeri. Hasil : Pasien mengatakan nyeri ulu hati dengan skala 4 nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri hilang timbul dirasakan sekitar 1-2 menit dan akan bertambah nyeri saat melakukan pergerakan.	
	I, II, III	20.30	Menganjurkan pasien untuk istirahat Hasil : Tampak pasien melakukan anjuran perawat.	Dethy
	I, II	22.00	Melakukan observasi TTV. Hasil : TD :120/80 mmhg N :80x/menit S :37,5°C P :20x/menit	Sipra
	I, II	22.45	Menganjurkan pasien untuk minum air putih. Hasil : Tampak pasien mengikuti anjuran dari perawat dengan minum 1 gelas air(±200 cc).	Sipra
	I	23.00	Mencatat asupan dan keluaran pasien. Hasil : Pasien mengatakan minum 1 gelas air (±200 cc) dan BAK 2kali (±400 cc).	Sipra
	II, III	24.00	Melakukan tindakan pemberian obat sesuai dengan anjuran dokter Hasil : - Omeprazole 40mg/bolus intravena - Ranitidine 50mg/bolus intravena - Ceftriaxone 1 gram/bolus intravena	Sipra

			- Novaldo 1000mg/bolus intravena	
	I,II	01.25	Memberikan cairan infus Hasil : RL 500cc 20 tetes/menit	Sipra
	II, III	05.30	Melakukan observasi TTV. Hasil : TD :120/70 mmhg N :82x/menit S :37,7°C P :20x/menit	Sipra
	I,II	06.50	Mengobservasi intake cairan Hasil : Cairan infus RL 300cc	Sipra
	I,II	07.00	Balance cairan dalam 24 jam. Hasil : - Intake dalam 24 jam : Parental (infus) = 1550 cc Air putih = 900 cc CM = 1550+900 = 2450 cc - Output dalam 24 jam Urine = 1000 cc CK = 1000 - IWL = 53 x 15 =795 - IWL demam = IWL + 200 (Suhu tertinggi – 36,8° C) = 795 + 200 (38°C – 36,8°C) =795 + 220 = 1035 - Balace cairan = CM – (CK + IWL demam) = 2450 – (1000 + 1035) = 415 cc.	Sipra
05/03/2019	III	07.30	- Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan faktor pencetus nyeri. Hasil : Pasien mengatakan nyeri uluh hati dengan skala 3 nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri hilang timbul dirasakan sekitar 1 menit.	Dethy

			- Menganjurkan teknik relaksasi napas dalam. Hasil : Tampak pasien mampu melakukan anjuran dari perawat.	
	II, III	08.00	Melakukan tindakan pemberian obat sesuai dengan anjuran dokter Hasil : Novaldo 1000mg/bolus intravena	Dethy
	I	09.00	Mengkaji status hidrasi pasien Hasil : Mukosa bibir pasien tampak basah dan lembab dan finger print kembali dalam 3 detik.	Dethy
	I, II	09.45	Memantau hasil TTV Hasil : TD :120/70 mmhg N :82x/menit S :37,2°C P :20x/menit	Dethy
	I, II	10.00	Menganjurkan pasien untuk minum air putih. Hasil : Pasien mengatakan sudah minum air putih ±300 cc	Dethy
	I, II	10.10	Memberikan cairan infus. Hasil :RL 500 cc 20 tts/menit	Dethy
	III	12.00	Melakukan tindakan pemberian obat sesuai dengan anjuran dokter Hasil : - Omeprazole 40mg/bolus intravena - Ranitidine 50mg/bolus intravena	Dethy
	I, II, III	12.45	Menganjurkan pasien untuk beristirahat yang cukup. Hasil : Pasien tampak tertidur di tempat tidur rumah sakit.	Delvi
	I, II	15.00	Menganjurkan pasien untuk minum air putih. Hasil : tampak pasien minum 1 gelas air putih (±200 cc)	Delvi
	I, II	15.50	Melakukan observasi TTV.	

			Hasil : TD :110/70 mmhg N :88x/menit S :36,8°C P :22x/menit	Delvi
	II, III	16.00	Melakukan tindakan pemberian obat sesuai dengan anjuran dokte. Hasil : Novaldo 1000mg/bolus intravena	Delvi
	I	16.50	Mengkaji status hidrasi pasien Hasil : Tampak mukosa bibir pasien lembab dan basah, finger print kembali dalam 3 detik	Delvi
	I,II	17.00	Memberikan cairan infus Hasil : RL 500cc 20 tts/menit	Delvi
	I	18.00	Mencatat asupan dan keluaran pasien. Hasil : Pasien mengatakan minum 1 gelas (±200 cc) dan BAK 3 kali (±600 cc).	Delvi
	III	18.45	Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan faktor pencetus nyeri. Hasil : Pasien mengatakan nyeri ulu hati dengan skala 2 nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri hilang timbul dirasakan sekitar 1menit.	Delvi
	I, II, III	19.00	Menganjurkan pasien untuk istirahat Hasil : Tampak pasien melakukan anjuran perawat.	Delvi
	I, II	19.30	Memantau hasi laboratorium darah pasien. Hasil : WBC :7000 HCT :37,2 % PLT :45.000	Delvi

	I, II	20.00	Menganjurkan pasien untuk minum air putih Hasil : Tampak pasien minum ½ gelas air (±100)	Lisa
	I,II	20.20	Memantau hasil laboratorium darah pasien. Hasil : WBC : 7000 HCT : 37,2% PLT :45.000	Lisa
	III	21.00	Memberikan posisi yang nyaman kepada pasien Hasil : Tampak pasien nyaman dengan posisi yang diberikan	Lisa
	I, II	21.30	Melakukan observasi TTV. Hasil : TD :120/80 mmhg N :80x/menit S :36,5°C P :18x/menit	Lisa
	I	22.55	Mencatat asupan dan keluaran pasien. Hasil : Pasien mengatakan minum 1 gelas air (±200cc) dan BAK 3 kali (±600 cc).	Lisa
	II, III	24.00	Melakukan tindakan pemberian obat sesuai dengan anjuran dokter Hasil : - Omeprazole 40mg/bolus intravena - Ranitidine 50mg/bolus intravena - Ceftriaxone 1 gram/bolus intravena - Novaldo 1000mg/bolus intravena	Lisa
	I,II	01.05	Memberikan cairan infus Hasil : RL 500cc 20 tts/menit	Lisa
	I, II	05.30	Melakukan observasi TTV. Hasil : TD :120/70 mmhg N :82x/menit S :36,5°C	Lisa

			P :20x/menit	
	I	06.50	Mengobservasi intake Hasil : RL 450cc	Lisa
	I, II	07.00	Balance cairan dalam 24 jam. Hasil : - Intake dalam 24 jam : Parental (infus) = 1650 cc Air putih = 1000cc CM = 1650+1000 = 2650 cc - Output dalam 24 jam Urine = 1200 cc CK = 1200 - IWL = 53 x 15 =795 - IWL demam = IWL + 200 (Suhu tertinggi – 36,8° C) = 795 + 200 (37,2°C – 36,8°C) =795 + 80 = 875 - Balace cairan = CM – (CK + IWL demam) = 2650 – (1200 + 875) = 575cc.	Lisa

Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan

E. Evaluasi Keperawatan

Nama : Nn. “E”
Ruangan/kamar: Bernadeth 3B/362 bed 1

Tanggal	Evaluasi (SOAP)	perawat
03/03/2019	DP 1 : Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. S : - Pasien mengatakan muntah satu kali O : - Tampak pasien minum air putih sedikit namun sering - Tampak mukosa bibir pasien kering - Finger print kembali dalam 4 detik - Balance cairan : -35 A : Masalah kekurangan volume cairan teratasi sebagian. P : Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5, 6 dan 7 DP 2 : Hipertermi berhubungan dengan penyakit S : - Pasien mengatakan demamnya naik turun - Pasien mengatakan badannya terasa panas. O : - Teraba badan pasien hangat - Tampak mukosa bibir pasien kering - Tampak pasien berkeringat - Suhu : 37,9°C A : Masalah hipertermi belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5, 6, dan 7 DP 3 : Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis. S :	Dethy dan Delvi

04/03/2019	- Pasien mengatakan nyeri pada ulu hati dengan skala 5 seperti tertusuk-tusuk, nyeri hilang timbul dirasakan 2-3 menit dan bertambah nyeri saat bergerak. O : - Tampak pasien meringis - Tampak pasien memegang bagian tubuh yang sakit A : Pasien mengatakan masih merasa nyeri P : Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5 dan 6 DP 1 : Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. S : - Pasien mengatakan badannya terasa lemas O : - Tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur - Tampak mukosa bibir pasien kering - Balance cairan 415 A : Masalah kekurangan volume cairan teratasi sebagian. P : Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5, 6 dan 7 DP 2 : Hipertermi berhubungan dengan penyakit S : - Pasien mengatakan demamnya naik turun - Pasien mengatakan badannya terasa hangat O : - Teraba badan pasien hangat - Tampak mukosa bibir pasien kering - Tampak pasien diberi kompres hangat - Tampak pasien berkeringat - Suhu : 37,7°C A :	Dethy dan Delvi

05/03/2019	Masalah hipertermi belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5, 6, dan 7 DP 3 : Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis. S : - Pasien mengatakan nyeri pada ulu hati dengan skala 4 seperti tertusuk-tusuk, nyeri hilang timbul dirasakan 1-2 menit dan bertambah nyeri saat bergerak. O : - Tampak pasien meringis - Tampak pasien memegang bagian tubuh yang sakit A : Pasien mengatakan masih nyeri P : Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5 dan 6 DP 1 : Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. S : - Pasien mengatakan tidak lagi merasa mual dan muntah. O : - Tampak mukosa bibir pasien basah dan lembab - Balance cairan 575 A : Masalah kekurangan volume cairan telah teratasi. P : Stop intervensi DP 2 : Hipertermi berhubungan dengan penyakit S : - Pasien mengatakan tidak merasa demam lagi O : - Badan pasien tidak teraba panas - Suhu :36,5 °C	Dethy dan Delvi

	A : Masalah hipertermi telah teratasi. P : Stop intervensi DP 3 : Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis. S : - Pasien mengatakan nyeri ulu hati mulai berkurang dengan skala 2 nyeri hilang timbul dirasakan ±1 menit. O : - Tampak pasien tidak meringis - Tampak pasien dapat melakukan aktivitas seperti ke kamar mandi, duduk sambil bercerita dengan keluarganya, A : Masalah nyeri akut teratasi P : Stop intervensi	

Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan

F. Daftar Obat Yang Diberikan Kepada Pasien

1. Nama obat : Omeperazole
   a. Klasisfikasi golongan obat : Pompa Proton
   b. Dosis : 40 mg
   c. Dosis untuk pasien : 40 mg/ 12 jam/ iv
   d. Cara pemberian obat : Injeksi
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

      Pengobatan jangka pendek tukak usus dan tukak lambung, refluks esophagitis yang erosis, pengobatan jangka panjang sidroma Zolinger-Elison.

   f. Alasan pemberian obat :

      Karena pasien terdapat pemeriksaan widal positif.

   g. Kontra Indikasi :

      1) Penderita yang hipersensitif alergi terhadap tiamfinikol
      2) Penderita depresi sum-sum tulang diskrasia darah.
      3) Wanita hamil dan menyusui.

   h. Efek samping :

      Reaksi hipersensitif/ alergi, gangguan saluran pencernaan (mual, muntah dan diare). Sariawan, glositis, ensefolopati, depresi mental, sakit kepala dan oksisitas. Anemia hemolitik.

2. Nama obat : Ranitidin
   a. Klasifikasi/ golongan obat : Antasida, analgetik
   b. Dosis umum : 400 mg/ hari
   c. Dosis untuk pasien : 1 ampul/ 12 jam
   d. Cara pemberian : Injeksi
   e. Mekanisme kerja obat :

      Menghambat metabolisme hepatik beberapa reaksi obat kumarin, antikogula, tefillin dan diazepam.

   f. Alasan pemberian obat :

      Menurunkan asam lambung pada kondisi bansal maupun tertimulasi makanan, insulin, asam
      amino, histamine maupun pentagastrin.

   g. Konta Indikasi :

      Penderita penurunan fungsi hati.

   h. Efek samping :

      Sakit kepala, pusing, mual dan mata nyeri.

3. Nama obat : Ceftriaxone
   a. Klasifikasi/ golongan obat : Antibiotik
   b. Dosis umum : 500 mg
   c. Dosis untuk pasien : 1 gram
   d. Cara pemberian : Injeksi
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Ceftriaxone merupakan obat anti biotik yang mampu mengikat lebih satu penicillin, dinding protein sehingga menghambat transpeptidasi tahap akhir dari sintesis peptidoglikan pada dinding sel bakteri. Dengan penghambatan tersebut, maka pencegahan biosintesis dan pembentukan dinding sel sehingga mengakibatkan matinya sel bakteri. Ceftriaxone biasa mengobati infeksi serius yang disebabkan oleh bakteri seperti peradangan.
   f. Alasan pemberian obat : Untuk menghentikan pertumbuhan bakteri
   g. Kontra Indikasi : Ceftriaxone tidak boleh digunakan oleh orang dengan kodisi neonatus, hiperbilirubinemik dan yang memiliki alergi terhadap ceftriaxone.
   h. Efek samping : Alergi, mual dan muntah, sakit perut, sakit kepala atau pusing dan berkeringat.

4. Nama obat : Novaldo

a. Klasifikasi obat : Anti inflamasi non steroid (AINS)

b. Dosis umum : 500 mg/ml

c. Dosis untuk pasien : 1000 mg/2 ml

d. Cara pemberian obat : Injeksi

e. Mekanisme dan fungsi obat : Merupakan kelompok obat anti inflamasi non steroid yang memiliki fungsi penghilang rasa sakit, antispasmodic (meregakan kejang otot dan menurunkan demam.

f. Alasan pemberian obat : Pasien diberikan obat untuk menurunkan demam dan mengurangi nyeri yang dirasakan.

g. Kontra indikasi : Pasien dengan TD sistolik < 100, pasien dengan arganulositosis, hamil, laktasi, bayi ≤ 3 bulan atau berat badan < 5 kg

h. Efek samping : Reaksi hipersensitifitas pada kulit (kemerahan pada kulit), argunolositosis.

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

Pada bab ini penulis membahas ada tidaknya kesenjangan antara konsep teori yang diperoleh dari tinjauan teoritis dengan pengamatan kasus yang ditemukan dalam asuhan keperawatan pada Nn “E” dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) di Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada unit BERNADETH IIIB yang berlangsung selama tiga hari. Pembahasan dalam bab ini menggunakan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi dan evaluasi.

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam mengumpulkan data dari berbagai sumber yaitu pasien, keluarga, perawat ruangan, dokter, dan hasil pengamatan langsung pada pasien.

Pada pengamatan kasus diperoleh data bahwa pada saat pengkajian pada tanggal 02/03/2019 didapatkan keluhan utama : demam sejak 3 hari yang lalu, disertai mual, muntah, nyeri sendi dan nyeri ulu hati. Saat pengkjian pasien mengatakan masih demam, mual dan muntah 1x berupa cairan dan sedikit makanan, nyeri sendi dan nyeri ulu hati, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk selama 3-4 menit dengan skala 5 yaitu skala nyeri sedang dan akan bertambah sakit saat pasien bergerak, tampak pasien meringis, tampak pasien memegang bagian epigastrium, badan teraba panas dan tampak peteqie pada lengan kiri atas. Tampak pasien terbaring lemah di atas tempat tidur dengan posisi terlentang, tampak mukosa bibir kering. Hasil pemeriksaan Tanda-tanda vital didapat hasil : TD : 110/70 mmHg, Nadi : 90 x/m, Pernapasan : 20x/m, Suhu : 38^0C, dan hasil Indeks Massa Tubuh (IMT) : 20,9 kilogram

kesimpulan berat badan ideal, terapi yang didapat di rumah sakit mendapatkan terapi Ranitidin 50mg/12 jam, novaldo 1000mg/8 jam, omeperazole 40mg/12 jam, ceftriaxone 1000mg/24 jam dan cairan infus RL 500 cc 20 tts/mnt. Pemeriksaan tes diagnosis yang dilakukan pada pasien ANTI DENGUE IgG (+) dan ANTI DENGUE IgM (+). PLT : 54 10ˆ3/uL. Sedangkan pada pemeriksaan diagnostik diperoleh hasil pemeriksaan laboratorium : jumlah PLT dalam darah mengalami penurunan, yaitu 54 10ˆ3/uL

Demam merupakan manifestasi utama yang terjadi pada pasien DHF. Pada pasien diperoleh data suhu : 38^0C, dimana hal ini disebabkan oleh infeksi virus dengue di dalam darah atau dengan istilah lain *viremia*. Selain itu data lain yang umumnya ditemukan pada pasien *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) yaitu terjadinya penurunan Trombosit dan peningkatan Hematokrit. Pada kasus Ny “E” nilai Trombosit yang ditemukan pada pasien adalah 54 10ˆ3/uL (130-400 10ˆ3/uL) dan nilai Hematokrit 35,1 % hal ini disebabkan karena terjadi penurunan Hemokonsentrasi dimana terjadi penurunan kadar seluler darah atau peningkatan kadar plasma darah akan tetapi bukan berati nilai ini dalam batas aman, melainkan perlu pengawasan ketat karena penurunan HCT pada fase kritis menunjukan tanda-tanda perdarahan dan dari hasil itulah maka penderita harus mendapatkan tambahan cairan/darah tergantung dari kebutuhan dan dibawah pengawasan.

Berdasarkan data di atas, penulis menarik kesimpulan bahwa pasien masih berada pada tahap derajat II, dimana secara teori manifestasi klinis demam, mual muntah, anorexia, sakit kepala terus-menerus, nyeri bagian epigastrium, uji torniquet positif, trombositopenia, hemokonsentrasi, gejala-gejala perdarahan spontan seperti peteqie, ekimosis, hematimesis, melena dan perdarahan gusi.

Bila dibandingkan pada teori, hematemesis, melena, perdarahan gusi tidak ditemukan, begitu juga dengan hepatomegali tidak ditemukan pada pasien karena belum terjadi perembesan plasma ke rongga

gastrointestinal melalui sistem vena porta yang akan mengakibatkan terjadinya peningkatan cairan plasma dalam darah.

B. Diagnosa Keperawatan

Dari hasil pengkajian yang diperoleh maka penulis mengangkat 3 diagnosa yaitu :

1. Kekurangan volume cairan b/d Kehilangan cairan aktif.
2. Hipertemi b/d Penyakit.
3. Nyeri akut b/d Agen cedera biologis.

Dari ketiga diagnosa keperawatan di atas, diagnosa keperawatan yang pertama adalah Kekurangan volume cairan, alasan penulis mengangkat diagnosa ini karena penulis menemukan data pada pasien, mukosa bibir kering, peteqie pada lengan kiri atas PLT 54 $10^3/mm^3$, HCT 35.1 %, finger print > 3 detik dan hasil balance cairan menunjukan ketidakseimbangan antara intake dan output. Diagnosa keperawatan yang kedua yaitu Hipertemi, alasan penulis mengangkat diagnosa ini karena penulis menemukan data pada pasien ditemukan manifestasi klinik suhu tubuh : 38^0c dan, mukosa bibir kering dan badan teraba panas. Diagnosa ketiga yaitu : Nyeri akut, alasan penulis mengangkat diagnosa ini karena pasien merasa nyeri pada sendi dan ulu hati, nyeri skala 5.

Penulis tidak mengangkat beberapa diagnosa lain yang ada pada teori karena data tidak mendukung, seperti :

1. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena tidak ada penurunan berat badan pada pasien dan berat badan apsien ideal.
2. Resiko perdarahan dengan faktor resiko koagulopati inheren (trombositopenia). Penulis tidak mengangkat diagnosa ini menjadi masalah karena beberapa intervensi dari diagnosa kekurangan volume cairan dan hipertermi seperti monitor trombosit setiap hari, pertahankan kebutuhan cairan dan anjurkan pasien untuk banyak

istirahat, sudah mencakup intervensi dari diagnosa resiko perdarahan sehingga resiko tidak menjadi aktual seperti terjadinya hematemesis, ekimosis, epitaksis, namun hanya terdapat peteqie pada sekitar tangan pasien.

3. Resiko syok dengan faktor resiko hipovolemia. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena kekurangan volume cairan sudah kembali terpenuhi melalui rehidrasi sehingga tidak terjadi syok hipovolemia.
4. Defisit pengetahuan berhubungan dengan tidak familiar dengan sumber informasi. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pasien sudah mengetahui penyakit DHF , penyebab serta tanda dan gejala dari penyakit tersebut.

C. Rencana Keperawatan

Setelah proses pengkajian dan penentuan masalah keperawatan selanjutnya penulis membuat suatu perencanaan untuk mengatasi masalah keperawatan yang timbul.

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. Intervensi yang disusun penulis yaitu : pantau jumlah, warna dan frekuensi kehilangan cairan, pantau status hidrasi, jaga intake/ asupan yang akurat dan catat output, pantau jumlah cairan yang masuk dalam 24 jam, tingkatkan asupan oral, monitor hasil laboratorium. Pada tindakan kolaboratif adanya pemberian cairan IV RL 500 cc, 20 tetes/menit.
2. Hipertemi berhubungan dengan penyakit. Intervesi yang disusun penulis yaitu : Pantau suhu minimal setiap 2 jam, pantau tekanan darah, nadi, suhu dan pernapasan, anjurkan kepada pasien untuk banyak minum air putih 1,5 – 2 liter/ hari, berikan kompres air hangat bila demam timbul, anjurkan kepada pasien untuk memakai pakaian yang tipis dan menyerap keringat, fasilitas istirahat, terapkan pembatasan aktivitas jika diperlukan, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian antipiretik misalnya, Novaldo.

3. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis. Intervensi yang disusun penulis yaitu : Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi, bantu pasien untuk lebih fokus pada aktivitas, bukan pada nyeri dan rasa tidak nyaman dengan melakukan pengalihan menonton tv atau bercerita dengan keluarga, anjurkan teknik relaksasi tarik nafas dalam, berikan posisi yang nyaman sesuai dengan kebutuhan pasien, dukung istirahat tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat antihistamin.

D. Implementasi Keperawatan

Pada tahap ini penulis mengimplementasikan rencana yang telah disusun penulis sebelumnya. Rencana keperawatan yang disusun oleh penulis telah diimplementasikan dengan baik selama 3 hari oleh karena tersedianya kerja sama yang baik dengan pasien dan tim kesehatan lainnya.

1. Pada diagnosa keperawatan pertama kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. Pada hari pertama, kedua dan ketiga semua intervensi dilakukan tanpa kendala.
2. Pada diagnosa keperawatan kedua yaitu hipertermi berhubungan dengan penyakit. Hari pertama dan kedua semua intervensi dilakukan, tetapi pada ketiga kaji tingkat hipertemi dan beri kompres air hangat tidak dilakukan karena pasien tidak demam lagi.
3. Pada diagnosa keperawatan ketiga yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis. Hari pertama dan kedua semua intervensi masih dilakukan dan pada hari ketiga semua intervensi tidak dilakukan karena pasien tidak merasakan nyeri lagi.

E. Evaluasi Keperawatan

Tahap ini merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang mencakup tentang apakah hasil yang diharapkan bisa dicapai. Dari

hasil evaluasi yang dirumuskan penulis selama melaksanakan proses keperawatan pada pasien selama 3 hari (03 – 05 Maret 2019) adalah :

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif dengan hasil evaluasi hari terakhir yaitu masalah teratasi. Hal ini ditandai dengan pasien mengatakan tidak lagi merasa mual dan muntah lagi , mukosa bibir basa dan lembab dan balance cairan 655cc.
2. Hipertermi berhubungan dengan penyakit dengan hasil evaluasi hari terakhir yaitu masalah teratasi. Hal ini ditandai dengan pasien mengatakan tidak mengalami demam, dan suhu 36,5^{0}c.
3. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik dengan hasil evaluasi hari terakhir yaitu masalah teratasi. Hal ini ditandai dengan pasien mengatakan nyeri ulu hati mulai berkurang, tampak pasien tidak meringis dan skala nyeri 2.

BAB V
SIMPULAN DAN SARAN

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan system hematologi "DHF" di ruang Bernadeth 3b Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sekaligus saran seperti di bawah ini.

A. Kesimpulan

1. Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan kepada pasien Nn. "E" dengan DHF maka penulis menemukan beberapa data : pasien mengatakan demam 3 hari di rumah, mengeluh nyeri sendi dan ulu hati , disertai mual dan muntah 3 kali. Tampak mukosa bibir pasien kering, tampak peteqie di bawah kulit dan finger print kembali >3 detik. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan TD : 110/70 mmHg, N : 90x/menit, S : 38°C, P : 20x/menit dan pemeriksaan laboratorum di dapatkan hasil : WBC 2.70 10ˆ3/uL, RBC 4.67 10ˆ6/uL, HGB 11.5 g/dL, HCT 35.1%, PLT 54 10ˆ3/uL, serta dilakukan imuno serologi dengan hasil : IgG (+), dan IgM (+).
2. Berdasarkan data yang didapatkan dari Nn. "E" masalah keperawatan yang muncul yaitu:
   a. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif
   b. Hipertermia berhubungan dengan penyakit
   c. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis
3. Dari intervensi keperawatan yang penulis susun pada prinsipnya sama dengan yang terdapat dalam tinjauan teoritis, yang juga sesuai dengan keadaan dan kondisi pasien. Intervensi keperawatan itu meliputi : tindakan keperawatan mandiri, observasi keperawatan dan tindakan evaluasi.

4. Dari rencana tindakan keperawatan dilakukan 3 hari, penulis melibatkan atau bekerja sama dengan keluarga, pasien, sesama perawat dan tim kesehatan lainnya.
5. Setelah 3 hari mengimplementasikan rencana keperawatan yang ada hasil evaluasi dari ketiga diagnosa keperawatan yang ada pada kasus Nn. “E” masalah kekurangan volume cairan dapat teratasi, hipertermi teratasi dengan ditandai dengan suhu tubuh menjadi normal 36,5°C dan masalah nyeri dapat terkontrol.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan di atas maka penulis menyampaikan beberapa saran untuk pertimbangan dan peningkatan kualitas asuhan keperawatan yang ditunjukkan kepada :

1. Bagi pasien dan keluarga

   Untuk mencegah terjadinya DHF berulang baik itu pasien ataupun anggota keluarga lainnya dianjurkan kepada pasien dan keluarga untuk menjaga lingkungan tetap bersih seperti melakukan program 3M plus yaitu menguras, menutup, mendaur ulang dan menghindari kebiasaan yang salah seperti menggantung pakaian sembarang dan membiarkan kondisi pencahayaan rumah kurang dimana nyamuk mudah atau senang bersarang. Selain dari pada itu diharapkan pasien dan keluarga mampu mengenali tanda dan gejala DHF dan mengetahui penanganan pertama yang bisa dilakukan yaitu dengan meminum banyak air putih, melakukan kompres hangat bila terjadi demam dan segera ke pelayanan kesehatan seperti puskesmas atau rumah sakit terdekat.
2. Bagi perawat

   Diharapkan mampu melakukan tindakan keperawatan mandiri, tindakan kolaborasi dan edukasi tentang cara pencegahan dan penanganan dari penyakit DHF dengan baik dan benar.

3. Institusi rumah sakit

   Diharapkan rumah sakit lebih meningkatkan fasilitas pelayanan kesehatan utamanya dalam upaya peningkatan pengetahuan dan pencegahan penyakit pada masyarakat khususnya penyakit DHF.

4. Bagi institusi pendidikan

   Sebagai sumber informasi, bacaan serta acuan untuk mengukur kemampuan mahasiswa dalam penerapan proses keperawatan khususnya dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan DHF.

DAFTAR PUSTAKA

Brunner & Suddart. *Gambar Struktur Darah.* http://www.Biologipedia.Blogspot.com

Depkes RI (2012). Demam Berdarah Dengue. scholar.unand.ac.id/26674/2/bab%201.pdf. Diakses tanggal 25 Maret 2019

Depkes RI. 2015. *Situasi DBD di Indonesia.* Akses tanggal 10 April 2019

Desmawati. 2013. *Sistem Hematologi dan Imunologi*. Jakarta : In Media

Doenges,. E. Marilyn. (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan*. Edisi 3. Jakarta : EGC

Hasdianah & Dewi. 2014. *Etiologi Demam Berdarah Dengue.* Yogyakarta : Nuha Medika

Irianto, 2010. *Fisiologi Pembuluh Darah.* Jakarta : Yrama Widya

Kemenkes RI., (2016). *Profil Kesehatan Indonesia.* Kemenkes RI. Diakses tanggal 20 Maret 2019

Medical Record RS Stella Maris Makassar. Kasus DBD Periode 2016-2018

Nadezul. 2013. *Cara Mudah Mengalahkan Demam Berdarah.* Jakarta : Penerbit Buku Kompas

Nanda. (2015-2017). *Diagnosa Keperawatan Definisi dan Klasifikasi*. Jakarta : EGC

Nurhayati Evi. 2013. Gambar Pembuluh Darah. http://www.Biologipedia.Blogspot.com.

Nursing Interventions Classification (NIC). (2013). *Nursing Interventions Classification.* Edisi ke – 6, edisi Bahasa Indonesia : Intansari Nurjannah, Roxsana D. Tumanggor

Nursing Outcomes Classification (NOC). (2013). *Nursing Outcomes Classification.* Edisi ke – 5, edisi Bahasa Indonesia : Intansari, Nurjannah, Roxsana D. Tumanggor

Sungkar dkk. 2010. *Demam Berdarah Dengue.* Scholar.unand.ac.id/26674/2/bab%201.pdf. diakses tanggal 25 Maret 2019

Titik Lestari. 2016. *Asuhan Keperawatan Anak.* Jakarta : Nuha Medika

WHO. 2016. *Dengue and Severe Dengue*. From world health organization :http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/en/. Diakses 01 April 2019

www.makassar.tribunnews.com. *Dinkes Provensi Sulawesi Selatan Sebut 4 Daerah Luar Biasa DBD.* Diakses 21 Maret 2019

LEMBAR KONSUL

KARYA TULIS ILMIAH

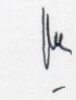
NAMA/ NIM : Bernadethi Sabono (E1614401051)

: Delvianti Tandiayu (E1614401052)

JUDUL KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NN "E" DENGAN *DENGUE HAEMORRHAGIC FEVER* (DHF) DI RUANG BERNADETH III B RUMAH SAKIT STELLA MARIS

NAMA PEMBIMBING : Mery Solon, Ns.,M.Kes

No	Tanggal	Materi Konsul	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa
1.	02 Maret 2019	Lapor kasus dengan penyakit DHF *(Dengue Haemorrhagic Fever).*		
2.	03 Maret 2019	BAB III (pengkajian). BAB III perbaikan pengkajian.		
3.	09 Maret 2019	Konsul perbaikan BAB III, diagnosa, analisa data, dan intervensi. Perbaiki pengkajian, analisa data, diagnosa dan intervensi.		
4.	15 April 2019	Konsul BAB III pengkajian, intervensi, dan analisa data. Perbaiki pengkajian dan analisa data		

5	18 April 2019	Konsul BAB III. Perbaiki pengetikan BAB III.		
6	25 April 2019	Konsul BAB I dan BAB II. Perbaiki latar belakang BAB I.		
7	28 April 2019	Konsul perbaikan BAB I, BAB II, BAB III, analisa data, intervensi, dan diagnosa. Perbaiki diagnosa.		
8	14 Mei 2019	Konsul BAB I - BAB IV		