KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN "W" DENGAN *DENGUE HAEMORRAGIC FEVER* (DHF) DI RUANG PERAWATAN BERNADETH III A RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH :

NAMA : APRONIMUS ABAR
NIM : E. 1514401006

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM D III KEPERAWATAN
MAKASSAR
2018

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah dengan judul **"ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. W DENGAN *DENGUE HAEMORRAGIC FEVER* (DHF) DI RUANG BERNADETH III A RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR"** telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan Oleh :

Nama Mahasiswa : Apronimus Abar

NIM : E.1514401006

Disetujui Oleh :

Pembimbing I

(Elmina Bongga Linggi.,Ns.,M.Kes)
NIDN. 0925027603

Menyetujui

Wakil Ketua Bidang Akademik

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

LEMBAR PENGESAHAN

PROGRAM D III KEPERAWATAN
STIK STELLA MARIS

Karya Tulis ini dengan judul **"ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. W DENGAN *DENGUE HAEMORRAGIC FEVER* (DHF) DI RUANG PERAWATAN BERNADETH III A RUMAH SAKIT STELLA MARIS"** telah dipertanggungjawabkan dan telah diujikan dihadapan Tim Penguji yang dilaksanakan pada :

Hari/Tanggal	: Kamis/07 juni 2018
Pukul	: 12:30 wita
Tempat	: Kampus STIK Stella Maris Makassar

Tim Penguji :

1. Elmiana Bongga Linggi, Ns.,M.,Kes. (……)
2. Rosdewi, SKp.,MSN. (……)
3. Fransiska Upa, S.kep.,Ns. (……)

Mengetahui
Ketua STIK Stella Maris Makassar

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

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat, rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN "W" DENGAN *DENGUE HEMORRAGIC FEVER* DI RUANG BERNADETH III A RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR".

Penulisan karya tulis ilmiah ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu persyaratan ujian akhir bagi kelulusan mahasiswa/i STIK Stella Maris Makassar program D III Keperawatan Tahun 2015-2018.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan karya tulis ini, penulis banyak mendapatkan kesulitan namun berkat bimbingan, pengarahan, bantuan, kesempatan dan motivasi dari berbagai pihak sehingga penulis dapat menyelesaikannya. Untuk itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih dan hormat yang sebesar-besarnya kepada :

1. Siprianus Abdu, S.SI.,Ns.,M.Kes selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar. Terima kasih atas ilmu yang diberikan kepada saya selama menuntut ilmu dan masukan kepada penulis.
2. Dr. Thomas Soeharto, MMR, selaku Direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah mengizinkan penulis untuk melakukan praktek di Rumah Sakit yang beliau pimpin.
3. Henny Pongantung, Ns.,MSN, selaku Wakil Ketua Bidang Akademik.
4. Fr. Blasius Perang. CMM, selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan Stik Stella Maris Makassar.
5. Rosdewi, S.Kep.,MSN, selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi.
6. Elmina Bongga Linggi, Ns.,M.Kes selaku pembimbing dalam menyusun karya tulis yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan serta bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan karya tulis ini.

7. Seluruh dosen pengajar beserta staf Stik Stella Maris Makassar yang telah mendidik, mengarahkan dan membekali penulis baik dengan pengetahuan, keterampilan, maupun dengan pelajaran berperilaku sosial yang baik terutama peduli dengan sesama.
8. Teristimewa untuk kedua orang tua Damasus Datut dan Martina Amul serta ketiga saudara Tarsi, Nando, dan Ken, yang memberi dukungan, bantuan, doa dan kasih sayang selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar. Tak lupa juga buat kakak Sylvester dan Servianus yang telah membantu, mendorong dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah.
9. Tn. “W” dan keluarga, yang telah bersedia bekerja sama dengan penulis dalam menyusun karya tulis ini.
10. Kepala bagian, Pembimbing Klinik (CI) dan para pegawai di ruang perawatan Bernadeth III A Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah membantu penulis dalam menyusun karya tulis ilmiah ini.
11. Seluruh rekan-rekan mahasiswa/i program D III keperawatan yang telah menjadi teman yang setia baik dalam suka maupun duka selama menjalani pendidikan di Stik Stella Maris Makassar.

Penulis menyadari bahwa penyusunan karya tulis ilmiah ini masih mempunyai kekurangan, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk dapat melengkapi karya tulis ini. Semoga karya tulis ini dapat bermanfaat bagi pembaca guna meningkatkan asuhan keperawatan pada pasien DHF.

Makassar, Maret 2018

Apronimus Abar

DAFTAR ISI

Halaman

JUDUL

LEMBARAN PERSETUJUAN

LEMBARAN PENGESAHAN

RIWAYAT HIDUP

KATA PENGANTAR.....i

DAFTAR ISI iii

BAB I PENDAHULUAN 1

A. Latar Belakang 1

B. Tujuan Penulisan.....4

C. Manfaat Penulisan.....4

D. Metode Penulisan.....5

E. Sistematika Penulisan.....7

BAB II TINJAUAN TEORITIS.....8

A. Konsep Dasar Medis.....8

1. Defenisi.....8

2. Anatomi Fisiologi.....9

3. Klasifikasi.....15

4. Etiologi.....15

5. Patofisiologi.....16

6. Manifestasi Klinik.....17

7. Tes Diagnostik.....17

8. Penatalaksaanaan Medik.....19

9. Pencegahan.....21

10. Komplikasi.....22
B. Konsep Asuhan Keperawatan.....25
1. Pengkajian Keperawatan.....25
2. Diagnosa Keperawatan.....26
3. Intervensi Keperawatan.....27
4. Discharge Planning.....36
5. Patoflowdiagram.....38
BAB III TINJAUAN KASUS 40
A. Pengkajian 41
B. Analisa Data.....63
C. Diagnosa Keperawatan.....66
D. Rencana Keperawatan.....67
E. Pelaksanaan Keperawatan.....72
F. Evaluasi.....83
G. Daftar Obat.....87
BAB IV PEMBAHASAN KASUS.....89
A. Pengkajian Keperawatan.....89
B. Diagnosa Keperawatan.....92
C. Intervensi Keperawatan.....93
D. Implementasi Keperawatan.....95
E. Evaluasi Keperawatan.....95
BAB V SIMPULAN DAN SARAN.....97
A. Simpulan.....97
B. Saran.....99
DAFTAR PUSTAKA

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit *Dengue Hemoragic fever (DHF)* masih merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di Indonesia yang belum dapat ditanggulangi sampai saat ini. Penyakit ini sering kali menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB) dengan kerugian ekonomi yang besar bahkan dapat menyebabkan kematian penderita, (Kemenkes RI, 2013).

Dengue Haemoragic Fever (DHF) adalah penyakit yang disebabkan oleh virus *dengue* yang tergolong *Arthropod-Borne Virus, genus Flavivirus* dan *family Flaviviridae. Dengue Haemoragic Fever* (DHF) ditularkan melalui gigitan nyamuk dari *genus Aedes*, terutama *Aedes Aegypti*. Penyakit DHF dapat muncul sepanjang tahun dan dapat menyerang seluruh kelompok umur. Munculnya penyakit ini berkaitan dengan kondisi lingkungan dan perilaku masyarakat (Kemenkes RI, 2016).

Saat ini lebih dari 100 negara di Afrika, Amerika, Mediterania Timur, Asia Tenggara, dan Pasifik Barat merupakan wilayah dampak DHF serius dan data dari seluruh dunia menunjukkan Asia menempati urutan pertama dalam jumlah penderita DHF setiap tahunnya. Sementara itu, terhitung sejak tahun 1968 hingga tahun 2009, *WHO* mencatat negara Indonesia sebagai negara dengan kasus DHF tertinggi di Asia tenggara (*WHO* 2014).

Indonesia adalah daerah endemik DHF dan mengalami epidemik sekali dalam 4-5 tahun. Faktor lingkungan dengan banyaknya genangan air bersih yang menjadi sarang nyamuk, moblitas penduduk yang tinggi dan cepatnya transportasi antar

daerah, menyebabkan sering terjadi DHF. Indonesia termasuk dalam salah satu Negara yang edemik demam berdarah karena jumlah penderitanya terus-menerus bertambah dan penyebarannya semakin luas (Sungkar dkk, 2010).

DHF banyak ditemukan di daerah tropis dan subtropics 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 di tahun 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 31 kematian. Dibandingkan dengan tahun 2014 pada Oktober tercatat 8.149 kasus dengan 81 kematian, November 7.877 kasus dengan 66 kematian, dan Desember 7.856 kasus dengan 50 kematian.

Berdasarkan data di Sulawesi selatan pada tahun 2016 penderita *Dengue Haemorragic Fever* terus meningkat. Penularan nyamuk *aedes* sesuai data Dinkes Sulawesi Selatan perkabupaten/kota selama dua tahun terakhir, paling tinggi terjadi di wilayah Bone yang mencapai 740 kasus. Kemudian menyusul kabupaten Pangkep dengan jumlah 731 kasus. Sementara Sinjai 452 kasus, Maros 544 kasus, Gowa 427 kasus, Soppeng 399 kasus dan Makassar 367 kasus. (Makassar Tribunnesnews.com, 2016).

Berdasarkan Data Medik Rumah Sakit Stella Maris tercatat jumlah DHF tahun 2015 sebanyak 502 pasien dengan laki-laki sebanyak 242 pasien, perempuan 260 pasien, dan 3 pasien meninggal. Pada tahun 2016 penderita DHF sebanyak 711 pasien dengan laki-laki sebanyak 349 pasien, perempuan 362 pasien, dan 4 pasien yang meninggal. Pada tahun 2017 penderita DHF

sebanyak 329 pasien dengan laki-laki sebanyak 185 pasien, perempuan 144 pasien, dan 2 pasien yang meninggal.

Dengan melihat masih adanya 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 caranya 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 diatas membuat penulis tertarik untuk mengangkat kasus karya tulis ilmiah (KTI) yang berjudul Asuhan Keperawatan pada pasien dengan *Dengue Haemorragic Fever* di ruang perawatan BERNADETH III A, Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

   Memperoleh pengalaman yang nyata dalam memberikan asuhan keperawatan dan pendokumentasian pada pasien dengan DHF di ruang perawatan Bernadeth III A Rumah Sakit Stella Maris.

2. Tujuan Khusus

   a. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem hematologi, *Dengue Hemorragic Fever*.

   b. Merumuskan diagnose keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem hematologi, *Dengue Hemorragic Fever*

c. Menyusun perencanaan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem hematologi, *Dengue Hemorragic Fever*.
d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem hematologi, *Dengue Hemorragic Fever*.
e. Membuat dan menyusun evaluasi keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem hematologi, *Dengue Hemorragic Fever*.
f. Mendokumentasikan proses asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem hematologi*, Dengue Hemorrhagic Fever*.

C. Manfaat Penulisan

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini, diharapkan dapat memberikan manfaat bagi :

1. Bagi Rumah Sakit

   Merupakan masukan bagi tenaga kesehatan khususnya bagi perawatan yang ada di Rumah Sakit dalam upaya untuk meningkatkan suatu pelayanan keperawatan khususnya pada pasien dengan gangguan sistem hematologi, *Dengue Hemorragic Fever* dengan melakukan gerakan 4M (menguras, mengubur, menutup, dan memantau) untuk mencegah perkembangbiakan nyamuk penyebab penyakit DHF yang dapat dilakukan secara berkala tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitas.
2. Bagi Pendidikan

   Merupakan masukan sebagai salah satu sumber informasi/bacaan serta acuan dibagian akademik tentang pengetahuan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem hematologi, *Dengue Haemorragic Fever*.
3. Bagi Pasien

Dapat memperoleh pengetahuan tentang cara pencegahan dan penanganan dari *Dengue Haemorragic Fecer* serta komplikasi-komplikasi yang terjadi apabila penyakit tersebut tidak ditangani.

4. Bagi Penulis
   a. Sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan Diploma III Keperawatan.
   b. Mengaplikasikan ilmu dan pengetahuan yang didapatkan selama pendidikan, terutama dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem hematologi, *Dengue Haemorragic Fever*.

D. Metode Penulisan

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem hematologi *Dengue Haemorragic Fever* penulis menggunakan metode :

1. Tinjauan pustaka

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

   Dengan studi kasus menggunakan asuhan keperawatan yang komprehensif meliputi pengkajian data, analisa data, penetapan diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

   Teknik pengumpulan data yang dilakukan adalah :

   a. Wawancara

      Dengan mengadakan / melakukan tanya jawab kepada pasien, keluarga, dan perawat setempat.

   b. Observasi

Pengamatan langsung kondisi dengan mengikuti tindakan dalam proses pelaksanaan asuhan keperawatan.

c. Data MRO

   Data yang didapatkan berupa jumlah penderita gangguan hematologi *dengue haemorragic fever* (DHF) yang terjadi dalam satu tahun terakhir.

d. Pemeriksaan Fisik

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

e. Melalui Diskusi

   Melalui diskusi dengan teman-teman, ataupun dengan perawat yang ada dirumah sakit.

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, klasifikasi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, tes diagnostik, penatalaksanaan medik, pencegahan dan komplikasi; kemudian konsep dasar keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa 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 diagnosa 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-pihak yang terkait dari penyusunan karya ilmiah ini.

BAB II
TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medis

1. Definisi

Penyakit Demam Berdarah secara medis disebut *Dengue Haemoragic Fever (DHF)* adalah penyakit yang disebabkan oleh virus dengue yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti dan aedes albopictus* (Prasetyo, 2012).

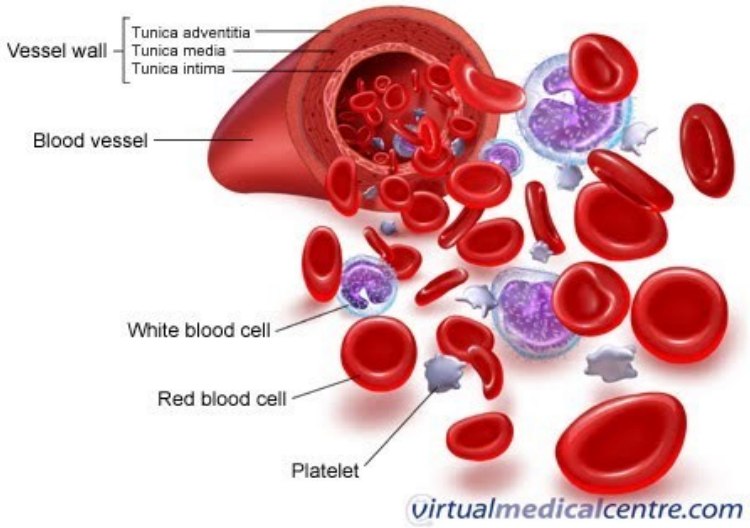
Dengue Haemoragic Fever adalah suatu infeksi arbovirus akut yang masuk ke dalam tubuh melalui gigitan nyamuk spesies aides. Penyakit ini sering menyerang pada anak, remaja, dan dewasa yang ditandai dengan demam, nyeri otot, dan sendi (Desmawati, 2013).

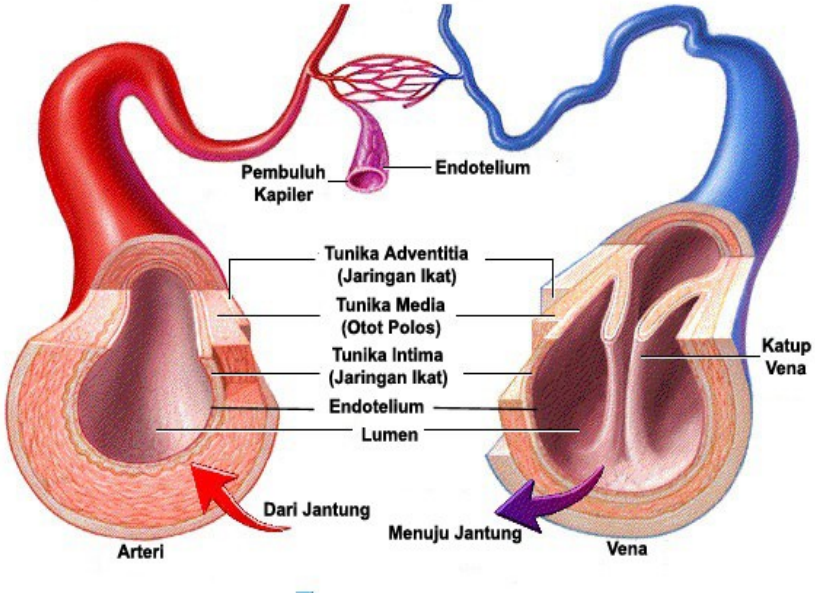
Dengue Haemorragic Fever (DHF) merupakan suatu penyakit epidemik akut yang disebabkan oleh virus yang ditransmisikan oleh *Aedes aegypti*. Penderita yang terinfeksi akan memiliki gejala berupa demam ringan sampai tinggi, disertai dengan sakit kepala, nyeri apda mata, otot dan persendian, hingga perdarahan spontan (WHO, 2010).

Dari berbagai pengertian di atas penulis menarik kesimpulan, *Dengue Haemoragic Fever* adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh virus dengue yang masuk ke dalam tubuh melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti* dengan gejala utama demam, sakit kepala, nyeri otot, mual muntah yang terutama menyerang anak-anak dan orang dewasa.

2. Anatomi Fisiologi

a. Anatomi





(Sumber : Guyton, 2008)

b. Fisiologi

1) Pembuluh Darah

a) Pembuluh darah arteri (pembuluh nadi)

Terdiri atas tiga lapisan. Lapisan terluar terdiri atas jaringan ikat fibrus disebut *tunika advantisia,* lapisan ini berfungsi 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 2 jenis, yaitu pembuluh aorta dan pulmonalis. Pembuluh aorta merupakan pembuluh arteri yang datang dari bilik jantung sebelah kiri dan bertugas mengangkut oksigen untuk diedarkan ke seluruh tubuh. Sebaliknya pembuluh pulmonalis merupakan pembuluh arteri yang berasal dari bilik kanan. Pembuluh pulmonalis berfungsi membawa darah yang telah terkontaminasi oleh karbondioksida dari seluruh tubuh menuju ke paru-paru.

b) Pembuluh darah vena (pembuluh balik)

Pembuluh darah vena dikenal dengan nama pembuluh darah balik. Pembuluh darah ini adalah jenis pembuluh darah yang datang menuju serambi jantung yang sifatnya tipis dan cukup elastis. Sama halnya seperti pembuluh arteri, pembuluh vena terdiri dari 2 bagian, yaitu pembuluh darah vena kava superior dan pembuluh darah vena kava inferior. Pembuluh vena kava anterior adalah pembuluh darah balik yang berasal dari bagian atas tubuh. Sedangkan

pembuluh darah vena kava inferior berasal dari bagian tubuh.

c) Pembuluh darah kapiler

Pembuluh darah kapiler adalah ujung yang berada di bagian akhir dari pembuluh arteri. Jaringan pembuluh darah kapiler bekerja membentuk sebuah anyaman yang terdiri dari suatu jaringan dengan kandungan kurang lebih 2000 kapiler darah per millimeter.

2) Struktur Darah

Darah adalah suatu jaringan tubuh yang terdapat di dalam pembuluh darah yang berwarna merah.

Darah terdiri dari 2 bagian yaitu : sel darah dan plasma.

a) Sel-sel darah

(1) Eritrosit

Bentuknya seperti cakram/binkokaf dan tidak mempunyai inti. Ukurannya diameter kira-kira 7,7 unit (0,007 mm), tidak dapat bergerak. Banyak kira-kira 5 juta dalam 1 mm^3 (4½ juta), warnanya kuning kemerah-merahan, karena di dalamnya mengandung suatu zat yang disebut hemoglobin, warna ini akan bertambah merah jika didalamnya banyak mengandung O_2.

Funsinya ialah mengikat O_2 dari paru-paru untuk diedarkan ke seluruh tubuh dan mengikat CO_2 dari jaringan tubuh untuk dikeluarkan melalui paru-paru.

Pengikatan O_2 dan CO_2 ini dikerjakan oleh hemoglobin yang telah bersenyawa dengan O_2 disebut Oksihemoglobin ($Hb + O_2 \rightarrow 4\ Hb - O_2$) jadi O_2 diangkat dari seluruh tubuh. Sebagai oksihemoglobin yang nantinya setelah tiba di

jaringan, akan dilepaskan : Hb - O_2 → Hb + O_2, dan seterusnya Hb tadi akan mengikat dan bersenyawa dengan CO_2 dan disebut karbondioksida hemoglobin (Hb - O_2 → Hb + O_2) yang mana CO_2 tersebut akan dilepaskan ke paru-paru. Tempat pembuatannya : sel darah merah di dalam tubuh dibuat di dalam sum-sum tulang belakang, limfa, dan hati yang kemudian akan beredar di dalam tubuh selama 14-15 hari, setelah itu akan mati. Hemoglobin yang mengandung Fe yang berguna untuk pembentukan eritrosit baru dan Hb yaitu suatu zat yang terdapat didalam eritrosit yang berguna untuk mengikat O_2 dan Co_2. Jumlah normal pada orang dewasa kira-kira 11,5-15 gram dalam 100 cc darah. Normal Hb wanita 11,5 mg % dan Hb laki-laki 13,0 mg %.

(2) Leukosit (sel darah putih)

Bentuk dan sifat leukosit berlainan dengan eritrosit apabila kita melihat di bawah mikroskop maka akan terlihat bentuknya yang dapat berubah-ubah dan dapat bergerak dengan perantaraan kaki palsu (Pseudopodia), mempunyai bermacam-macam inti sel sehingga dia dapat dibedakan menurut inti selnya, warnanya bening (tidak berwarna), banyaknya dalam 1 mm^3 darah kira-kira 6.000 - 9.000.

Fungsi dari leukosit :

(a) Sebagai serdadu tubuh yaitu membunuh dan memakan bibit penyakit/bakteri yang masuk kedalam jaringan RES (sistem retikuloendotel),

tempat pembiakannya didalam limfa dan kelenjar limfe.

(b) Sebagai pengangkut : mengangkut atau membawa zat lemak dari dinding usus melalui limfa terus ke pembuluh darah.

Macam-macam leukosit meliputi :

Agranulosit : sel leukosit yang tidak mempunyai granular didalamnya, agranulosit terdiri atas dua macam yaitu limfosit dan monosit.

Granulosit : sel yang juga biasa disebut leukosit granular, granulosit terdapat tiga macam yaitu : neutrofil, eusinofil, dan basofil.

(3) Trombosit

Trombosit merupakan sel tak berinti berbentuk cakram dengan diameter 2-5 cm, berasal dari pertunasan sel raksasa berinti banyak megakariost yang terdapat dalam sum-sum tulang. Pada keadaan normal jumlah trombosit sekitar 150.000-300.000 mL darah dan mempunyai masa hidup sekitar 1 sampai 2 minggu atau kira-kira 8 hari. Trombosit tersusun atas substansi fosfolipid yang penting dalam pembekuan dan juga menjaga keutuhan pembuluh darah serta memperbaiki pembuluh darah kecil yang rusak. Trombosit diproduksi di sum-sum tulang kemudian sekitar 80% beredar disirkulasi darah dan hanya 20% yang disimpan dalam limfa sebagai cadangan.

Fungsi trombosit berkaitan dengan pembekuan darah dan hemostasis (menghentikan perdarahan). Bila pembuluh darah mengalami

injury atau kerusakan, maka dapat dihentikan dengan serangkaian proses.

(a) Permukaannya menjadi lengket, sehingga memungkinkan trombosit saling melengket dan menutupi luka karena ada pembekuan darah.
(b) Merangsang pengerutan pembuluh darah, sehingga terjadi penyempitan ukuran lubang pembuluh darah.

b) Plasma Darah

Bagian cairan darah yang membentuk sekitar 5% dari berat badan, merupakan media sirkulasi elemen-elemen darah yang membentuk sel darah merah, sel darah putih dan sel pembeku darah juga sebagai media transportasi bahan organik dan anorganik dari suatu organ atau jaringan.

3. Klasifikasi

WHO, 1986 mengklasifikasikan DHF menurut derajat penyakitnya menjadi 4 golongan, yaitu :

a. Derajat I

Demam disertai gejala klinis lain, tanpa perdarahan spontan. Panas 2-7 hari, uji tourniquet positif, trombositopenia, dan hemokonsentrasi.

b. Derajat II

Sama dengan derajat I, ditambah dengan gejala-gejala perdarahan spontan seperti petekie, ekimosis, hematemesis, melena, perdarahan gusi.

c. Derajat III

Ditandai oleh gejala kegagalan peredaran darah seperti nadi lemah dan cepat (>120x/mnit), tekanan nadi sempit (120mmHg), tekanan darah menurun (120/80, 120/100,120/110, 90/70, 80/70, 80/0, 0/0).

d. Derajat IV

Nadi tidak teraba, tekanan darah tidak teratur, denyut jantung, anggota gerak teraba dingin, berkeringat dan kulit tampak biru.

4. Etiologi

Dengue Hemoragic fever (DHF) atau Demam Berdarah Dengue (DBD) disebabkan oleh virus dengue yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes*.

Nyamuk *aedes* terdiri atas 5 jenis yaitu : *Aedes Aegypti, Aedes Albopictus, Aedes Polynesiensis, Aedes Scutellaris, dan Aedes Pseudoscutellaris.*

Di Indonesia, *virus dengue* sampai saat ini telah diisolasikan menjadi 4 serotipe *virus dengue* yang termasuk dalam group β dari *arthropediborne viruses* (arboviruses), yaitu DEN-1, DEN-2, DEN-3 dan DEN-4. Dan ternyata DEN-2 dan DEN-3 merupakan serotipe yang menjadi penyebab terbanyak. Di Thailand, dilaporkan bahwa serotipe DEN-2 adalah dominan, sementara di Idonesia yang terutama dominan adalah DEN-3, tetapi akhir ini adalah kecenderungan dominan DEN-2. Masa inkubasi penyakit DHF ini berlangsung 2-15 hari.

5. Patofisiologi

Virus *dengue* akan masuk kedalam tubuh melalui gigtan nyamuk *Aades aegypti* dan kemudian akan masuk bereaksi dengan antibody dan terbentuklah kompleks virus antibody, dalam sirkulasi akan mengaktivasi sitem complement. Akibat aktivasi C3 dan C5 akan dilepas C3 dan C5a, dua peptide yang berdaya untuk melepaskan histamine dan merupakan mediator

kuat sebagai faktor meningginya permeabilitas dinding pembuluh darah dan menghilangkan plasma melalui endotel dinding itu.

Terjadinya trombositopenia menurunnya fungsi trombosit dan menurunya faktor koagulasi (protrombin faktor V, VII, IX, X dan fibrinogen) merupakan faktor penyebab terjadinya perdarahan hebat, terutama perdarahan saluran gastrointestinal pada DHF.

Yang menentukan beratnya penyakit adalah meningginya permeabilitas dinding pembuluh darah, menurunya volume plasma, terjadinya hipotensi , trombositopenia dan diathesis hemoragik. Renjatan terjadi secara akut.

Nilai hematocrit meningkat bersamaan dengan hilangnya plasma klien mengalami hypovolemik. Apabila tidak diatasi bisa terjadi anoksia jaringan, asidosis metabolic dan kematian.

6. Manifestasi Klinik

   Pasien dengan penyakit *Dengue Haemoragic Fever* (DHF) pada umumnya disertai dengan tanda-tanda berikut :

   a. Demam yang berlangsung 2-7 hari.
   b. Pendarahan terutama pendarahan bawah kulit, peteqie, ekhimosis, hematoma.
   c. Mual, muntah, penurunan nafsu makan, diare, konstipasi.
   d. Nyeri otot, sendi, abdomen, ulu hati.
   e. Sakit kepala.
   f. Pembengkakan sekitar mata.
   g. Pembesaran hati, limfa dan kelenjar getah bening.
   h. Tanda-tanda renjatan (sianosis, kulit lembab dan dingin, tekanan darah menurun, gelisah, capillary refill lebih dari dua nadi cepat dan lemah.

7. Tes Diagnostik

Walaupun tanda dan gejala telah muncul pada penderita DHF, tetapi masih perlu dilakukan pemeriksaan penunjang guna memperoleh diagnosa yang akurat yaitu :

a. Uji tourniquet

   Dikatakan positif bila ada butir-butir merah (peteqie) lebih kurang 20 pada diameter 2,5 Inci. Dikatakan negatif bila tidak ada butir-butir merah (peteqie).

b. Pemeriksaan darah lengkap

   Bahan pemeriksaan darah lengkap diperoleh dari darah kapiler atau darah vena. Pengambilan darah kapiler untuk orang dewasa dilakukan pada ujung jari tangan ketiga dan keempat serta pada anak daun telinga sedang bayi biasanya diambil dari tumit atau ibu jari kaki. Dalam mengambil sampel darah kapiler adalah sebelum penusukan dimulai keadaan setempat perlu diperhatikan dengan saksama merupakan kontraindikasi adalah bekas-bekas luka peradangan dermatitis atau edema. Sedangkan pengambilan darah vena untuk orang dewasa dilakukan difosa cubiti sedangkan pada anak-anak atau bayi bila perlu darah diambil dari vena jugularis eksterna, vena femoralis bahkan biasa diambil dari sinus sagitalis superior. Pengambilan darah vena perlu dilakukan dengan hati-hati karena bahaya yang dapat terjadi jauh lebih besar daripada pengambilan darah kapiler.

   Macam-macam pemeriksaan darah lengkap :

   1) Kadar hematokrit

      Tujuannya untuk mengetahui adanya hemokonsentrasi yang terjadi pada penderita DHF. Nilai HCT adalah besarnya volume total sel- sel darah eritrosit dibandingkan volume keseluruhan darah dan dinyatakan dalam %. Pemeriksaannya adalah darah dengan

antikoagulan diputar kemudian dibandingkan panjang kolom merah dengan kolom total cairan dapat dilihat dari peningkatan hematokrit 20% atau lebih (nilai normal pada pria 40%-50% dan wanita 36%-46%). Peningkatan hematokrit atau hemokonsentrasi pada DHF merupakan indikator perembesan plasma.

2) Trombosit

   Pemeriksaan hitung jumlah trombosit dalam laboratorium dapat dilakukan secara langsung maupun tidak langsung. Secara langsung menggunakan metode Rees Ecker, metode Brecher Cronkite dan Cell Ciunter Automatic. Darah diencerkan dengan larutan BCB (Briliant Creasy Blue), sehingga trombosit akan tercatat tentang kebiruan. Trombosit dihitung dengan bilik hitung dibawah mikroskop.

   Penurunan jumlah trombosit (trombositopenia) pada umumnya terjadi sebelum peningkatan hematokrit dan terjadi sebelum suhu turun. Dikatakan trombositopenia bila jumlah trombosit dibawah 100.000 10^3/uL (niali normal 150.000-450.000 10^3uL) biasanya dijumpai antara hari sakit ketiga sampai ketujuh.

3) Pemeriksaan kadar hemoglobin meningkat ≥ 20% (nilai normal pria 13,5-18 g/dL).
4) Leukosit pada hari kedua dan ketiga terjadi leucopenia (nilai normal pria (4.500-10.000) u/L).
5) Pada pemeriksaan kimia darah terdapat hiponatremia dan hipopreteinemia.
6) SGOT/SGPT mungkin meningkat (nilai normal <32 uL/31 uL).
7) Pemeriksaan SC Scan

a) Hepar : Menunjukkan adanya pembesaran lobus hepar (Hepatomegali).
b) Limfa : Menunjukkan adanya pembesaran limfa (splenomegali).

8. Penatalaksanaan Medis

Untuk penderita yang tersangka DHF sebaiknya di rawat di kamar yang bebas nyamuk (berkelambu) untuk mencegah penyebarannya.

Perawatan diberikan sesuai dengan masalah yang ada pada penderita sesuai dengan beratnya penyakit.

a. Derajat I

Terdapat gangguan kebutuhan nutrisi dan elektrolit karena adanya muntah, anorexia. Gangguan rasa nyaman karena demam, nyeri epigastrium dan perputaran bola mata.

Perawatan :

1) Istirahat baring
2) Makanan lunak

   Bila belum ada nafsu makan dianjurkan minum air yang banyak 1,5-2 liter/hari (susu, teh manis, sirup).
3) Diberi kompres hangat.
4) Memantau keadaan umum, suhu, tekanan darah, nadi, dan pendarahan.
5) Diperiksa Hb, Ht, dan Trombosit.
6) Diberikan obat antipiretik dan antibiotic bila dikuatirkan akan terjadi infeksi sekunder.

b. Derajat II

Peningkatan kerja jantung karena adanya epitaksis, melena, dan hematemesis.

Perawatan :

1) Bila terjadi epitaksis, darah dibersihkan dan pasang tampon sementara.
2) Bila penderita sadar, boleh diberi makan dalam bentuk lemak tetapi bila terjadi hematemesis harus di puasakan dulu, mengatur posisi kepala dimiringkan agar tidak terjadi aspirasi.
3) Bila perut kembung/besar di pasang maag slang.
4) Sedapat mungkin membatasi terjadi perdarahan, jangan sering di tusuk.
5) Pengobatan diberikan sesuai dengan instruksi dokter, perhatikan teknik-teknik pemasangan infus, jangan menambah perdarahan.
6) Tetap observasi keadaan umum, suhu, nadi, tensi dan perdarahannya.
7) Semua kejadian di catat dalam catatan perawat.
8) Bila keadaan memburuk segera lapor dokter.

c. Derajat III – IV

Terdapat gangguan kebutuhan O_2 karena kerja jantung menurun, penderita pre-shock.

Perawatan :

1) Mengatur posisi tidur penderita, tidurkan posisi terlentang dengan posisi kepala ekstensi.
2) Membuka jalan nafas dengan cara pakaian yang ketat di longgarkan, bila ada lendir di bersihkan dari hidung dan mulut.
3) Dipasang oksigen.
4) Di awasi terus - menerus dan jangan di tinggal pergi.
5) Kalau perdarahan banyak (Hb turun) mungkin di berikan transfusi atas izin dokter.
6) Semua kejadian dicatat dalam catatan perawat dan kalau perlu dilaporkan pada dokter.

7) Bila penderita tidak sadar diatur tidur selang – seling, perhatikan kebersihan kulit, juga pakaian tetap bersih.

9. Pencagahan

Pencegahan penyakit DBD sangat tergantung pada pengendalian vektornya, yaitu nyamuk *Aedes Aegypti*. Pengendalian nyamuk tersebut dapat dilakukan dengan menggunakan beberapa metode yang tepat (Notoadmijo. S, 1999) yaitu :

a. Melakukan kebiasaan baik seperti makan makanan bergizi, rutin berolahraga dan istirahat yang cukup.
b. Memasuki musim pancaroba perhatikan kebersihan lingkungan tempat tinggal dan melakukan 4M yaitu menguras bak mandi, menutup wadah tempat penampungan air minum dan mengubur barang-barang bekas yang dapat menjadi sarang perkembangan jentik-jentik nyamuk meskipun dalam hal mengubur barang-barang bekas tidak baik kerena dapat menyebabkan polusi tanah tetapi lebih baik apabila barang-barang tersebut dapat didaur ulang, dan memantau bak mandi setiap seminggu sekali apabila ada jentik nyamuk pada bak mandi.
c. Fogging atau pengasapan hanya akan mematikan nyamuk dewasa, sedangkan bubuk abate akan mematikan jentik-jentik pada air. Keduanya harus dilakukan untuk memutuskan rantai perkembangan nyamuk.
d. Segera berikan obat penurun panas untuk demam apabila penderita mengalami demam atau panas tinggi.

10. Komplikasi

Adapun komplikasi yang dapat disebabkan oleh penyakit Dengue Haemorragic Fever atau Demam Berdarah Dengue yaitu :

a. Pendarahan luas

Infeksi virus dengue menyebabkan terbentuknya antigen-antibodi yang dapat mengaktivasi sistem kompelem. Juga menyebabkan agregasi, trombosit dan mengaktivasi sistem kongulasi melalui kerusakan sel endotel pembuluh darah. Kedua faktor tersebut menyebabkan perdarahan pada DBD. Agregasi trombosit ini akan menyebabkan pengeluaran platelet faktor III mengakibatkan koagulopati konsumtif, ditandai dengan peningkatan FDT, sehingga terjadi penurunan faktor pembekuan. Agregasi trombosit ini juga mengakibatkan gangguan fungsi trombosit sehingga walaupun jumlah trombosit cukup banyak, namun tidak berfungsi dengan baik. Jadi perdarahan massif pada DBD diakibatkan oleh trombositopenia, penurunan faktor pembekuan, kelainan fungsi trombosit dan kerusakan dinding endotel kapiler. Perdarahan hebat dapat terjadi terutama pembekuan intravaskular yang mengaktifkan mekanisme fibrinolitik, akibatnya enzim proteolitik yaitu plasmin aktif. Sebagai substrat untuk plasmin, fibrin dipecah menjadi beberapa polipetida fibrin split product (FDP). Pada keadaan fibrinolisis patologis terjadi pemecahan fibrinogen dan faktor beku lain, terutama faktor V, VII dan fibrin.

b. Syok

Infeksi sekunder oleh virus dengue akan menyebabkan respon antibodi amnestic yang akan terjadi dalam waktu beberapa hari mengakibatkan proliferesi dan transformasi limfosit dengan menghasilkan titer tinggi antibodi IgG anti dengue. Di samping itu, replikasi virus dengue terjadi juga dalam limfosit yang bertranformasi dengan akibat terdapatnya virus dalam jumlah banyak. Kemudian terbentuklah sistem komplemen, pelepasan C_{3a} C_{5a} akibat aktivasi C_3 dan C_5, menyebabkan peningkatan premeabilitas

dinding pembuluh darah dan merembesnya plasma dari ruang intravaskular ke ruang ekstra vaskular. Pada klien dengan syok berat, volume plasma dapat berkurang sampai lebih dari 30% dan berlangsung selama 24-28 jam. Perembesan plasma ini terbukti dengan adanya peningkatan kadar hemotokrit, penurunan kadar natrium dan terdapatnya cairan di dalam rongga srose (efusi pleura, ascites). Syok yang tidak ditanggulangi menyebabkan asidosis dan anoksia yang dapat berakhir fatal yaitu kematian.

c. Ensefalopati Dengue

   Pada umumnya ensefalopati terjadi sebagai komplikasi syok yang berkepanjangan dengan pendarahan, tetapi dapat juga terjadi pada DBD yang tidak disertai syok. Gangguan metabolik seperti hipoksemia, hiponatremia, atau perdarahan, dapat menjadi penyebab terjadinya ensefalopati. Melihat ensefalopati DBD bersifat sementara, maka kemungkinan dapat juga disebabkan oleh thrombosis pembuluh darah otak, sementara sebagai akibat dari koagulasi intravaskular yang menyeluruh.

d. Kelainan ginjal

   Gagal ginjal akut pada umumnya terjadi pada fase terminal, sebagai akibat dari syok yang tidak teratasi dengan baik. Dapat dijumpai sindrom uremik hemolitik walaupun jarang. Untuk mencegah gagal ginjal maka setelah syok diobati dengan menggantikan volume intravaskular, penting diperhatikan apakah benar syok telah teratasi dengan baik. Diuresis merupakan parameter yang penting dan mudah dikerjakan untuk mengetahui apakah syok telah teratasi. Diuresis diusahakan > 1 ml/kg berat badan/jam. Oleh karena bila syok belum teratasi dengan baik, sedangkan volume cairan telah dikurangi dapat terjadi syok berulang.

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan
   a. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan
      DS : Lingkungan tempat tinggal kurang baik, tidur tidak memakai kelambu, dan pemeliharaan kebersihan diri kurang.
      DO : -
   b. Pola nutrisi dan metabolik
      DS : Penurunan nafsu makan, kesulitan menelan, mual, muntah, dispepsia dan anorexia.
      DO : Membran mukosa bibir kering, penurunan BB, pucat, turgor kulit kering, nyeri ulu hati, perdarahan pada gusi.
   c. Pola eliminasi
      DS : Sering Buang air kecil, penurunan haluaran urine, hematemesis, feses darah segar, 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 bekerja, sakit kepala, pegal seluruh tubuh, dan demam.
      DO : Lesu, kurang tertarik pad keadaan sekitarnya, kelemahan otot, penurunan kekuatan, keletihan, nyeri otot persendian/punggung, epitaksis, ekimosis, dan keringat dingin.

   e. Pola persepsi dan konsep diri

DS : Mudah marah, khawatir kehilangan waktu kerja/sekolah, frustasi dengan penyakit.

DO : Ansietas, gelisah, mudah marah, focus pada diri sendiri.

f. Pola peran dan hubungan dengan sesama

DS : Ketidakmampuan aktif dalam sosial, perasaan isolasi.

DO : Diam, rasa tidak berdaya.

g. Pola reproduksi dan seksualitas

DS : penurunan libido.

DO : penurunan libido.

h. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress

DS : Nyeri abdomen, sakit kepala, nyeri tulang / sendi, gelisah.

DO : Perilaku sehari – hari, gelisah, fokus pada diri sendiri.

i. Pola sistem nilai kepercayaan

DS : kenyakinan dan tata nilai budaya.

DO : alat-alat beribadah.

2. Diagnosa Keperawatan

a. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (infeksi virus dengue).
b. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume cairan aktif.
c. Perubahan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan pendarahan.
d. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual, muntah, anoreksia, intake yang tidak kuat.
e. Risiko terjadinya pendarahan dengan faktor risiko trombositopenia.
f. Keletihan berhubungan dengan status penyakit.
g. Kurang pengetahuan tentang proses penyakit berhubungan dengan kurangnya informasi.

3. Intervensi Keperawatan
   a. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (infeksi virus dengue).

      Hasil yang diharapkan : suhu tubuh kembali normal (36^0C - $37,5^0$C).

      Intervensi :

      1) Kaji tingkat hipertermi (suhu).

         Rasional : Untuk mengidentifikasi seberapa besar derajat demam pasien.

      2) Observasi tanda-tanda vital : suhu, tekanan darah, pernapasan, dan nadi.

         Rasional : untuk mengetahui keadaan umum pasien.

      3) Berikan penjelasan mengenai penyebab demam atau peningkatan suhu tubuh.

         Rasional : penjelasan mengenai penyebab demam dapat membantu pasien, kelurga yang mempunyai kecemasan yang timbul.

      4) Berikan penjelasa kepada pasien atau keluarga tentang hal-hal yang dapat dilakukan untuk mengatasi demam dan menganjurkan kepada pasien atau keluarga untuk bersikap kooperatif.

         Rasional : keterlibatan keluarga sangat berarti dalam proses penyembuhan pasien.

      5) Jelaskan pentingnya tirah baring bagi pasien dan akibatnya jika hal tersebut tidak dilakukan.

         Rasional : penjelasan diberikan pada pasien atau keluarga akan memotivasi pasien untuk kooperatif.

      6) Anjurkan kepada pasien untuk banyak minum, paling tidak ± 2 – 3 liter tiap 24 jam dan jelaskan manfaatnya.

Rasional : Peningkatan suhu tubuh mengakibatkan penguapan tubuh sehingga diimbagi dengan asupan cairan yang cukup.

7) Berikan kompres hangat bila perlu.

   Rasional : Kompres hangat menyebabkan vasodilatasi sehingga terjadi perpindahan panas secara evaporasi.

8) Anjurkan pasien untuk tidak memakai pakaian yang tebal.

   Rasional : Pakaian yang tebal menyebabkan kurang penguapan.

9) Catat intake dan output pasien.

   Rasional : untuk mengetahui keseimbangan cairan.

10) Kolaborasi dengan dokter dalam peberian cairan IV obat antibiotik dan obat antipieretik sesuai dengan program dokter.

    Rasional : Cairan intravena dapat menyeimbangkan pengeluaran yang adekuat. Obat antipiretik bekerja sebagai pengatur kembali pusat pengatur panas terutama bagian hipotalamus posterior sebagai penyimpan panas, sedangkan obat antibiotik berfungsi untuk mengatasi infeksi yang terjadi dalam tubuh.

b. Kekurangan volume cairan dan elektrolit b/d adanya perpindahan cairan intraskuler ke ekstrakuler.

   Hasil yang diharapkan : Mempertahankan volume cairan adekuat dengan keseimbangan masukan dan pengeluaran yang dibuktikan oleh haluaran urine individu tepat dengan berat jenis mendekati normal, tanda-tanda vital stabil, membran mukosa lembab, tugor kulit baik.

Intervensi :

1) Kaji tingkat dehidrasi (keadaan umum, muka, mulut, turgor kulit).
   Rasional : Untuk mengetahui tingkat dehidrasi yang dialami pasien (ringan, sedang, berat).
2) Monitor dan catat keadaan umum pasien dan tanda-tanda vital.
   Rasional : Menetapkan data dasar pasien untuk mengetahui tindakan yang sesuai dengan kebutuhan pasien.
3) Monitor tanda-tanda dehidrasi dan syok
   Rasional : Agar dapat segera dilakukan tindakan untuk menangani yang dialami pasien.
4) Monitor dan catat masukan dan pengeluaran cairan.
   Rasional : Untuk mengetahui keseimbangan cairan dan sebagai indikasi untuk intervensi selanjutnya.
5) Kaji perubahan pengeluaran urine (urine output 2 ml/jam atau 600 ml/hari).
   Rasional : Untuk mengetahui keseimbangan cairan.
6) Beri minum sedikit-sedikit tapi sering sesuai dengan kebutuhan pasien.
   Rasional : Dengan minum sedikit-sedikit tetapi sering sesuai dengan kebutuhan pasien.
7) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian cairan intravena.
   Rasional : Pemberian cairan intravena sangant efektif untuk membantu memenuhi kebutuhan cairan atau mengganti cairan yang hilang.

c. Ketidakefektifan perfusi jaringan berhubungan dengan perdarahan.

Hasil yang diharapkan : Perfusi jaringan perifer kembali adekuat dengan kriteria : kualitas dan frekuensi denyut nadi tidak melemah, tekanan darah normal (120/80 mmHg).

Intervensi :

1) Kaji dan catat tanda-tanda vital (kualitas dan frekuensi denyut nadi, tekanan darah).

   Rasional : Dengan mengetahui TTV, dapat menjadi acuan untuk mengetahui fungsi organ vital tubuh.

2) Kaji dan catat sirkulasi pada ekstermitas (suhu, kelembaban dan warna).

   Rasional : Dengan mengetahui berapa suhu, tingkat kelembaban dan warnanya dapat diketahui apakah ada perubahan perfusi jaringan yang tampak pada ekstermitas.

3) Menilai kemungkinan terjdinya kematian jaringan pada ekstermitas seperti dingin, nyeri, pembengkakan kaki.

   Rasional : Kematian jaringan merupakan dampak dari perubahan perfusi jaringan yang tidak adekuat.

d. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, mual, muntah, dan susah menelan.

   Hasil yang diharapkan : Kebutuhan nutrisi kembali terpenuhi, menunjukkan peningkatan BB/BB stabil.

   Intervensi :

   1) Kaji keluhan mual/muntah, rasa pahit saat menelan yang dialami pasien.

      Rasional : Dapat mengidentifikasi intervensi yang diperlukan oleh pasien.

2) Anjurkan kepada pasien untuk makan sedikit- sedikit tapi sering.

   Rasional : Dengan porsi yang kecil dapat mengurangi mual dan muntah.

3) Berikan makanan yang mudah ditelan seperti bubur dan hidangan yang masih hangat.

   Rasional : Membantu mengurang mual dan muntah.

4) Anjurkan kepada pasien untuk tidak memakan makanan yang merangsang muntah.

   Rasional : Makanan yang merangsang muntah dapat menurunkan nafsu makan.

5) Ajarkan teknik relaksasi bila nyeri timbul.

   Rasional : Teknik relaksasi melancarkan aliran darah sehingga nyeri yang dirasakan berkurang.

6) Jelaskan manfaat nutrisi bagi pasien terutama saat sakit.

   Rasional : Meningkatkan pengetahuan pasien tentang nutrisi. sehingga memotivasi untuk makan meningkat.

7) Catat jumlah /porsi makan yang pasien habiskan saat sakit.

   Rasional : Untuk mengetahui intake yang masuk kedalam tubuh pasien.

8) Timbang BB tiap 2-3 hari.

   Rasional : Dengan menimbang BB tiap 2-3 hari, dapat diketahui apakah ada perubahan dalam pemenuhan nutrisi pasien.

9) Beri terapi antiemetik sesuai program dokter.

   Rasional : Antiemetik berfungsi untuk mengurangi rasa mual dan muntah sehingga diharapkan intake nutrisi pasien dapat meningkat.

10) Berikan nutrisi parenteral sesuai ketentuan dokter/ ahli gizi.

Rasional : Nutrisi parenteral dapat membantu memenuhi kebutuhan nutrisi pasien.

e. Risiko terjadinya pendarahan dengan faktor risiko trombositopenia.

Hasil yang diharapkan : mencegah terjadinya pendarahan dan peningkatan trombosit.

Intervensi :

1) Monitor tanda penurunan jumlah trombosit, Hb, Ht, yang disertai dengan tanda-tanda klinis.

   Rasional : Penurunan jumlah trombosit, Hb, Ht, merupakan tanda tanda kebocoran pembuluh darah yang pada tahap tertentu dapat menimbulkan tanda-tanda klinis berupa perdarahan nyata (epitaksis, peteqie, melena).

2) Monitor jumlah trombosit tiap hari.

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

3) Berikan penjelasan tentang pengaruh trombositopenia pada pasien.

   Rasional : Agar psien dapat mengetahui hal-hal yang mungkin terjadi pada pasien dan dapat membantu mengantisipasi terjadinya perdarahan karena trombositopenia.

4) Berikan penjelasan pada pasien/keluarga untuk segera melaporkan adanya tanda-tanda perdarahan lebih lanjut seperti epitaksis, melena dan lain-lain.

Rasional : Keterlibatan pasien/keluarga sangat membantu pasien untuk mendapatkan penanggulangan sedini mungkin.

5) Anjurkan pasien untuk banyak istirahat.
   Rasional : Aktivitas pasien yang tidak terkontrol dapat menyebabkan terjadinya perdarahan.
6) Pertahankan kebutuhan cairan tubuh.
   Rasional : Membantu dalam mencapai keseimbangan cairan tubuh.
7) Kolaborasi dengan dokter dalam memberi obat dan transfusi apabila terjadi perdarahan.
   Rasional : Pemberian obat antikoagulasi membantu dalam proses pembekuan darah dan transfusi untuk mengatasi perdarahan hebat yang terjadi.

f. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik.
   Hasil yang diharapkan : kebutuhan aktivitas sehari-hari dapat terpenuhi dan dapat mandiri.
   Intervensi :
   1) Kaji keluhan pasien.
      Rasional : Untuk mengetahui masalah-masalah apa yang dialami oleh pasien.
   2) Kaji hal-hal yang tidak mampu dilakukan oleh pasien sehubungan dengan kelemahan fisik.
      Rasional : Untuk mengetahui tingkat ketergantungan pasien dalam memenuhi kebutuhannya.
   3) Bantu pasien untuk memenuhi kebutuhan aktivitasnya sehari-hari sesuai dengan tingkat keterbatasan pasien, seperti mandi, makan, dan eliminasi.

Rasional : Agar pemenuhan kebutuhan pasien tercapai tanpa membuat pasien mengalami ketergantungan pada perawat.

4) Bantu pasien mandiri sesuai denagan perkembangan kemajuan fisiknya.

   Rasional : Dengan melatih kemandirian pasien maka pasien tidak mengalami ketergantungan pada perawat.

5) Beri penjelasan tentang hal-hal yang dapat membantu dan meningkatkan kebutuhan fisik pasien.

   Rasional : Pasien akan mampu termotivasi untuk kooperatif selama perawatan terutama terhadap tindakan yang dapat menigkatkan kekuatan fisiknya, seperti pasien mau mengambilkan posisi makannya.

6) Letakkan barang-barnag di tempat yang mudah di jangkau oleh pasien.

   Rasional : Akan membantu pasien untuk memenuhi kebutuhannya sendiri tanpa orang lain.

g. Kurang pengetahuan keluarga tentang proses penyakit, diet, dan perawatan berhubungan dengan kurangnya sumber informasi.

   Hasil yang diharapkan : Menyatakan pemahaman proses penyakit, rencana pengobatan, melakukan tindakan yang perlu atau perubahan pola hidup.

   Intervensi :

1) Beri informsi tentang penyakit pasien.

   Rasional : Memberi dasar pengetahuan sehingga pasien dapat membuat pilhan yang tepat dan dapat meningkatkan kerja sama dalam program perawatan.

2) Berikan kesempatan pada pasien/keluarga untuk menanyakan hal-hal yang diketahui berhubungan dengan penyakitnya.

   Rasional : Dapat menurunkan ansietas dan dapat meningkatkan kerjasama dalam proses perawatan dan pengobatan.

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

   Rasional : Agar pasien mengerti dan dapat bersikap kolaboratif dalam proses perawatan.

4) Jelaskan tentang proses penyakit, diet, perawatan, dan obat-obatan pada pasien/keluarga dengan bahasa dan kata-kata yang mudah dimengerti.

   Rasional : Dengan bahasa dan kata-kata yang sederhanan, mudah dimengerti pengetahuannya.

5) Kaji pengetahuan pasien tentang faktor-faktor pencetus penyakit.

   Rasional : Dapat mengetahui sejauh mana pemahaman pasien tentang penyakit yang dialami pasien.

6) Gunakan leaflet atau gambar-gambar dalam memberikan penjelasan.

   Rasional : Gambar-gambar atau media cetak seperti leafleat dapat membantu mengingat penjelasan yang telah diberikan karena dapat dilihat atau dibaca berulang kali.

4. Perencanaan Pulang (*discharge planning*)

   Setelah pasien pulang, tindakan perawatan belum tentu terputuskan, oleh sebab itu perawat perlu memberikan penjelasan mengenai tindakan apa yang seharusnya dilakukan saat pasien pulang yaitu :

a. Memberi penjelasan tentang tindakan pencegahan yang dapat dilakukan oleh keluarga untuk menghindari DHF, seperti : melakukan pemberantasan vektor disemua daerah berpotensi penularan tinggi.

   Ada 2 macam pembatasan vektor antara lain :

   1) Menggunakan insektisida.

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

   2) Tanpa insektisida

      Caranya adalah :

      a) Menguras bak mandi, tempayan dan tempat penampungan air minimal 1 x seminggu (perkembagan telur nyamuk lamanya 7-10 hari).
      b) Menutup tempat penampungan air rapat-rapat.
      c) Membersihkan halaman rumah dari kaleng bekas, botol pecah dan benda lain.

b. Menganjurkan kepada pasien untuk rutin minum obat yang telah diresepkan oleh dokter.
c. Menganjurkan kepada pasien untuk dalam beberapa hari ini tetap istirahat yang cukup, kurangi aktivitas.
d. Memberikan informasi, bahwa jika tidur sebaiknya menggunakan kelambu untuk mencegah gigitan nyamuk Aedes.
e. Berikan informasi yang berkaitan dengan nyamuk demam berdarah misalnya : warna bulu dan badan nyamuk.
f. Ajarkan tentang pertolongan pertama pada penderita demam berdarah dengue dengan cara memberikan cairan sebanyak mungkin.
g. Ajarkan tentang tanda dan gejala awal dari penyakit demam berdarah dengue.

BAB III
TINJAUAN KASUS

Pasien bernama Tn. “W”, umur 20 tahun, berjenis kelamin laki-laki masuk Rumah Sakit pada tanggal 21 maret 2018 dirawat di ruang Bernadeth III A di Rumah Sakit Stella Maris dengan keluhan utama demam yang dialami sejak 4 hari yang lalu, pasien mengatakan demamnya naik turun, demam naik pada sore hari, menggigil disertai sakit kepala, mual dan muntah 3x berisikan air dan sisa makanan, nyeri ulu hati, dan bintik-bintik merah pada lengan kiri serta nafsu makan berkurang.

Saat pengkajian tanggal 22 maret 2018 didapatkan pasien dalam keadaan lemah. Pasien masih mengeluh demam, pasien tampak lemah, suhu 38,3^{0}C, dan badan teraba hangat. Selain itu pasien mengatakan merasa mual dan muntah sudah 5 kali sejak pagi dan sering merasa haus. Pasien juga mengeluh nyeri pada ulu hati seperti tertusuk-tusuk dengan skala 6, dan nyeri akan timbul saat pasien banyak bergerak. Pasien juga mengeluh sakit kepala, tampak bintik-bintik merah pada seluruh lengan kiri dan bibir tampak pecah-pecah dan mukosa mulut kering.

Adapun hasil observasi didapatkan TD : 130/90 mmHg, suhu : 38,3ºc, nadi : 90 x/menit, pernapasan : 22 x/menit, setelah dilakukan pemeriksaan laboratorium pada tanggal 24 maret 2018, didapatkan hasil trobosit : 130.10^3/UL (normal : 150-450.10^3/UL), dan pemeriksaan rumple leed terdapat petekie pada lengan kiri.

Berdasarkan data diatas maka penulis mengangkat 3 diagnosa keperawatan yaitu : Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis, Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit.

A. PENGKAJIAN KEPERAWATAN

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji : Apronimus Abar	NIM : E1514401006

Unit : Bernadeth III A Autoanamnese : √

Kamar : 352 [1] Alloanamnese : √

Tanggal Masuk RS : 21 Maret 2018

Tanggal Pengkajian : 22 Maret 2018

1. Identitas

a. Pasien

Nama Initial	: Tn. “W”
Umur	: 20 Tahun
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Status Perkawinan	: Belum menikah
Jumlah Anak	: -
Agama / suku	: Katholik/Toraja
Warga Negara	: Indonesia
Bahasa yang digunakan	: Indonesia
Pendidikan	: Sarjana
Pekerjaan	: Pelajar
Alamat Rumah	: Hertasning

b. Penanggung Jawab

Nama	: Ny. “H”
Umur	: 42 Tahun
Alamat	: Hertasning
Hubungan dengan pasien	: Anak kandung

2. Data Medik

Diagnosa medik

Saat Masuk : Dengue Hemoragic Fever (DHF)

Saat Pengkajian : Dengue Hemoragic Fever (DHF) Grade II

3. Keadaan Umum

a. Keadaan Umum

Pasien tampak sakit ringan / **sedang** / berat / tidak tampak sakit.

Alasan: Pasien tampak berbaring lemah dalam posisi semi fowler di tempat tidur, tampak terpasang NaCl 500cc 18 tetes/menit pada tangan kanan, tampak membran mukosa kering, tampak ekspresi wajah meringis, tampak ada petekie pada lengan kiri pasien saat tes *rumple leed*.

b. Tanda-tanda vital

1). Kesadaran : Compos Mentis

Skala koma Glasgow

a). Respon motorik : 6

b). Respon bicara : 5

c). Respon membuka mata : 4

Jumlah : 15

Kesimpulan : Tidak koma

2). Tekanan darah : 130/90 mmHg

MAP : 103,3

Kesimpulan : perfusi ginjal memadai

3). Suhu : 38,3^{0}c di [-] oral [√] Axilla [-] Rectal

4). Pernapasan : 20 x/menit

Irama : [-] Teratur [-] Bradipnea [√] Takipnea

[-] Kusmaul [-] Cheynes-stokes

Jenis : [√] Dada [-] Petrut

5). Nadi : 90 x/menit

Irama : [-] Teratur [-] Tachicardi [√] Bradichardi

[√] Kuat [-] Lemah

c. Pengukuran

1). Lingkar lengan atas : 28 cm

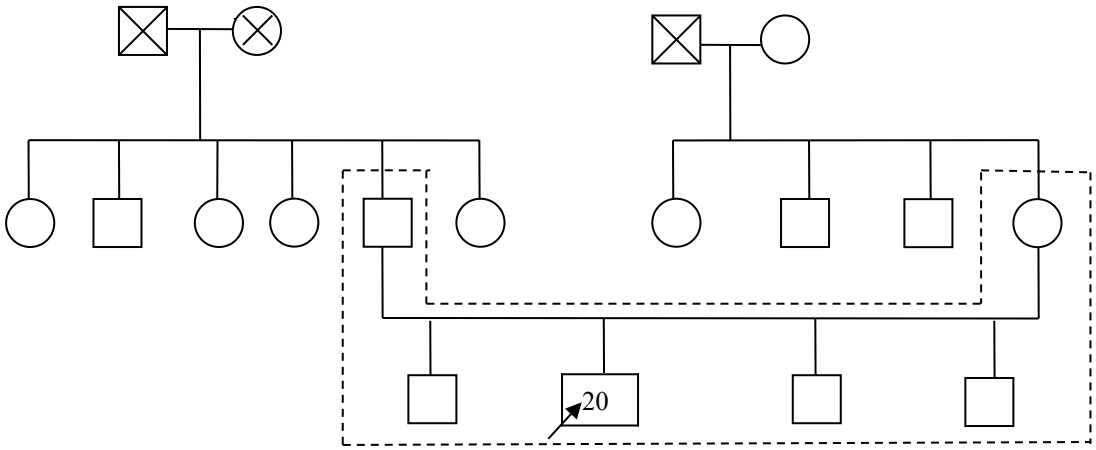
2). Tinggi Badan : 165 cm

3). Berat Badan : 52 kg

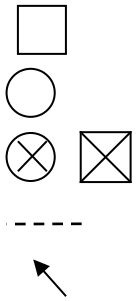
4). IMT (Indeks Massa Tubuh) : 19,11

Kesimpulan : Berat badan ideal

d. Genogram



Keterangan:



: Laki-laki

: Perempuan

: Meninggal

: Tinggal serumah

: Pasien

4. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN

a. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

1). Keadaan sebelum sakit:

Keluarga mengatakan sebelumnya saat pasien sakit kepala atau flu biasanya membeli obat di apotik. keluarga mengatakan pasien pernah sakit diare dan dirawat di Rumah Sakit Stella Maris 1 tahun yang lalu. Keluarga mengatakan rumah mereka

berada pada pemukiman padat penduduk. Keluarga mengatakan pasien kurang menjaga kebersihan di dalam kamarnya seperti tidak memakai kelambu saat tidur atau obat nyamuk dan banyak baju yang bergantungan di kamarnya. Keluarga pasien juga mengatakan di samping rumah ada selokan pembuangan limbah air dari kamar mandi yang alirannya tidak lancar sehingga air limbah tergenang. Keluarga mengatakan di rumahnya banyak nyamuk. Keluarga mengatakan pasien sering jajan di kampus. Kelurga mengatakan pasien adalah perokok aktif. Bagi keluarga hal inilah yang membuat kesehatannya terganggu.

2). Riwayat penyakit saat ini :

a). Keluhan Utama :

Demam

b). Riwayat keluhan utama :

Pasien mengatakan demam dialami sejak 4 hari yang lalu. Pasien mengatakan demamnya naik turun, demamnya akan naik pada sore hari, menggigil disertai sakit kepala dan mual muntah, nyeri ulu hati, dan bintik-bintik merah pada lengan kiri. Pasien mengatakan di rumah sudah merasa mual muntah sebanyak 3 kali berisikan air dan sisa makanan. Pasien juga mengatakan merasa nyeri yang dirasakan hilang-timbul, nafsu makan berkurang. Akhirnya keluarga memutuskan untuk membawa pasien ke Rumah Sakit Stella Maris. Saat pengkajian didapatkan pasien dalam keadaan lemah. Pasien mengatakan merasa mual muntah 5 kali dalam sehari dan sering merasa haus. Pasien mengatakan tampak badan pasien teraba hangat dengan suhu 38,3^{0}C, mengeluh nyeri pada ulu hati seperti tertusuk-tusuk dengan skala 6, dan nyeri akan timbul saat pasien banyak bergerak.

Pasien juga mengeluh sakit kepala, tampak bintik-bintik merah pada seluruh lengan kiri dan mukosa mulut kering.

3). Riwayat penyakit yang pernah dialami :

Keluarga mengatakan pasien pernah mengalami sakit diare 1 tahun yang lalu dan pernah dirawat di Rumah Sakit Stella Maris.

4). Riwayat kesehatan keluarga :

Keluarga pasien mengatakan didalam keluarga tidak ada yang sakit yang sama dengan pasien atau sakit yang lain dan kelurga mengatakan keturunan dalam keluarganya.

5). Pemeriksaan fisik :

a). Kebersihan mulut : Tampak bersih

b). Kulit kepala : Tampak bersih tidak berketombe

c). kebersihan kulit : Tampak bersih

d). Higiene rongga mulut : Tampak bersih

e). Kebersihan genetalia : Tidak dikaji

f). Kebersihan anus : Tidak dikaji

b. Pola nutrisi dan metabolik

1). Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan dalam sehari hanya 2 kali makan yaitu makan siang dan malam menu makan yang biasa dimakan yaitu nasi, ikan, dan mie. Pasien mengatakan kalau pagi ia jajannya di kampus seperti bakso, coto dan gorengan. Pasien mengatakan minumnya dalam sehari itu 6-7 gelas/hari. Pasien mengatakan sebelum sakit BB 54 kg.

2). Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit hanya makan 2 kali sehari dan hanya mampu menghabiskan 3-4 sendok makan dalam 1 porsi dengan jenis makanan bubur, sayur, ikan karena pasien merasakan mulut terasa pahit saat menelan. Pasien juga

mengatakan setiap habis makan mengeluh mual dan muntah 5 kali dalam sehari dengan frekuensi 750 cc selama dirawat di Rumah Sakit. Tampak badan pasien teraba hangat sehingga nafsu makan pasien menjadi menurun dan pasien juga mengatakan hanya minum air putih 5-6 gelas air mineral gelas ukuran kecil (1200 cc) sehari.

3). Observasi:

Saat dikaji pasien hanya mampu menghabiskan 1/2 porsi dari 1 porsi makanan yang disediakan di Rumah Sakit, tampak pasien minum 1 gelas air mineral (200 cc), tampak pasien mual tapi tidak muntah, tampak kulit teraba panas , tampak mukosa bibir kering dan pecah-pecah, tampak petekie pada lengan kiri. Tampak terpasang infus NaCl 0,9 % 500 cc dengan jumlah tetesan 18 tts/menit.

Cairan Masuk dalam 24 jam

Infus NaCL dalam 24 jam : 1296 cc

Air Putih dalam 24 jam : 1200 cc

Cairan masuk = 1296 + 1200 = 2496 cc

4). Pemeriksaan fisik :

a) Keadaan rambut : Tampak bersih, lurus, berwarna hitam, dan tebal.

b) Hidrasi kulit : finger print kembali dalam 4 detik

c) Palpebral / conjungtiva : Tampak tidak ada edema/ tampak tidak anemik.

d) Sclera : Tidak tampak ikterik.

e) Hidung : Tampak septum berada di tengah rongga hidung, terdapat secret.

f) Rongga mulut : Mukosa bibir tampak kering dan pecah-pecah.

Gusi : Tampak berwarna putih.

g) Gigi : Tampak masih utuh.

Gigi palsu : Tidak ada.

h) Kemampuan mengunyah keras : Pasien mampu mengunyah keras.

i) Lidah : Tampak kotor.

j) Pharing : Tidak tampak peradangan.

k) Kelenjar getah bening : Tidak teraba pembesaran.

l) Kelenjar parotis : Tidak terdapat pembesaran.

m) Abdomen :

(1) Inspeksi : Perut tampak datar, tidak tampak bayangan vena.

(2) Auskultasi : Peristaltik usus 15 x/menit.

(3) Palpasi : Nyeri pada epgastrium, tidak ada benjolan.

(4) Perkusi : Terdengar thympani.

n) Kulit :

(1) Edema : [√] Positif [-] Negatif

(2) Ikter[√] : [-] Positif Negatif

(3) Tanda-tanda radang : Tidak tampak.

(4) Tampak petekie.

o) Lesi : Tidak tampak.

c. Pola eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit, paisen BAB secara teratur dengan frekuensi 1 kali sehari dengan karakteristik warna kuning kecoklatan dan konsistensi padat, BAK 4-5 kali dalam sehari berwarna kuning jernih.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak dirawat di rumah sakit, pasien baru 1 kali BAB dengan konsistensi padat dan berwarna kuning, pasien mengatakan sering kencing. Pasien juga mengatakan BAK dalam sehari lebih dari 6-7 kali (1100 cc) sehari dan berwarna kuning jernih dan berbau khas kencing.

3) Observasi :

Tampak pasien sering keluar masuk WC untuk BAK.

Output dalam 24 jam
Urine = 1100 cc
Muntah = 750 cc
Cairan keluar = 1100 – 750 = 1850 cc
IWL = BB × 15 = 52 × 15 = 780
IWL demam = IWL + 200 (suhu tertinggi – 36,8^{0}C)
= 780 + 200 (38,3^{0}C – 36,8^{0}C)
= 780 + 200 (1,5)
= 780 + 300 = 1080 cc

4) Pemeriksaan fisik :

a) Peristaltik usus :15 x/menit
b) Palpasi kandung kemih : [-] Penuh [√] kosong
c) Nyeri ketuk ginjal : [-] Positif [√] Negatif
d) Mulut uretra : Tidak dikaji
e) Anus :
(1) Peradangan : Tidak dikaji
(2) Hemoroid : Tidak dikaji
(3) Fistula : Tidak dikaji

d. Pola aktivitas dan latihan

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan aktivitasnya sehari-hari adalah pergi kampus dan pada sore hari, biasanya ia bermain futsal bersama

teman-temannya, dan aktivitas di waktu senggang biasanya pasien nonton televisi dan online di rumah.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak ia masuk rumah sakit tidak pernah melakukan aktivitasnya dan lebih sering terbaring di tempat tidur, karena pasien mengatakan badannya terasa lemah, pasien merasa sesak bila nyeri. Pasien mengatakan nyeri timbul pada saat ia merasa demam. Pasien mengatakan lebih suka berbaring dalam posisi setengah duduk. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk pada daerah ulu hati dan kepala, dengan skala nyeri 6, nyeri sedang, nyerinya hilang timbul berlangsung sekitar 5 menit yang membuat pasien takut untuk banyak bergerak.

3) Observasi

Tampak ekspresi wajah pasien meringis dan memegangi daerah bagian epigastrium dan kepala. Pasien juga tampak berbaring di tempat tidur dengan posisi semi fowler, tampak petekie pada lengan kiri, ekspresi wajah tampak meringis.

a) Aktivitas harian :

(1) Makan : 2
(2) Mandi : 2
(3) Pakaian : 2
(4) Kerapihan : 2
(5) Buang air besar : 2
(6) Buang air kecil : 2
(7) Mobilisasi di tempat tidur: 0

0 : mandiri
1 : bantuan dengan alat
2 : bantuan orang
3 : bantuan alat dan orang
4 : bantuan penuh

b) Postur tubuh : Tampak tegak

c) Gaya jalan : Tampak tegak

d) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada

e) Fiksasi : Tidak ada

f) Tracheostomi : Tidak ada

4) Pemeriksaan fisik :

a) Tekanan darah

(1) Berbaring : 130/90 mmHg

(2) Duduk : Tidak dikaji mmHg

(3) Berdiri : Tidak dikaji mmHg

Kesimpulan : Hipotensi artostatik : [-] Positif [-] Negatif

b) HR : 90 x /menit

c) Kulit :

Keringat dingin : Tidak ada

Basah : Tidak ada

d) JVP : 5-2 cmH_2O

Kesimpulan : Pemompaan ventrikel jantung memadai

e) Perfusi pembuluh perifer kuku : kembali dalam 4 detik

f) Thorax dan pernapasan :

(1) Inspeksi :

Bentuk thorax : Simetris kiri dan kanan sama

Retraksi intercostal : Tidak ada

Sianosis : Tidak ada

Stridor : Tidak ada

(2) Palpasi :

Vocal premitus : Getaran paru kiri dan kanan sama

Krepitasi : Tidak ada

(3) Perkusi : [√] sonor [-] Redup [-] Pekak

Lokasi : Batas paru hepar ICS 4 Dekstra

(4) Auskultasi :

Suara napas : Vesikuler

Suara ucapan : dada kiri dan kanan sama

Suara tambahan : Tidak ada

g) Jantung

(1) Inspeksi

Ictus cordis : Tidak tampak

(2) Palpasi

Ictus cordis : Teraba di ICS 5 linea mid clavicularis sinistra

(3) Perkusi

Batas atas jantung : ICS 2

Batas bawah jantung : ICS 5 mid clavicularis sinistra

Batas kanan jantung : linea sternalis dekstra

Batas kiri jantung : line mid clavicularis sinistra

(4) Auskultasi :

Bunyi jantung II A : BJ tunggal, ICS 2 linea Sternalis dextra

Bunyi jantung II P : BJ tunggal, ICS 2 linea Sternalis sinistra

Bunyi jantung I T : BJ tunggal, ICS 4 linea Sternalis sinistra

Bunyi jantung I M : BJ tunggal, ICS 5 linea Clavicularis sinistra

Bunyi jantung II irama gallop : tidak terdengar

Murmur : Tidak terdengar

Bruit : Aorta : Tidak terdengar

A. Renalis : Tidak terdengar

A. Fermoralis : Tidak terdengar

(h) Lengan dan tungkai

(1) Atrofi otot : [-] Positif [√] Negatif

Rentang gerak : kiri dan kanan sama

Kaku sendi : Tidak ada

Nyeri sendi : Tidak ada

Fraktur : Tidak ada

Parese : Tidak ada

Paralisis : Tidak ada

(2) Uji kekuatan Otot : kanan kiri

Tangan	5	5
Kanan	5	5

Keterangan :

Nilai 5 : kekuatan penuh

Nilai 4 : kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3 : mampu menahan tegak tetapi tidak mampu melawan kekuatan

Nilai 2 : mampu menahan gaya gravitasi tetapi dengan sentuhan akan jauh

Nilai 1 : tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0 : tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

Refleksi fisiologi : Biceps (+), Tricep (+), Patella (+)

Refleksi patologi :

Babinski kiri : [-] Positif [√] Negatif

Kanan : [-] Positif [√] Negatif

Clubing jari-jari : Tidak tampak

Varises tungkai : Tidak tampak

(3) Columna vetebralis

(a) Inspeksi : [-] lordosis [-] kiposis [-] Scoliosis

(b) Palpasi : Nyeri tekan tidak ada

Kaku kuduk : tidak ada

e. Pola tidur dan istirahat

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidur siang 2-3 jam, dan tidur malam pukul 24.00 - 09.00. Pasien juga mengatakan merasa capeh karena banyak melakukan aktivitas pada siang hari seperti bermain futsal. Pasien mengatakan sebelum tidur malam ia selalu menonton Tv dan online.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan sejak pasien dirawat di Rumah Sakit pasien susah tidur dan merasa terganggu dengan pasien lain disampingnnya. Pasien mengatakan hanya 4-5 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari.

3) Observasi

Pasien tampak berbaring lemah di tempat tidur

Ekspresi wajah mengantuk	:	√	Positif	- Negatif
Banyak menguap	:	-	Positif	√ Negatif
Palpebral inferior berwarna gelap	:	-	Positif	√ Negatif

f. Pola persepsi kognitif

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidak menggunakan kacamata. Pasien juga mengatakan mudah untuk mempelajari sesuatu dan tidak ada kesulitan atau keterbelakangan yang dialami oleh pasien. Pasien mampu berorientasi dengan baik, mampu berorientasi waktu, tempat dan orang.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan tidak ada gangguan pendengaran dan penglihatan, tetapi merasakan nyeri pada kepala dan ulu hati, nyeri yang dirasakaan hilang timbul dengan skala nyeri 6.

3) Observasi

Pasien tampak ekspersi wajah pasien meringis dan memegang bagian epigastrium dan tampak pasien dalam posisi semifowler karena nyerinya timbul.

4) Pemeriksaan fisik

a) Penglihatan

(1) Cornea : Tampak jernih

(2) Pupil : Tampak isokor

(3) Lensa mata : Tampak jernih

(4) Tekanan intra okuler (TIO) : Teraba tekanan sama kuat antara kiri dan kanan

b) Pendengaran

(1) Pina : kiri dan kanan sama

(2) Kanalis :Tampak kotor

(3) Membrane timpani : Memantulkan cahaya politzer

(4) Tes pendengaran : pasien mampu mendengar gesekan jari perawat di telinga Kiri dan kanan

c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai :

Pasien mampu merasakan sentuhan pada tangan dan kakinya.

g. Pola persepsi dan konsep diri

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan di rumah ia berperan sebagai seorang anak. Pasien mengatakan ia seorang mahasiswa teknik. Pasien juga mengatakan suka bergaul dengan teman-teman di kampus.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan cemas dengan kondisinya karena ia sudah ketinggalan materi kulianya. Pasien mengatakan sangat membutuhkan dukungan dari keluarga dan teman-temannya agar bisa cepat sembuh.

3) Observasi :

Pasien dapat merespon penuh dengan suara yang pelan tetapi jelas.

a) Kontak mata : tampak kontak mata kepada perawat saat dikaji

b) Rentang perhatian : tampak perhatian penuh saat dikaji

c) Suara dan cara berbicara : jelas dan pelan saat berbicara

d) Postur tubuh : tampak tegak

4) Pemeriksaan fisik :

a) Kelainan bawaan yang nyata : tidak ada

b) Bentuk / postur tubuh : tampak tegak

c) Kulit : tidak tampak lesi

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan ia tinggal bersama orang tuanya dan saudaranya. Pasien adalah anak kedua dari empat bersaudara. Pasien mengatakan hubungan dengan teman-temannya baik-baik saja.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit hubungan dengan keluarganya terjalin lebih baik dan dekat, karena keluarga sangat memperhatikan kondisinya.

3) Observasi :

pasien tampak akrab dengan keluarga dan perawat.

i. Pola reproduksi seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidak ada masalah pada reproduksinya.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan tidak ada masalah pada alat reproduksinya

3) Observasi :

Tampak pasien belum menikah dan berusia 20 tahun

4) Pemeriksaan :

Tidak dikaji

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan bahwa jika pasien mempunyai masalah biasanya ia membicarakan dengan orang tuanya.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan cemas dan stress dengan kondisi karena ia sudah ketinggalan materi kulianya. Pasien mengatakan ia sangat membutuhkan dukungan dari keluarga dan teman-temannya agar bias cepat sembuh.

3) Observasi :

Tampak pasien didampingi oleh ibunya

k. Pola sistem nilai kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan ia menganut agama katholik dan dia selalu beribadah pada hari minggu.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan selama sakit ia selalu berdoa kepada Tuhan agar cepat sembuh dari penyakitnya.

3) Observasi :

Tampak di tempat tidur pasien terdapat buku doa dan rosario.

5. Uji saraf kranial

a. N I : Pasien mampu mencium bau minyak kayu putih

b. N II : Pasien mampu membaca pada jarak 30 cm

c. N III, IV, VI : Pasien mampu menggerakan bola mata kesegala arah.

d. N V : Sensorik : Pasien mampu merasakan sentuhan kapas pada pipi

Motorik : Pasien dapat mengangkat alis dan dahi

e. N VII : Sensorik : Pasien mampu merasakan rasa manis

Motorik : Pasien mengangkat alis mata

f. N VIII : Vestibulo : Pasien tidak dapat berdiri tegak karena pusing

Austikus : Pasien dapat mendengar gesekan jari tangan perawat

g. N IX : Ovula tampak di tengah

h. N X : pasien mampu menelan

i. N XI : Pasien mampu mengangkat bahu dengan tahanan yang diberikan

j. N XII : Pasien mampu menjulurkan lidah pada posisi dan mampu mendorong pipi kiri dan kanan

6. Pemeriksaan penunjang

Hasil Laboratorium

Tanggal 22 Maret 2018

Parameter	Hasil	Flags	satuan	Nilai normal
WBC	2,4	-	10^3/uL	[4.8 --- 10.8]
RBC	4,4	-	10^6/Ul	[4.7 --- 6.1]
HGB	13,1	-	g/dL	[14 --- 18]
HCT	37,90	-	%	[42 --- 52]
MCV	87,1		fL	[80 --- 90]
MCH	30,1		Pg	[27 --- 31]
MCHC	35		g/dL	[33 --- 37]
PLT	59	-	10^3/uL	[150 --- 150]
RDW-CV	12,2		%	[11.5 --- 14.5]
PDW	12,4		fL	[9 --- 13]

MPV	10,8		fL	[7.2 --- 11.1]
P-LCR	30,8	+	%	[15 --- 25]
NEUT%	49,4		%	[40 --- 74]
LYM%	37,3		%	[19 --- 48]
MXD%	13,3		%	[4 --- 18]
NEUT#	1,2	-	10^3/uL	[1.5 --- 7]
LYM#	0.9	-	10^3/uL	[1 --- 3.7]
MXD#	0.3		10^/3uL	[0 --- 1.2]

Catatan : Bisotopenia

Tanggal 23 Maret 2018

Parameter	Hasil	Flags	satuan	Nilai normal
WBC	3,0	-	10^3/uL	[4.8 --- 10.8]
RBC	4,4	-	10^6/Ul	[4.7 --- 6.1]
HGB	13,6	-	g/dL	[14 --- 18]
HCT	38,80	-	%	[42 --- 52]
MCV	87,6		fL	[80 --- 90]
MCH	30,7		Pg	[27 --- 31]
MCHC	35		g/dL	[33 --- 37]
PLT	29	-	10^3/uL	[150 --- 150]
RDW-CV	12,4		%	[11.5 --- 14.5]
PDW	11,9		fL	[9 --- 13]
MPV	11,6	+	fL	[7.2 --- 11.1]

P-LCR	34,3	+	%	[15 --- 25]
NEUT%	48,3		%	[40 --- 74]
LYM%	34,3		%	[19 --- 48]
MXD%	17,4		%	[4 --- 18]
NEUT#	1.5		10^3/uL	[1.5 --- 7]
LYM#	1.0		10^3/uL	[1 --- 3.7]
MXD#	0.5		10^/3uL	[0 --- 1.2]

Catatan : Trombositopenia

Tanggal 24 Maret 2018

Parameter	Hasil	Flags	Satuan	Nilai normal
WBC	4.7	-	10^3/uL	[4.8 --- 10.8]
RBC	4,5	-	10^6/uL	[4.7 --- 6.1]
HGB	13,9	-	g/dL	[14 --- 18]
HCT	39,40	-	%	[42 --- 52]
MCV	87,4		fL	[80 --- 90]
MCH	30,8		Pg	[27 --- 31]
MCHC	35		g/dL	[33 --- 37]
PLT	30	-	10^3/uL	[150 --- 150]
RDW-CV	12.5		%	[11.5 --- 14.5]
PDW	18,1	+	fL	[9 --- 13]

MPV	11,5	+	fL	[7.2	---	11.1]
P-LCR	36,3	+	%	[15	---	25]
NEUT%	31,3	-	%	[40	---	74]
LYM%	34,6		%	[19	---	48]
MXD%	34,1	+	%	[4	---	18]
NEUT#	1.5		10^3/uL	[1.5	---	7]
LYM#	1,6		10^3/uL	[1	---	3.7]
MXD#	1,6	+	10^/3uL	[0	---	1.2]

Catatan : Trombositopenia

7. TERAPI

a. Ciran infus NaCl 500 cc dalam 18 tts/menit
b. Paracetamol 3 x 1 tablet 500 mg/8 jam (Oral)
c. Ranitidine 2 x 1 / 12 jam (Oral)
d. Paracetamol 1 botol / 12 jam

A. Pengkajian Keperawatan

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji : Apronimus Abar	NIM : E1514401006

Unit : Bernadeth III A Autoanamnese : √

Kamar : 352 [1] Alloanamnese : √

Tanggal Masuk RS : 21 Maret 2018

Tanggal Pengkajian : 22 Maret 2018

8. Identitas

c. Pasien

Nama Initial	: Tn. “W”
Umur	: 20 Tahun
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Status Perkawinan	: Belum menikah
Jumlah Anak	: -
Agama / suku	: Katholik/Toraja
Warga Negara	: Indonesia
Bahasa yang digunakan	: Indonesia
Pendidikan	: Sarjana
Pekerjaan	: Pelajar

Alamat Rumah : Hertasning

d. Penanggung Jawab

Nama : Ny. “H”

Umur : 42 Tahun

Alamat : Hertasning

Hubungan dengan pasien : Anak kandung

9. Data Medik

Diagnosa medik

Saat Masuk : Dengue Hemoragic Fever (DHF)

Saat Pengkajian : Dengue Hemoragic Fever (DHF) Grade II

10. Keadaan Umum

e. Keadaan Umum

Pasien tampak sakit ringan / **sedang** / berat / tidak tampak sakit.

Alasan: Pasien tampak berbaring lemah dalam posisi semi fowler di tempat tidur, tampak terpasang NaCl 500 cc dengan 18 tetes/menit pada tangan kanan, tampak membran mukosa kering, tampak ekspresi wajah meringis, tampak ada petekie pada lengan kiri pasien saat tes *rumple leed*.

f. Tanda-tanda vital

1). Kesadaran : Compos Mentis

Skala koma Glasgow

a). Respon motorik : 6

b). Respon bicara : 5

c). Respon membuka mata : 4

Jumlah : 15

Kesimpulan : Tidak koma

2). Tekanan darah : 130/90 mmHg

MAP : 103,3

Kesimpulan : perfusi ginjal memadai

3). Suhu : 38,3^{0}c di [-] oral [√] Axilla [-] Rectal

4). Pernapasan : 20 x/menit

Irama : [-] Teratur [-] Bradipnea [√] Takipnea

[-] Kusmaul [-] Cheynes-stokes

Jenis : [√] Dada [-] Petrut

5). Nadi : 90 x/menit

Irama : [-] Teratur [-] Tachicardi [√] Bradichardi

[√] Kuat [-] Lemah

g. Pengukuran

1). Lingkar lengan atas : 28 cm

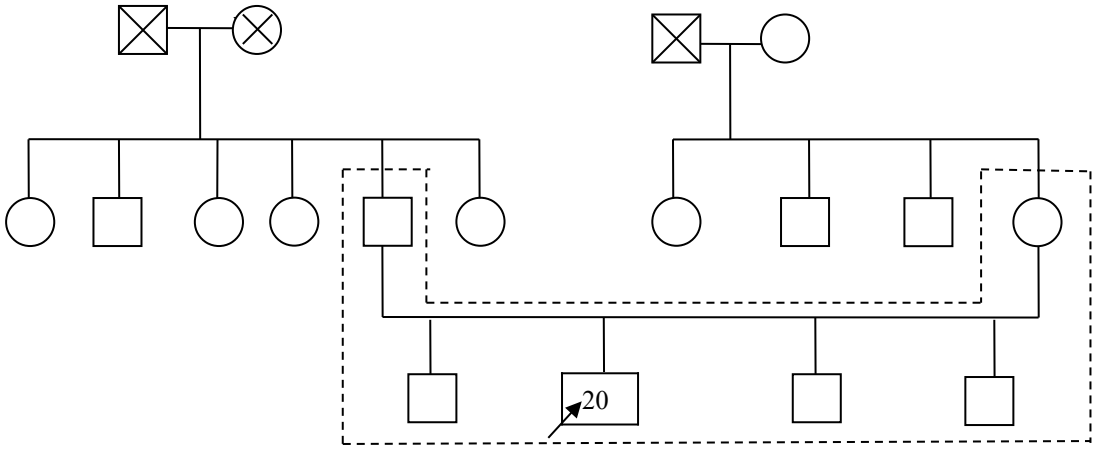
2). Tinggi Badan : 165 cm

3). Berat Badan : 52 kg

4). IMT (Indeks Massa Tubuh) : 19,11

Kesimpulan : Berat badan ideal

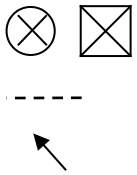
h. Genogram



Keterangan:

: Laki-laki

: Perempuan



: Meninggal

: Tinggal serumah

: Pasien

11. Pengkajian Pola Kesehatan

I. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

1). Keadaan sebelum sakit :

Keluarga mengatakan jika pasien sakit kepala atau flu biasanya membeli obat di apotik. keluarga mengatakan pasien pernah sakit diare dan dirawat di Rumah Sakit Stella Maris 1 tahun yang lalu. Keluarga mengatakan rumah mereka berada pada pemukiman padat penduduk. Keluarga mengatakan pasien kurang menjaga kebersihan di dalam kamarnya seperti tidak memakai kelambu saat tidur atau obat nyamuk dan banyak baju yang bergantungan di kamarnya. Keluarga pasien juga mengatakan di samping rumah ada selokan pembuangan limbah air dari kamar mandi yang alirannya tidak lancar sehingga air limbah tergenang. Keluarga mengatakan di rumahnya banyak nyamuk. Keluarga mengatakan pasien sering jajan di kampus. Kelurga mengatakan pasien adalah perokok aktif. Bagi keluarga hal inilah yang membuat kesehatannya terganggu.

2). Riwayat penyakit saat ini :

a). Keluhan Utama :

Demam

b). Riwayat keluhan utama :

Pasien mengatakan demam dialami sejak 4 hari yang lalu. Pasien mengatakan demamnya naik turun, demamnya akan naik pada sore hari, menggigil disertai sakit kepala dan mual muntah, nyeri ulu hati, dan bintik-bintik merah pada lengan kiri. Pasien mengatakan di rumah sudah merasa mual muntah sebanyak 3 kali berisikan air dan sisa makanan. Pasien juga mengatakan merasa nyeri yang dirasakan hilang-timbul, nafsu makan berkurang. Akhirnya keluarga memutuskan untuk membawa pasien ke Rumah Sakit Stella Maris. Saat pengkajian pasien masih mengeluh demam, pasien tampak lemah, suhu 38,3^{0}C, dan badan teraba hangat. Selain itu pasien mengatakan merasa mual dan muntah sudah 5 kali sejak pagi dan sering merasa haus. Pasien juga mengeluh nyeri pada ulu hati seperti tertusuk-tusuk dengan skala 6, dan nyeri akan timbul saat pasien banyak bergerak. Pasien juga mengeluh sakit kepala, tampak bintik-bintik merah pada seluruh lengan kiri dan bibir tampak pecah-pecah dan mukosa mulut kering.

3). Riwayat penyakit yang pernah dialami :

Keluarga mengatakan pasien pernah mengalami sakit diare 1 tahun yang lalu dan pernah dirawat di Rumah Sakit Stella Maris.

4). Riwayat kesehatan keluarga :

Keluarga pasien mengatakan didalam keluarga tidak ada sakit yang sama dengan pasien . pasien juga mengatakan tidak ada penyakit keturunan dalam keluarganya seperti DM dan hipertensi

5). Pemeriksaan fisik :

a). Kebersihan mulut : Tampak bersih.

b). Kulit kepala : Tampak bersih tidak berketombe.

c). kebersihan kulit : Tampak bersih.

d). Higiene rongga mulut : Tampak bersih.

e). Kebersihan genetalia : Tidak dikaji.

f). Kebersihan anus : Tidak dikaji.

m. Pola nutrisi dan metabolik

1). Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan dalam sehari hanya 2 kali makan yaitu makan siang dan malam menu makan yang biasa dimakan yaitu nasi, ikan, dan mie. Pasien mengatakan kalau pagi ia jajannya di kampus seperti bakso, coto dan gorengan. Pasien mengatakan minumnya dalam sehari itu 6-7 gelas/hari. Pasien

2). Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit hanya makan 2 kali sehari dan hanya mampu menghabiskan 3-4 sendok makan dalam 1 porsi dengan jenis makanan bubur, sayur, ikan karena pasien merasakan mulut terasa pahit saat menelan. Pasien juga mengatakan setiap habis makan mengeluh mual dan muntah 5 kali dalam sehari dengan jumlah ± 750 cc sejak masuk RumaH Sakit. Nafsu makan menurun dan pasien juga mengatakan hanya minum air putih 5-6 gelas air mineral gelas ukuran kecil (1200 cc) sehari.

3). Observasi :

Saat dikaji pasien hanya mampu menghabiskan 1/2 porsi dari 1 porsi makanan yang disediakan di Rumah Sakit, tampak pasien minum 1 gelas air mineral (200 cc), tampak kulit teraba panas , tampak mukosa bibir kering dan pecah-pecah, tampak petekie pada lengan kiri. Tampak terpasang infus NaCl 0,9 % 500 cc dengan jumlah tetesan 18 tts/menit.

Cairan Masuk dalam 24 jam :

Infus NaCL dalam 24 jam : 1296 cc

Air Putih dalam 24 jam : 1200 cc

Cairan masuk = 1296 + 1200 = 2496 cc

4). Pemeriksaan fisik :

p) Keadaan rambut : Tampak bersih, lurus, berwarna hitam, dan tebal.

q) Hidrasi kulit : Finger print kembali dalam 4 detik.

r) Palpebral / conjungtiva : Tampak tidak ada edema/ tampak tidak anemik.

s) Sclera : Tidak tampak ikterik.

t) Hidung : Tampak septum berada di tengah rongga hidung, terdapat secret.

u) Rongga mulut : Mukosa bibir tampak kering dan pecah-pecah.

Gusi : Tampak berwarna putih.

v) Gigi : Tampak masih utuh.

Gigi palsu : Tidak ada.

w) Kemampuan mengunyah keras : Pasien mampu mengunyah keras.

x) Lidah : Tampak kotor.

y) Pharing : Tidak tampak peradangan.

z) Kelenjar getah bening : Tidak teraba pembesaran.

aa) Kelenjar parotis : Tidak terdapat pembesaran.

bb) Abdomen :

(5) Inspeksi : Perut tampak datar, tidak tampak bayangan vena.

(6) Auskultasi : Peristaltik usus 15 x/menit.

(7) Palpasi : Nyeri pada epgastrium, tidak ada benjolan.

(8) Perkusi : Terdengar thympani.

cc) Kulit :

(5) Edema : [√] Positif [-] Negatif

(6) Ikter [√] : [-] Positif Negatif

(7) Tanda-tanda radang : Tidak tampak.

(8) Tampak petekie.

dd) Lesi : Tidak tampak.

n. Pola eliminasi

5) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit paisen BAB secara teratur dengan frekuensi 1 kali sehari dengan karakteristik warna kuning kecoklatan dan konsistensi padat, BAK 4-5 kali dalam sehari berwarna kuning jernih.pasien mengatakan tidak ada keluhan dalan hal BAB dan BAK

6) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak dirawat di rumah sakit, pasien baru 1 kali BAB dengan konsistensi padat dan berwarna kuning, pasien mengatakan sering kencing. Pasien juga mengatakan BAK dalam sehari lebih dari 6-7 kali (1100 cc) sehari dan berwarna kuning jernih dan berbau khas kencing.

7) Observasi :

Tampak pasien sering keluar masuk WC untuk BAK.

Output dalam 24 jam
Urine = 1100 cc
Muntah = 750 cc
Cairan keluar = 1100 + 750 = 1850 cc
IWL = BB × 15 = 52 × 15 = 780
IWL demam = IWL + 200 (suhu tertinggi – 36,8^{0}C)
= 780 + 200 (38,3^{0}C – 36,8^{0}C)

= 780 + 200 (1,5)
= 780 + 300 = 1080 cc.

Balance cairan
Cairan masuk - cairan keluar
= input 2496
output 1850- = - 434 cc

8) Pemeriksaan fisik :

f) Peristaltik usus :15 x/menit.

g) Palpasi kandung kemih : [-] Penuh [√] kosong

h) Nyeri ketuk ginjal : [-] Positif [√] Negatif

i) Mulut uretra : Tidak dikaji.

j) Anus :

(4) Peradangan : Tidak dikaji.

(5) Hemoroid : Tidak dikaji.

(6) Fistula : Tidak dikaji.

o. Pola aktivitas dan latihan

5) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan aktivitasnya sehari-hari adalah pergi kampus dan pada sore hari, biasanya ia bermain futsal bersama teman-temannya, dan aktivitas di waktu senggang biasanya pasien nonton televisi dan online di rumah.

6) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak ia masuk rumah sakit tidak pernah melakukan aktivitasnya dan lebih sering terbaring di tempat tidur, karena pasien mengatakan badannya terasa lemah, pasien merasa sesak bila nyeri. Pasien mengatakan nyeri timbul pada saat ia merasa demam. Pasien mengatakan lebih suka berbaring dalam posisi setengah duduk. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk pada daerah ulu hati dan kepala, dengan skala nyeri 6, nyeri sedang, nyerinya hilang timbul berlangsung sekitar 5 menit yang membuat pasien takut untuk banyak bergerak.

7) Observasi :

Tampak ekspresi wajah pasien meringis dan memegangi daerah bagian epigastrium dan kepala. Pasien juga tampak berbaring di tempat tidur dengan posisi semi fowler, tampak petekie pada lengan kiri, ekspresi wajah tampak meringis.

g) Aktivitas harian :

(8) Makan : 2

(9) Mandi : 2

(10) Pakaian

(11) Kerapihan

(12) Buang air besar : 2

(13) Buang air kecil : 2

(14) Mobilisasi di tempat tidur : 0

0 : mandiri
1 : bantuan dengan alat
2 : bantuan orang
3 : bantuan alat dan orang
4 : bantuan penuh

h) Postur tubuh : Tampak tegak.

i) Gaya jalan : Tampak tegak.

j) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada.

k) Fiksasi : Tidak ada.

l) Tracheostomi : Tidak ada.

8) Pemeriksaan fisik :

h) Tekanan darah :

(4) Berbaring : 130/90 mmHg.

(5) Duduk : Tidak dikaji mmHg.

(6) Berdiri : Tidak dikaji mmHg.

Kesimpulan : Hipotensi artostatik : [-] Positif [-] Negatif

i) HR : 90 x /menit.

j) Kulit :

Keringat dingin : Tidak ada.

Basah : Tidak ada.

k) JVP : 5-2 cmH_2O.

Kesimpulan : Pemompaan ventrikel jantung memadai.

l) Perfusi pembuluh perifer kuku : kembali dalam 4 detik.

m) Thorax dan pernapasan :

(5) Inspeksi :

Bentuk thorax : Simetris kiri dan kanan sama.

Retraksi intercostal : Tidak ada.

Sianosis : Tidak ada.

Stridor : Tidak ada.

(6) Palpasi :

Vocal premitus : Getaran paru kiri dan kanan sama.

Krepitasi : Tidak ada.

(7) Perkusi : [√] sonor [-] Redup [-] Pekak

Lokasi : Batas paru hepar ICS 4 Dekstra.

(8) Auskultasi :

Suara napas : Vesikuler.

Suara ucapan : dada kiri dan kanan sama.

Suara tambahan : Tidak ada.

n) Jantung

(5) Inspeksi

Ictus cordis : Tidak tampak.

(6) Palpasi

Ictus cordis : Teraba di ICS 5 linea mid clavicularis sinistra.

(7) Perkusi

Batas atas jantung : ICS 2.

Batas bawah jantung : ICS 5 mid clavicularis sinistra.

Batas kanan jantung : linea sternalis dekstra.

Batas kiri jantung : line mid clavicularis sinistra.

(8) Auskultasi :

Bunyi jantung II A : BJ tunggal, ICS 2 linea

Sternalis dextra.

Bunyi jantung II P : BJ tunggal, ICS 2 linea Sternalis sinistra.

Bunyi jantung I T : BJ tunggal, ICS 4 linea Sternalis sinistra.

Bunyi jantung I M : BJ tunggal, ICS 5 linea Clavicularis sinistra.

Bunyi jantung II irama gallop : tidak terdengar.

Murmur : Tidak terdengar.

Bruit : Aorta : Tidak terdengar.

A. Renalis : Tidak terdengar.

A. Fermoralis : Tidak terdengar.

(h) Lengan dan tungkai

(4) Atrofi otot : [-] Positif [√] Negatif

Rentang gerak : kiri dan kanan sama.

Kaku sendi : Tidak ada.

Nyeri sendi : Tidak ada.

Fraktur : Tidak ada.

Parese : Tidak ada.

Paralisis : Tidak ada.

(5) Uji kekuatan Otot : kanan kiri

Tangan

Kanan	5	5
Keterangan :	5	5

Nilai 5 : kekuatan penuh.

Nilai 4 : kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain.

Nilai 3 : mampu menahan tegak tetapi tidak mampu melawan kekuatan.

Nilai 2 : mampu menahan gaya gravitasi tetapi dengan sentuhan akan jauh.

Nilai 1 : tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan.

Nilai 0 : tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak.

Refleksi fisiologi : Biceps (+), Tricep (+), Patella (+)

Refleksi patologi :

Babinski kiri : [-] Positif [√] Negatif

Kanan : [-] Positif [√] Negatif

Clubing jari-jari : Tidak tampak.

Varises tungkai : Tidak tampak.

(6) Columna vetebralis

(c) Inspeksi : [-] lordosis [-] kiposis [-] skoliosis

(d) Palpasi : Nyeri tekan tidak ada.

Kaku kuduk : tidak ada.

p. Pola tidur dan istirahat

4) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidur siang 2-3 jam, dan tidur malam pukul 24.00 - 09.00. Pasien juga mengatakan merasa capeh karena banyak melakukan aktivitas pada siang hari seperti bermain futsal. Pasien mengatakan sebelum tidur malam ia selalu menonton Tv dan online.

5) Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan sejak pasien dirawat di Rumah Sakit pasien susah tidur dan merasa terganggu dengan pasien lain disampingnnya. Pasien mengatakan hanya 4-5 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari.

6) Observasi :

Pasien tampak berbaring lemah di tempat tidur.

Ekspresi wajah mengantuk : [√] Positif [-] Negatif

Banyak menguap : [-] Positif [√] Negatif

Palpebral inferior berwarna gelap : [-] Positif [√] Negatif

q. Pola persepsi kognitif

5) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidak menggunakan kacamata. Pasien juga mengatakan mudah untuk mempelajari sesuatu dan tidak ada kesulitan atau keterbelakangan yang dialami oleh pasien. Pasien mampu berorientasi dengan baik, mampu berorientasi waktu, tempat dan orang.

6) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan tidak ada gangguan pendengaran dan penglihatan, tetapi merasakan nyeri pada kepala dan ulu hati, nyeri yang dirasakaan hilang timbul dengan skala nyeri 6.

7) Observasi :

Pasien tampak ekspersi wajah pasien meringis dan memegang bagian epigastrium dan tampak pasien dalam posisi semifowler karena nyerinya timbul.

8) Pemeriksaan fisik :

d) Penglihatan :

(5) Cornea : Tampak jernih.

(6) Pupil : Tampak isokor.

(7) Lensa mata : Tampak jernih.

(8) Tekanan intra okuler (TIO) : Teraba tekanan sama kuat antara kiri dan kanan.

e) Pendengaran :

(5) Pina : kiri dan kanan sama.

(6) Kanalis :Tampak kotor.

(7) Membrane timpani : Memantulkan cahaya politzer.

(8) Tes pendengaran : pasien mampu mendengar gesekan jari perawat di telinga Kiri dan kanan.

f) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai :

Pasien mampu merasakan sentuhan pada tangan dan kakinya.

r. Pola persepsi dan konsep diri

5) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan di rumah ia berperan sebagai seorang anak. Pasien mengatakan ia seorang mahasiswa teknik. Pasien juga mengatakan suka bergaul dengan teman-teman di kampus.

6) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan cemas dengan kondisinya karena ia sudah ketinggalan materi kulianya. Pasien mengatakan sangat membutuhkan dukungan dari keluarga dan teman-temannya agar bisa cepat sembuh.

7) Observasi :

Pasien dapat merespon penuh dengan suara yang pelan tetapi jelas.

e) Kontak mata : tampak kontak mata kepada perawat saat dikaji.

f) Rentang perhatian : tampak perhatian penuh saat dikaji.

g) Suara dan cara berbicara : jelas dan pelan saat berbicara.

h) Postur tubuh : tampak tegak.

8) Pemeriksaan fisik :

d) Kelainan bawaan yang nyata : tidak ada.

e) Bentuk / postur tubuh : tampak tegak.

f) Kulit : tidak tampak lesi.

s. Pola peran dan hubungan dengan sesama

4) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan ia tinggal bersama orang tuanya dan saudaranya. Pasien adalah anak kedua dari empat bersaudara.

Pasien mengatakan hubungan dengan teman-temannya baik-baik saja.

5) Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit hubungan dengan keluarganya terjalin lebih baik dan dekat, karena keluarga sangat memperhatikan kondisinya.

6) Observasi :

pasien tampak akrab dengan keluarga dan perawat.

t. Pola reproduksi seksualitas

5) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidak ada masalah pada reproduksinya.

6) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan tidak ada masalah pada alat reproduksinya.

7) Observasi :

Tampak pasien belum menikah dan berusia 20 tahun.

8) Pemeriksaan :

Tidak dikaji.

u. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress

4) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan bahwa jika pasien mempunyai masalah biasanya ia membicarakan dengan orang tuanya.

5) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan cemas dan stress dengan kondisi karena ia sudah ketinggalan materi kulianya. Pasien mengatakan ia sangat membutuhkan dukungan dari keluarga dan teman-temannya agar bias cepat sembuh.

6) Observasi :

Tampak pasien didampingi oleh ibunya.

v. Pola sistem nilai kepercayaan

4) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan ia menganut agama katholik dan dia selalu beribadah pada hari minggu.

5) Keadaan sejak sakit :

   Pasien mengatakan selama sakit ia selalu berdoa kepada Tuhan agar cepat sembuh dari penyakitnya.

6) Observasi :

   Tampak di tempat tidur pasien terdapat buku doa dan rosario.

12. Uji Saraf Kranial

k. N I : Pasien mampu mencium bau minyak kayu putih.

l. N II : Pasien mampu membaca pada jarak 30 cm.

m. N III, IV, VI : Pasien mampu menggerakan bola mata kesegala arah.

n. N V : Sensorik : Pasien mampu merasakan sentuhan kapas pada pipi.

Motorik : Pasien dapat mengangkat alis dan dahi.

o. N VII : Sensorik : Pasien mampu merasakan rasa manis.
Motorik : Pasien mengangkat alis mata.

p. N VIII : Vestibulo : Pasien tidak dapat berdiri tegak karena pusing.
Austikus : Pasien dapat mendengar gesekan jari tangan perawat.

q. N IX : Ovula tampak di tengah.

r. N X : pasien mampu menelan.

s. N XI : Pasien mampu mengangkat bahu dengan tahanan yang diberikan.

t. N XII : Pasien mampu menjulurkan lidah pada posisi dan mampu mendorong pipi kiri dan kanan.

13. Pemeriksaan Penunjang

Hasil Laboratorium

Tanggal 22 Maret 2018

Parameter	Hasil	Flags	Satuan	Nilai normal
WBC	2,4	-	10^3/uL	[4.8 --- 10.8]
RBC	4,4	-	10^6/Ul	[4.7 --- 6.1]
HGB	13,1	-	g/dL	[14 --- 18]
HCT	37,90	-	%	[42 --- 52]

MCV	87,1		fL	[80 --- 99]
MCH	30,1		Pg	[27 --- 31]
MCHC	35		g/dL	[33 --- 37]
PLT	59	-	10^3/uL	[150 --- 450]
RDW-CV	12,2		%	[11.5 --- 14.5]
PDW	12,4		fL	[9 --- 13]
MPV	10,8		fL	[7.2 --- 11.1]
P-LCR	30,8	+	%	[15 --- 25]
NEUT%	49,4		%	[40 --- 74]
LYM%	37,3		%	[19 --- 48]
MXD%	13,3		%	[4 --- 18]
NEUT#	1,2	-	10^3/uL	[1.5 --- 7]
LYM#	0.9	-	10^3/uL	[1 --- 3.7]
MXD#	0.3		10^/3uL	[0 --- 1.2]

Catatan : Bisotopenia

Tanggal 23 Maret 2018

Prameter	Hasil	Flags	Satuan	Nilai normal
WBC	3,0	-	10^3/uL	[4.8 --- 10.8]
RBC	4,4	-	10^6/Ul	[4.7 --- 6.1]
HGB	13,6	-	g/dL	[14 --- 18]
HCT	38,80	-	%	[42 --- 52]
MCV	87,6		fL	[80 --- 99]
MCH	30,7		Pg	[27 --- 31]
MCHC	35		g/dL	[33 --- 37]

PLT	29	-	10^3/uL	[150 --- 450]
RDW-CV	12,4		%	[11.5 --- 14.5]
PDW	11,9		fL	[9 --- 13]
MPV	11,6	+	fL	[7.2 --- 11.1]
P-LCR	34,3	+	%	[15 --- 25]
NEUT%	48,3		%	[40 --- 74]
LYM%	34,3		%	[19 --- 48]
MXD%	17,4		%	[4 --- 18]
NEUT#	1.5		10^3/uL	[1.5 --- 7]
LYM#	1.0		10^3/uL	[1 --- 3.7]
MXD#	0.5		10^/3uL	[0 --- 1.2]

atatan : Trombositopenia

Tanggal 24 Maret 2018

Parameter	Hasil	Flags	Satuan	Nilai normal
WBC	4.7	-	10^3/uL	[4.8 --- 10.8]
RBC	4,5	-	10^6/uL	[4.7 --- 6.1]
HGB	13,9	-	g/dL	[14 --- 18]
HCT	39,40	-	%	[42 --- 52]
MCV	87,4		fL	[80 --- 99]
MCH	30,8		Pg	[27 --- 31]

MCHC	35		g/dL	[33 --- 37]
PLT	30	-	10^3/uL	[150 --- 450]
RDW-CV	12.5		%	[11.5 --- 14.5]
PDW	18,1	+	fL	[9 --- 13]
MPV	11,5	+	fL	[7.2 --- 11.1]
P-LCR	36,3	+	%	[15 --- 25]
NEUT%	31,3	-	%	[40 --- 74]
LYM%	34,6		%	[19 --- 48]
MXD%	34,1	+	%	[4 --- 18]
NEUT#	1.5		10^3/uL	[1.5 --- 7]
LYM#	1,6		10^3/uL	[1 --- 3.7]
MXD#	1,6	+	10^/3uL	[0 --- 1.2]

Catatan : Trombositopenia

14. Terapi Obat-obatan

e. Ciran infus NaCl 500 cc dalam 18 tts/menit.
f. Paracetamol 3x1 tablet 500 mg/8 jam (Oral).
g. Ranitidine 2x1/12 jam (Oral).
h. Ketorolac 1 ampul/8jam(IV).

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

Pada bab ini, penulis akan membahas kesenjangan yang terjadi antara teori dengan kasus nyata yang diperoleh dari pelaksanaan keperawatan pada pasien Tn. “W” berumur 20 tahun dengan kasus DHF yang dirawat di ruang Bernadeth III A Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang berlangsung selama 3 hari, yaitu dari tanggal 23-25 Maret 2018.

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal yang penulis terapkan dalam pelakasanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan DHF. Dalam pengkajian, penulis memperoleh data dari pasien, keluarga, perawat, catatan medis dan hasil pengamatan langsung pada pasien.

Hasil pengkajian yang didapatkan pada pasien yaitu : Tn. “W” masuk rumah sakit dengan keluhan utama demam. Pasien mengatakan demam dialami sejak 4 hari yang lalu. Pasien mengatakan demamnya naik turun, demamnya akan naik pada sore hari, menggigil disertai sakit kepala dan mual muntah, nyeri ulu hati, dan bintik-bintik merah pada lengan kiri. Pasien mengatakan di rumah sudah merasa mual muntah sebanyak 3 kali berisikan air dan sisa makanan. Pasien juga mengatakan merasa nyeri yang dirasakan hilang timbul, nafsu makan berkurang. Akhirnya keluarga memutuskan untuk membawa pasien ke Rumah Sakit Stella Maris. Pada saat pengkajian pasien masih mengeluh demam, pasien tampak lemah, suhu 38,3^{0}C, dan badan teraba hangat. Selain itu pasien mengatakan merasa mual dan muntah 5 kali dalam sehari dan sering merasa haus. Pasien juga mengeluh nyeri pada ulu hati seperti tertusuk-tusuk dengan skala nyeri 6, dan nyeri akan timbul saat pasien banyak bergerak. Pasien juga mengeluh sakit kepala, tampak bintik-bintik merah pada seluruh lengan kiri dan bibir tampak pecah-pecah dan mukosa mulut kering.

Hasil pemeriksaan meliputi tanda-tanda vital : Tekanan darah 130/90 mmHg, Nadi : 90 x/menit, Pernapasan : 20 x/menit, Suhu : 38,3^{0}C

sedangkan pemeriksaan diagnostik diperoleh hasil laboratorium trombosit $130.10^3/mm^3$. Keluarga mengatakan rumah mereka berada pada pemukiman padat penduduk. Keluarga mengatakan pasien kurang menjaga kebersihan di dalam kamarnya seperti tidak memakai kelambu saat tidur atau obat nyamuk dan banyak baju yang bergantungan di kamarnya. Keluarga pasien juga mengatakan di samping rumah ada selokan pembuangan limbah air dari kamar mandi yang alirannya tidak lancar sehingga air limbah tergenang. Keluarga mengatakan di rumahnya banyak nyamuk. Keluarga mengatakan pasien sering jajan di kampus. Kelurga mengatakan pasien adalah perokok aktif. Bagi keluarga hal inilah yang membuat kesehatannya terganggu.

Menurut Desmawati (2013), manifestasi klinis dari penyakit *Dengue Hemoragic Fever* (DHF) adalah demam tinggi secara mendadak selama 2-7 hari (38-40^0c), uji torniquet positif, adanya bentuk perdarahan di kelopak mata bagian dalam (kongjungtiva), mimisan (epitaksis), buang air besar dengan kotoran berupa lendir bercampur darah (melena), terjadinya pembesaran hati (hepatomegali), tekanan darah menurun sehingga menyebabkan syok, pada pemeriksaan laboratorium (darah), hari ke 3-7 terjadi penurunan trombosit di bawah 100.000 /mm^3 (trombositopenia) dan terjadi peningkatan nilai hematokrit diatas 20% dari nilai normal (hemokonsentrasi), timbulnya berupa gejala klinis yang menyertai seperti mual, muntah, penurunan nafsu makan (anoreksia), sakit perut, diare, menggigil, kejang, dan sakit kepala, mengalami perdarahan pada hidung (mimisan) dan gusi, demam yang dirasakan penderita menyebabkan keluhan pegal/sakit pada persendian, munculnya bintik-bintik merah pada kulit akibat pecahnya pembuluh darah. Hematokrit (HCT) tidak terjadi peningkatan maupun penurunan. Adapun nilai normal HCT 42-52 %. Pada pemeriksaan didapatkan HCT dalam batas normal.

Dari hasil pengkajian yang didapatkan, pasien mengalami demam yaitu suhu 38,3^0c. Penyebab terjadinya demam pada pasien adalah virus

dengue masuk ke dalam tubuh melalui gigitan nyamuk Aedes Aegypti/ Albopictus, yang akan mengakibatkan terjadinya veremia melalui refleks virus, adapun hal lain yang dapat terjadi dimana seseorang mengalami infeksi virus dengue berulang. Re–infeksi ini akan menyebabkan suatu reaksi anomnestik antibody, sehingga menimbulkan konsentrasi kompleks antigen antibody (kompleks virus antibody) yang tinggi, yang akan mengaktivasi sistem komplemen, yang berakibat dilepaskannya anafilaktoksin C3a dan C5a, dari pelepasan ini maka terjadi pelepasan toksik melalui aliran darah sehingga terjadi dilatasi pembuluh darah, selain terjadinya dilatasi pembuluh darah, pelepasan toksin ini pula dapat menimbulkan peningkatan set-point termostat hipotalamus yang merangsang zat pirogen untuk dilepaskan dari degenerasi jaringan tubuh sehingga timbul demam.

Hasil pengkajian juga didapatkan, pasien mengalami mual muntah. Penyebab terjadinya mual muntah pada pasien adalah terinfeksi virus *dengue* atau bakteri pada tubuh. Saat virus menginfeksi tubuh, maka lambung akan mengeluarkan lebih banyak asam lambung sebagai respon kekebalan tubuh. Naiknya asam lambung menyebabkan mual dan perasaan muntah dimana akan berdampak pada nafsu makan pasien. Gejala mual akan dirasakan pada hari kedua sampai ketujuh setelah terinfeksi virus *dengue*. Mual muntah akan hilang secara perlahan sesuai dengan kondisi tubuh setelah melalui pengobatan intensif untuk menghilangkan infeksi virus.

B. Diagnosa Keperawatan

Dari tinjauan teoritis ada 7 diagnosa yang muncul pada *Dengue Hemoragic Fever* yaitu :

1. Hypertermi berhubungan dengan proses penyakit
2. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif
3. Perubahan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan pendarahan

4. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual, muntah, anoreksia, intake yang tidak kuat
5. Resiko pendarahan
6. Keletihan berhubungan dengan status penyakit
7. Kurang pengetahuan tentang proses penyakit berhubungan dengan kurangnya informasi

Pada tinjauan kasus hanya 3 diagnosa keperawatan yang di rumuskan oleh penulis yaitu :

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif

   Alasan penulis mengangkat diagnosa ini karena penulis menemukan data pada pasien, mukosa bibir kering, PLT 130.10^3/mm^3, turgor kulit tidak elastis, ditemukan finger print kembali >4 detik dan hasil balance cairan menunjukkan kehilangan cairan aktif.
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis

   Alasan penulis mengangkat diagnosa ini karena penulis menemukan data pasien yaitu pasien nyeri ulu hati dan sakit kepala. Nyerinya seperti tertusuk-tusuk dengan durasi 5 menit, wajah pasien meringis, aktivitas pasien dibantu oleh keluarga, skala nyeri 6, tampak pasien memegang bagian epigastrium, tanda-tanda vital TD : 130/90 mmHg, N : 90 x/menit, dan P : 20×/menit, maka penulis mengangkat diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis.
1. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit

   Alasan penulis mengangkat diagnosa sebagai diagnosa ketiga ini karena penulis menemukan data pasien demam yang dialami sejak 4 hari lalu, demamnya naik turun, dan akan naik pada sore hari disertai menggigil dan disaat masuk Rumah Sakit didapatkan data suhu pada pasien 38,3ºC, badan teraba panas, dan terdapat bintik-bintik merah lengan bagian kiri.

Adanya perbedaan jumlah diagnosa keperawatan yang terdapat pada teori dengan diagnose keperawatan pada kasus pasien Tn. “W”,

disebabkan karena diagnosa yang terdapat pada teori dirumuskan secara umum pada semua pasien dengan masalah DHF sedangkan pada kasus Tn. “W”, diagnosa yang diangkat disesuaikan dengan data-data yang ditemukan secara individu pada pasien, selain itu respon yang ditimbulkan pada setiap penderita DHF dapat dipengaruhi oleh daya tahan tubuh seseorang.

C. Intervensi Keperawatan

Berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien, selanjutnya penulis membuat perencanaan untuk mengatasi masalah keperawatan yang muncul yaitu :

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. Pada diagnosa ini, penulis membuat intervensi sesuai dengan keadaan pasien yaitu perawatan demam dengan intervensi : pantau suhu dan TTV lainnya, tutup pasien dengan selimut atau pakaian yang ringan, dorong konsumsi pasien, kompres air hangat, dan lembabkan bibir dan mukosa yang kering. Manajemen muntah dengan intervensi : kaji emesis terkait dengan warna, konsistensi, adanya darah, waktu, dan kekuatan emesis, ukur perkiraan volume emesis, anjurkan pasien terkait dengan kebutuhan makanan, tawarkan makanan ringan yang padat, dan monitor asupan makanan. Manajemen cairan dengan intervensi : monitor status hidrasi (membrane mukosa lembab), tingkatkan asupan oral (air puith dan jus jambu biji), dan berikan cairan IV. Semua intervensi dilakukan oleh penulis dan diagnosa ini tidak memiliki kesenjangan antara teori dan kasus.
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis

   Pada diagnosa ini, penulis membuat intervensi sesuai dengan keadaan pasien yaitu manajemen nyeri dengan intervensi : lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan faktor

pencetus, anjurkan teknik relaksasi tarik napas dalam, dukung istirahat tidur untuk membantu penurunan nyeri, dan pastikan perawatan analgesik bagi pasien dan pemantauan yang ketat. Manajemen obat dengan intervensi : tentukan obat apa yang diperlukan dan kelolah menurut resep dokter, monitor respon terhadap perubahan obat dengan cara yang tepat, dan berikan informasi penggunaan obat bebas dan bagaimana obat-obatan tersebut dapat mempengaruhi kondisi kesehatan saat ini. Pada diagnosis ini memiliki kesenjangan antara teori dan kasus.

3. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit

   Pada diagnosa ini, penulis membuat intervensi sesuai dengan keadaan pasien yaitu perawatan demam dengan intervensi : pantau suhu dan TTV lainnya, tutup pasien dengan selimut atau pakaian yang ringan, dorong konsumsi pasien, kompres air hangat, dan lembabkan bibir dan mukosa yang kering. Monitor tanda-tanda vital dengan intervensi : monitor pola pernapasan, monitor keberadaan dan kualitas nadi, monitor tekanan darah, suhu dan status pernapasan dengan tepat.

D. Implementasi Keperawatan

Pada tahap ini penulis mengimplementasikan rencana yang disusun penulis sebelumnya. Rencana ini dapat terlaksana dengan baik selama 3 hari oleh karena tersedianya kerja sama yang baik dengan pasien, keluarga 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 nyeri berhubungan dengan agen cedera biologis. Hari pertama, kedua, dan ketiga masih dilanjutkan intervensi.

3. Pada diagnosa keperawatan ketiga yaitu hipertermi berhubungan dengan penyakit. Hari pertama dan kedua semua intervensi dilakukan, tetapi pada hari ketiga intervensi kaji tingkat hipertermi dan beri kompres hangat tidak dilakukan karena pasien tidak demam lagi.

E. Evaluasi Keperawatan

Tahap ini merupakan tahap akhir dari asuhan keperawatan, dari hasil evaluasi yang dirumuskan penulis selama melaksanakan proses keperawatan pada pasien selama 3 hari (23 – 25 maret 2018) 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 mengalami muntah setelah makan nasi, mukosa bibir lembab, tampak pasien minum air putih 500 cc, dan balance cairan +420 cc.
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik dengan hasil evaluasi hari terakhir yaitu masalah mulai teratasi. Hal ini ditandai dengan pasien mengatakan nyeri yang dirasakan sudah berkurang, pasien tampak lebih rileks, dan skala nyeri 2.
3. Hipertermia berhubungan dengan penyakit dengan hasil evaluasi hari terakhir yaitu masalah teratasi. Hal ini ditandai dengan pasien mengatakan tidak mengalami demam, dan suhu 37,3^{0}C.

BAB V
SIMPULAN DAN SARAN

Setelah membaca dan melakukan perawatan langsung pada Tn. “W” dengan *Dengue Haemorragic Fever* di ruang perawatan Bernadeth III A Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka penulis dapat menarik kesimpulan dan memberikan saran sebagai berikut :

A. Simpulan

1. Pada pengkajian penulis mendapatkan data-data sebagai berikut pasien demam sejak 4 hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit, suhu pasien $38{,}3^0$c, demam, sakit kepala, menggigil, nyeri ulu hati dengan skala 6 nyeri sedang disaat pasien merasa demam, mual muntah 3 kali dan nyeri timbul selama 5 menit. Tampak mukosa bibir kering dan dilakukan pemeriksaan rumple leed terdapat petekie pada lengan kiri. Hasil pemeriksaan laboratorium PLT 130.10^3 /mm^3.
2. Diagnosa keperawatan yang dirumuskan penulis yaitu : kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, nyeri berhubungan dengan agen cedera biologis, hipertermi berhubungan dengan penyakit. Perencanaan yang dibuat oleh penulis pada tinjauan kasus tidak jauh berbeda dengan tinjauan teoritis teori yang ada sesuai dengan kondisi pasien.
3. Intervensi yang dibuat penulis untuk mengatasi masalah pasien adalah sebagai berikut:
    a. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. Pada diagnosa ini, penulis membuat intervensi sesuai dengan keadaan pasien yaitu perawatan demam dengan intervensi : pantau suhu dan TTV lainnya, tutup pasien dengan selimut atau pakaian yang ringan, dorong konsumsi pasien, kompres air hangat, dan lembabkan bibir dan mukosa yang kering. Manajemen muntah dengan intervensi : kaji emesis terkait dengan warna, konsistensi, adanya darah, waktu, dan kekuatan emesis, ukur perkiraan volume emesis, anjurkan

pasien terkait dengan kebutuhan makanan, tawarkan makanan ringan yang padat, dan monitor asupan makanan. Manajemen cairan dengan intervensi : monitor status hidrasi (membrane mukosa lembab), tingkatkan asupan oral (air puith dan jus jambu biji), dan berikan cairan IV. Semua intervensi dilakukan oleh penulis dan diagnosa ini tidak memiliki kesenjangan antara teori dan kasus.

b. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis

   Pada diagnosa ini, penulis membuat intervensi sesuai dengan keadaan pasien yaitu manajemen nyeri dengan intervensi : lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan faktor pencetus, anjurkan teknik relaksasi tarik napas dalam, dukung istirahat tidur untuk membantu penurunan nyeri, dan pastikan perawatan analgesik bagi pasien dan pemantauan yang ketat. Manajemen obat dengan intervensi : tentukan obat apa yang diperlukan dan kelolah menurut resep dokter, monitor respon terhadap perubahan obat dengan cara yang tepat, dan berikan informasi penggunaan obat bebas dan bagaimana obat-obatan tersebut dapat mempengaruhi kondisi kesehatan saat ini. Pada diagnosis ini memiliki kesenjangan antara teori dan kasus.

c. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit

   Pada diagnosa ini, penulis membuat intervensi sesuai dengan keadaan pasien yaitu perawatan demam dengan intervensi : pantau suhu dan TTV lainnya, tutup pasien dengan selimut atau pakaian yang ringan, dorong konsumsi pasien, kompres air hangat, dan lembabkan bibir dan mukosa yang kering. Monitor tanda-tanda vital dengan intervensi : monitor pola pernapasan,

monitor keberadaan dan kualitas nadi, monitor tekanan darah, suhu dan status pernapasan dengan tepat.

4. Implementasi keperawatan. Dari semua intervensi yang penulis susun, semuanya dapat diimplementasikan karena adanya kerjasama dari pasien, pihak keluarga, perawat ruangan, dan teman-teman mahasiswa.
5. Evaluasi keperawatan yang diperoleh setelah 3 hari perawatan sebagai berikut: kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, nyeri berhubungan dengan agen cedera biologis, dan hipertermi berhubungan dengan proses penyakit semuanya dapat teratasi dengan baik

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka penulis melakukan beberapa saran :

1. Instansi Rumah Sakit

   Diharapkan agar pihak Rumah Sakit dan pelayanan kesehatan lainnya, agar meningkatkan upaya dalam memberantas penyakit DHF dengan menekankan pada upaya peningkatan pengetahuan dan pencegahan penyakit pada masyarakat khususnya penyakit menular DHF melakukan gerakan 4M (menguras, mengubur, menutup, dan memantau) untuk mencegah perkembangbiakan nyamuk penyebab penyakit DHF, yang dapat dilakukan secara berkala tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif
2. Institusi pendidikan

   Diharapkan agar tetap menjaga dan meningkatkan metode pembimbingan bagi seluruh mahasiswa yang praktek di Rumah Sakit agar supaya mahasiswa dapat meniru model professional keperawatan yang akan menghantar mahasiswa manjadi calon perawat yang professional dimasa sekarang dan yang akan datang
3. Pasien dan keluarga

Diharapkan agar lebih memperhatikan dan meningkatkan upaya pencegahan dari penyakit, dan pengobatan sejak dini, memperhatikan kebersihan rumah dan kesehatan lingkungan sekitar tempat tinggal, menjaga pola makan, istirahat yang cukup, sehingga kesehatan dapat tercapai dengan baik di lingkungan keluarga maupun masyarakat.