KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. "B" DENGAN DENGUE HAEMORAGIC FEVER (DHF) DI RUANG PERAWATAN BERNADETH 2 B RUMAH SAKITS TELLA MARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH :

AGUSTINUS AGUNG

E.1514401003

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

MAKASSAR

2018

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah dengan judul **" ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY "B" DENGAN DENGUE HAEMORAGIC FEVER (DHF) DI RUANG PERAWATAN BERNADETH 2 B RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR"** telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh :

Nama Mahasiswa : Agustinus Agung

NIM : E.1514401003

Disetujui Oleh :

Pembimbing I	Pembimbing II
(Rosmina Situngkir Ns, M.Kes)	(Yunita G. Madu. S.kep, Ns)
NIDN:	NIP:

Mengetahui

Bagian Akademik dan Kemahasiswaan

(Sr. Anita Sampe, JMJ,S.Kep., Ns, MAN)

NIDN : 0917107402

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

LEMBAR PENGESAHAN

PROGAM DIII KEPERAWATAN
STIK STELLA MARIS

Karya Tulis ini dengan judul **"ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. "B" DENGAN DENGUE HAEMORAGIC FEVER (DHF) DI RUANG PERAWATAN BERNADETH 2 RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR"** telah dipertanggungjawabkan dan telah diujikan di hadapan Tim Penguji yang dilaksanakan pada :

Hari/Tanggal	: Juma'at 08 Mei 2018
Pukul	: 13.15-14.00 Wita
Tempat	: Kampus STIK Stella Maris Makassar

TIM PENGUJI :

1. Martha Kadang Boro,S.Kep. Ns (.....)
2. Henny Pongantung,Ns.MSN. (.....)
3. Rosmina Situngkir, S,Kep.Ns.M,Kes (.....)

Mengetahui
Ketua STIK Stella Maris Makassar

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

-

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah dengan judul **"**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny."B" DENGAN DENGUE HEMORAGIC FEVER DI RUANG PERAWATAN ST. BERNADETH II B RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR"**.** Telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertahankan di depan penguji.

Diajukan Oleh :

Nama mahasiswa : Agustinus Agung

NIM : E1514401003

Disetujui Oleh :

Pembimbing I	Pembimbing II
(Rosmina Situngkir, S,Kep.Ns.M,Kes)	(Yunita Gabriela Madu,S, Kep.Ns)

Mengetahui

Wakil Ketua Bidang Akademik

(Henny Pongantung, Ns., MSN**)**

NIDN . 09121065

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

RIWAYAT HIDUP

1. Identitas Pribadi

Nama	: Agustinus Agung
Tempat, tanggal Lahir	: Laja 14 Agustus 1994
Jenis kelamin	: Laki-Laki
Agama	: Katolik
Alamat	: Jln. Cendrawasi Lr 06

2. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Fransiskus Laluk/ Yustina Jeria
Agama	: Katolik
Pekerjaan	: Petani/ IRT
Alamat	: Laja kec. Ruteng

3. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDI Laja	: 2003-2009
SMP Karya	: 2009-2012
SMK Elanus Ruteng	: 2012 – 2015
STIK Stella Maris (Program DIII Keperawatan)	: 2015 – 2018

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan judul *"*ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY "B" *DENGUE HEMORAGIC FEVER DI RUANG* St. BERNADETH IIB RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR" **.**

Adapun maksud dan tujuan dari penyusunan karya tulis ilmiah ini yaitu sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan studi Program DIII Keperawatan di STIK Stella Maris Makassar.

Dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini penulis telah banyak mendapat bimbingan dari berbagai pihak sehingga segala macam bentuk kesulitan yang ditemukan dapat diatasi dan dilalui dengan baik. Oleh karena itu perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Siprianus Abdu, S.Si.,S.Kep.,Ns.,M.Kes**.** Selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.
2. Henny Pongantung, Ns.,MSN selaku wakil ketua I Bidang Akademik STIK Stella Maris Makassar.
3. Rosdewi, S.Kp.,MSN. Selaku Wakil Ketua Bidang II Administrasi dan keuangan STIK Stella Maris Makassar.
4. Sr. Anita Sampe, JMJ.,Ns.,MAN selaku wakil ketua Bidang Kemahasiswaan STIK Stella Maris Makassar.
5. Mery Solon,Ns.,M.Kes selaku ketua program D III Akademik STIK Stella Maris Makassa
6. Yuanita Gabriela Madu, S,Kp, Ns dan Rosmina Situngkir, SKM, NS, M.Kes selaku pembimbing KTI
7. dr. Thomas Suharto, MMR. Selaku direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar

8. Ny. “N” dan Keluarga, yang telah bersedia bekerja sama dengan penulis dalam penyusunan karya tulis ini.
9. Terimakasih kepada keluarga besar saya : kedua orang tua saya,

   Bapak dan Ibu, saudara, tante, serta keluarga besar yang ada di Flores.
10. Buat pimpinan asrama dan Biara Siti Miriam, Sr. Margaretha Poluan, JMJ, Sr. Amabilis, JMJ serta semua Suster .
11. Buat orang terdekat khususnya sahabat-sahabat di asrama sitimiriam
12. Buat teman-teman mahasiswa/i program D III keperawatan angkatan 2015 STIK Stella Maris Makassar, khususnya teman-teman seperjuangan di ruang perawatan Bernadeth IIA (Yohanes, Gusti Indan, Sari, Serli, Ausebia).

Akhir kata harapan penulis semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi mahasiswa/i STIK Stella Maris Makassar dan bagi perawat khususnya dalam usaha meningkatan pelayanan kesehatan sesuai standar profesi. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat penulis harapkan untuk melengkapi kekurangan yang ada dalam karya tulis ilmiah ini.

Makasssar, Juni 2018

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR JUDUL.....

LEMBAR PERSETUJUAN i

LEMBAR PENGESAHAN..... ii

RIWAYAT HIDUP..... iii

KATA PENGANTAR..... iv

DAFTAR ISI vi

BAB I PENDAHULUAN 1

A. Latar Belakang 1

B. Tujuan Penulisan 3

C. Manfaat Penulisan 4

D. Metode Penulisan 5

E. Sistematika Penulisan 6

BAB II TINJAUAN TEORITIS..... 7

A. Konsep Dasar Medik 7

1. Pengertian 7
2. Fisiologi dan Komponen Sel – Sel Darah..... 7
3. Etiologi 11
4. Patofisiologi 13
5. Manisfestasi Klinik 14
6. Test Diagnostik 16
7. Penatalaksanaan Medik 17
8. Pencegahan 19
9. Kompilikasi 20

B.Konsep Asuhan Keperawatan 22

1. Pengkajian 22

2. Diagnosa Keperawatan 23
3. Perencanaan Keperawatan 24
4. Discharge Planning 27
C. Patoflowdiagram 33
BAB III TINJAUAN KASUS..... 29
A. Pengkajian 30
B. Analisa Data 49
C. Diagnosa Keperawatan 52
D. Rencana Keperawatan 53
E. Implementasi 59
F. Evaluasi 78
G. Daftar Obat..... 84
BAB IV PEMBAHASAN 87
BAB V PENUTUP..... 93
A. Kesimpulan 93
B. Saran 94
DAFTAR PUSTAKA

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

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 .

Menurut *World Health* Organisation (WHO) tahun 2014, Sebelum tahun 1970 hanya 9 negara yang mengalami wabah DHF dan sekarang menjadi penyakit endemik di lebih dari 100 negara diantaranya Afrika, Amerika, Mediterania Timur, Asia Tenggara dan Pasifik Barat, dimana angka tertinggi terdapat diAsia Tenggara, Amerika dan Pasifik Barat. Jumlah kasus diAsia Tenggara, Amerika dan Pasifik Barat telah melewati 1.2 juta kasus di tahun 2008 dan lebih dari 2.3 juta kasus di 2010.

Dengue Haemoragic Fever (DHF) banyak ditemukan di daerah tropis dan sub-tropis.Data dari seluruh dunia menunjukkan Asia menempati urutan pertama dalam jumlah penderita DHF setiap tahunnya. Sementara itu, terhitung sejak tahun 1968 hingga tahun 2009, *World Health Organization* (WHO) mencatat negara Indonesia sebagai Negara dengan kasus DHF tertinggi di Asia Tenggara.

Penyakit *Dengue Haemoragic Fever* (DHF) masih merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang utama di Indonesia. Jumlah penderita dan luas daerah penyebarannya semakin bertambah seiring dengan meningkatnya mobilitas dan kepadatan penduduk. Penyakit *Dengue Haemoragic Fever* (DHF) di Indonesia pertama kali ditemukan di kota Surabaya pada tahun 1968, dimana sebanyak 58

orang terinfeksi dan 24 orang diantaranya meninggal dunia (Angka Kematian (AK) : 41,3 %). Sejak saat itu, penyakit ini menyebar luas keseluruh Indonesia. (http://www.depkes.go.id)

Berdasarkan data medik Rs Stella Maris tercatat jumlah penderita DHF pada tahun 2015 sebanyak 502 pasien, dengan jumlah laki-laki sebanyak 242 pasien, dan perempuan sebanyak 260 pasien, dan 3 pasien meninggal. Pada tahun 2016 penderita DHF sebanyak 711 pasien dengan jumlah laki-laki sebanyak 349 pasien, sedangkan jumlah perempuan 362 pasien, dan 4 pasien yang meninggal . pada tahun 2017 jumlah penderita DHF sebanyak 329 pasien dengan jumlah laki-laki sebanyak 185 pasien sedangkan jumlah penderita DHT pada perempuan sebanyak 144 pasien dan di antarnya yang meninggal 2 orang pasien.

Jumlah kasus DHF fluktuatif setiap tahunnya. Data dari Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tular Vektor dan Zoonotik, Kemenkes RI, pada tahun 2014 jumlah penderita DHF mencapai 100.347 orang, dan 907 orang diantaranya meninggal. Pada tahun 2015 sebanyak 129.650 orang, dan 1.071 orang diantaranya meninggal, Sedangkan pada tahun 2016 sebanyak 202.314 orang dan 1.593 orang diantaranya meninggal. Meningkatnya jumlah kasus demam berdarah disebabkan karena semakin baiknya sarana transportasi penduduk, adanya pemukiman baru, kurangnya perilaku masyarakat terhadap pembersihan sarang nyamuk, serta terdapatnya vektor nyamuk hampir di seluruh pelosok tanah air. (Depkes, 2015)

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kota Makassar Kasus DHF di seluruh wilayah kerja Puskesmas Kota Makassar tahun2016 yaitu 248 dengan Angka Kesakitan /IR = 17,11 per 100.000 penduduk terdapat 2 orang diantaranya meninggal. Angka ini meningkat dibandingkan d engan tahun 2015 yaitu 142 kasus dengan Angka Kesakitan /IR = 10,08 per 100.000 penduduk terdapat 5 orang diantaranya meninggal. Tahun 2014 terdapat 139 kasus dengan Angka

Kesakitan /IR= 10,15 per 100.000 penduduk terdapat 2 orang diantaranya meninggal karena DHF.

Data di atas menunjukkan jumlah penderita DHF setiap tahunnya cenderung naik turun. Hal ini membutuhkan perhatian bagi kita semua, bukan saja oleh pemerintah tetapi juga kita sebagai tenaga kesehatan khususnya perawat .Dibutuhkan berbagai upaya seperti tindakan preventif dan promotif, mengenai pentingnya menjaga lingkungan tetap bersih dan sehat dan tindakan kuratif melalui upaya pengobatan sampai tuntas. Maka dari itu penulis tertarik untuk memaparkan masalah tersebut dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Dengue Haemoragic Fever.*

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

   Memperoleh gambaran dan pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan DHF di ruang perawatan St. Bernadeth Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

2. Tujuan Khusus

   Penulis dapat memperoleh pengalaman yang nyata dalam hal :

   a. Melakukan pengkajian dan menganalisa data pada pasien dengan *Dengue Haemoragic Fever (DHF).*

   b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan *Dengue Haemoragic Fever (DHF).*

   c. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan *Dengue Haemoragic Fever (DHF).*

   d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan *Dengue Haemoragic Fever (DHF).*

   e. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada pasien dengan *Dengue Haemoragic Fever (DHF).*

f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Dengue Haemoragic Fever (DHF).*

C. Manfaat Penulisan

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, diharapkan dapat memberikan manfaat bagi :

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

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

2. Bagi Institusi Pendidikan

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

3. Bagi Pasien dan Keluarga

   Menambah pengetahuan pasien dan keluarga tentang cara pencegahan dan penanganan awal dari DHF.

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 (DHF).*

D. Metode Penulisan

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini tentang asuhan keperawatan pada pasien gangguan Sistem Hematologi *Dengue Haemorragic Fever*, penulis menggunakan metode :

1. Studi Pustaka

   Dengan memperoleh informasi-informasi terbaru dari internet dengan berbagai situs, dan menggunakan bacaan buku-buku atau referensi yang berkaitan dengan karya tulis ini.

2. Studi Kasus

   Dengan menggunakan metode pendekatan proses asuhan keperawatan yang komprehensif meliputi pengkajian data, analisa data, penetapan diagnose keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

   Tekhnik pengumpulan data yang dilakukan adalah :

   a. Wawancara

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

   b. Observasi

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

   c. Data *MRO*

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

   d. PemeriksaanFisik

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

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: Tinjuan teori yang disusun dari berbagai topic yaitu konsep dasar medik yang terdiri dari pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, potofisiologi, manifestasiklinik, tesdiagnostik, penatalaksanaan medic dan komplikasi. Kemudian konsep dasar keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencaan 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, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.BAB IV Pembahasan kasus berisi tentang pembahasan kesenjangan data yang dapat dibandingkan melalui teori dengan pengamatan kasus pasien yang dirawat.BAB V sebagai akhir dari karya tulis ilmiah ini yaitu penutup yang berisi tentang uraian, kesimpulan dan saran bagi pihak-pihak yang terkait dengan penyusunan karya tulis ilmiah ini, dan terakhir DAFTAR PUSTAKA.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. KONSEP DASAR MEDIK

1. Pengertian

*Dengue Hemoragic Fever (*DHF) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus dengue dan ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes Aigypti*.(Padila.2013).

Dengue Haemoragic Fever (DHF) adalah suatu Infeksi arbovirus akut yang masuk ke dalam tubuh melalui gigitan nyamuk spesies *Aedes*. Penyakit ini sering menyerang anak, remaja, dan dewasa yang ditandai dengan demam akut berlangsung 2 – 7 hari, terjadi perdarahan dibawah kulit dengan trombosit menurun, sakit kepala, mual dan muntah, nyeri otot dan sendi. (Desmawati, 2013).

*Dengue Hemoragic Fever (*DHF) adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus dengue dengan manifestasi klinis demam,nyeri otot dan / atau nyeri sendi. (Hardhi Kusuma,2015)

Berdasarkan beberapa defenisi diatas maka dapat disimpulkan bahwa *Dengue Haemoragic Fever* (DHF) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh oleh virus yang masuk ke dalam tubuh penderita melalui gigitan *Nyamuk Aedes Aegypti.* Penyakit ini sering menyerang anak, remaja dan dewasa yang ditandai dengan demam akut berlangsung 2 – 7 hari, terjadi perdarahan dibawah kulit dengan trombosit menurun, sakit kepala, mual dan muntah, nyeri otot dan sendi.

2. Fisiologi dan Komponen Sel-Sel Darah

Darah adalah cairan di dalam pembuluh darah yang mempunyai fungsi transportasi oksigen, karbohidrat dan metabolik, mengatur keseimbangan asam dan basa, mengatur suhu tubuh

dengan cara konduksi (hantaran), membawa panas tubuh dari pusat produksi panas (hepar dan otot) untuk didistribusikan ke seluruh tubuh, pengaturan hormon dengan membawa dan menghantarkan dari kelenjar ke sasaran.

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

a. Sel –Sel Darah

1) Eritrosit (Sel Darah Merah)

Sel darah merah (eritrosit) merupakan cairan bikonkaf dengan diameter sekitar 7 mikron. Bikonkavitas memungkinkan gerakan oksigen masuk dan keluar sel secara cepat dengan jarak yang pendek antara membran dan inti sel. Warnanya kuning kemerahan karena di dalamnya mengandung suatu zat yang disebut hemoglobin. Sel darah merah tidak memiliki inti sel, mitokondria dan ribosom serta tidak dapat bergerak. Terdapat sekitar 300 molekul hemoglobin dalam setiap sel darah merah. Hemoglobin berfungsi untuk mengikat oksigen, satu gram hemoglobin akan bergabung dengan 1,34 ml oksigen. Oksihemoglobin merupakan hemoglobin yang berkombinasi/berikatan dengan oksigen.

Fungsinya mengikat O_2 dari paru-paru untuk diedarkan ke seluruh jaringan 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 ($Hb + O_2 \rightarrow 4\ Hb\text{-}O_2$) jadi O_2 diangkat dari seluruh tubuh. Sebagai oksihemoglobin yang nantinya setelah tiba di jaringan, akan dilepaskan: $Hb - O_2 \rightarrow Hb + O_2$, dan seterusnya Hb tadi akan mengikat dan bersenyawa dengan Co_2 dan disebut karbondioksida hemoglobin ($Hb + Co_2 \rightarrow Hb – Co_2$) yang mana Co_2 tersebut akan dilepaskan di paru-paru.

Tempat pembuatannya: sel darah merah didalam tubuh dibuat didalam sum-sum tulang, limfa dan hati yang kemudian akan beredar didalam 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 di dalam 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)

Sel darah putih dibagi dalam dua kategori, granulosit dan sel mononuklear (agranulosit). Dalam darah normal, jumlah total leukosit adalah 5.000 sampai 10.000/mm^3. Sekitar 60% di antaranya adalah granulosit dan 40% sel mononuklear (Agranulosit). Bentuknya dapat berubah-ubah dan dapat bergerak dengan perantaan kaki palsu (pseudopodia), mempunyai bermacam-macam inti sel, sehingga ia dapat dibedakan menurut inti selnya serta warnanya bening (tidak berwarna).

Fungsi sel darah putih

a) Sebagai serdadu tubuh, yaitu membunuh dan memakan bibit penyakit/bakteri yang masuk ke dalam tubuh jaringan RES (Sistem Retikulo Endotel)
b) Sebagai pengangkut, yaitu mengangkut atau membawa zat lemak dari dinding usus melalui limpa terus ke pembuluh darah.

Leukosit terdiri dari dua kategori yaitu yang bergranulosit dan yang agranulosit.

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

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

3) Trombosit (Sel Pembeku)

Trombosit merupakan partikel kecil, berdiameter 2 sampai 4 μm, yang terdapat dalam sirkulasi plasma darah. karena dapat mengalami disintegrasi cepat dan mudah jumlahnya selalu berubah antara 150.000 dan 450.000/mm^3, tergantung jumlah yang dihasilkan, bagaimana digunakan dan kecepatan kerusakan. Dibentuk oleh fragmentasi sel raksasa sum-sum tulang yang disebut megakarosit. Produksi tombosit diatur oleh trombopoetin. Normal trombosit pada orang dewasa 150.000 – 450.000/mm^3.

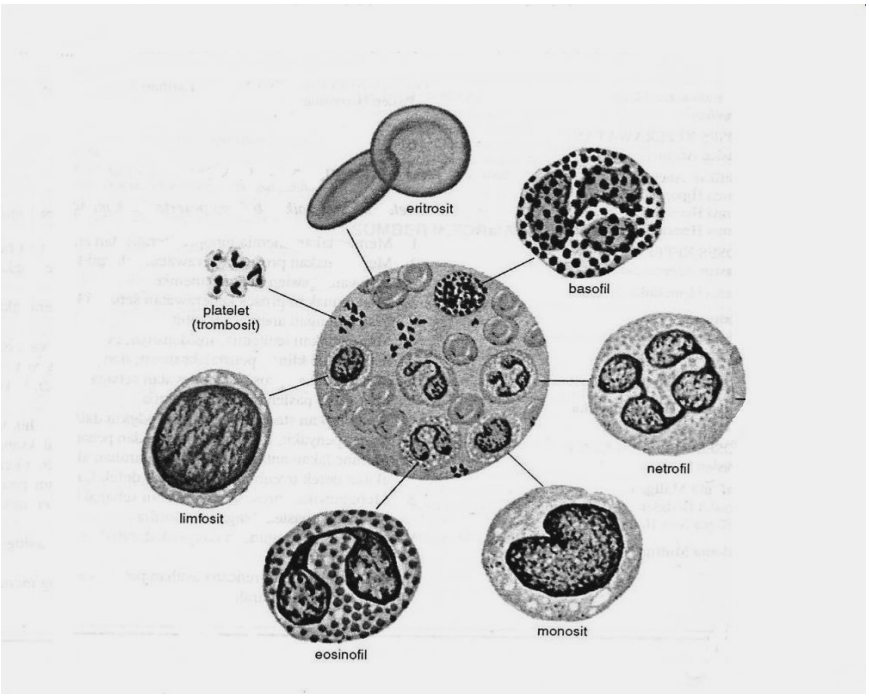
Trombosit berperan penting dalam pembentukan bekuan darah. Tombosit dalam keadaan normal bersikulasi ke seluruh tubuh melalui aliran darah. Namun dalam beberapa detik setelah kerusakan suatu pembuluh, trombosit tertarik ke daerah tersebut sebagai respons terhadap kolagen yang terpajan di lapisan subendotel pembuluh. Trombosit melekat ke permukaan yang rusak dan mengeluarkan beberapa zat (serotonin dan histamine) yang menyebabkan terjadinya vasokontriksi pembuluh. Fungsi lain dari trombosit yaitu untuk mengubah bentuk dan kualitas setelah berikatan dengan pembuluh yang cedera. Trombosit akan menjadi lengket dan menggumpal bersama membentuk sumbat trombosit yang secara efektif menambal daerah yang luka.

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.

Adapun komponen sel- sel darah dapat di lihat pada gambar di bawah ini



Keterangan Gambar : Keping-keping Darah

3. Etiologi

Di Indonesia yang paling banyak sebagai vektor virus dengue adalah *Aedes Aegypti* dan *Aedes Albopictus*.

a. Aedes Aegypti

Merupakan species nyamuk suka beristirahat ditempat yang gelap, lembab dan tersembunyi di dalam rumah atau bangunan, termasuk di tempat kamar tidur, kamar mandi dan lain-lain, nyamuk ini mempunyai kebiasaan mencari makan (menghisap manusia untuk dihisap darahnya) sepanjang hari terutama antara jam 08.00 - 13.00 dan antara jam 15.00 -

17.00, jarak terbang spontan nyamuk betina jenis ini terbatas sekitar 30 - 50 meter per hari.

Jarak terbang jauh biasanya terjadi secara pasif melalui semua jenis kendaraan termasuk kereta api, kapal laut dan pesawat udara, dan cara pasif inilah *Dengue Haemoragic Fever* (DHF) menyebar keseluruh provinsi di Indonesia bahkan menyebar dari suatu negara ke negara lain. Telur Aedes Aegypti mampu bertahan hidup dalam keadaan kering selama beberapa bulan.

b. Aedes Albopictus

Merupakan nyamuk kebun yang memperoleh makanan dengan cara menggigit dan menghisap darah dari berbagai jenis binatang, berkembangbiak didalam lubang-lubang pohon, lekukan tanaman, potongan batang bambu dan buah kelapa yang terbuka. Larva atau bentuk imatur nyamuk jenis ini mempunyai habitat hidup dalam genangan air dalam kaleng, tempat penampungan lain termasuk timbunan sampah di udara terbuka. Habitat larva yang semacam itu menyebabkan spesies ini banyak dijumpai di daearah pedesaan, pinggiran kota dan taman-taman kota.Daya terbang nyamuk dewasa betina jenis ini berkisar antara 400-600 meter, namun disisi lain kebiasaan nyamuk jenis ini dalam mencari makan, memungkinkan spesies ini mentrasmisikan Virus dengue dari kera ke manusia dan sebaliknya. Telur aedes albopictus resisten terhadap pengawetan melalui proses pengeringan dalam waktu beberapa bulan.

Di Indonesia, virus dengue tersebut 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.

4. Patofisiologi

Virus Dengue masuk ke dalam tubuh melalui gigitan nyamuk *Aedes Aegypti / Albopictus*, yang akan mengakibatkan terjadinya viremia melalui refleksi 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 (kompelks virus antibody) yang tinggi, yang akan mengaktivasi sitem komplemen, yang berakibat dilepaskannya anafilatoksin 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.

Terjadinya dilatasi pembuluh darah, mengakibatkan peningkatan permeabilitas kapiler dinding pembuluh darah, yang selanjutnya dapat menimbulkan dua hal yaitu volume plasma menurun dan hematocrit meningkat maka terjadilah trombositopenia. Trombositopenia terjadi akibat penurunan produksi trombosit oleh sum – sum tulang (meningkatnya megakarosit dalam sum-sum tulang dan pendeknya masa hidup trombosit), peningkatan destruksi di RES(Reticulo Endotelial Sistem), peningkatan pemakaian destruksi trombosit diperifer dan agregasi trombosit akibat endotel yang rusak. Akibat dari semuanya itu terjadilah penurunan pembekuan darah sehingga terjadi perdarahan yang terjadi pada bagian CIS dan CES dan

mengakibatkan trasport asam basa menurun. Terjadinya kebocoran plasma ke ruang intravaskuler ternyata menimbulkan terjadinya penurunan tekanan pengisian sirkulasi darah yang mengakibatkan penurunan aliran balik vena dan curah jantung menurun sehingga terjadilah syok hipovalemic, dan apabila terjadi secara terus menerus akan menyebabkan kematian. Selain penurunan tekanan pengisian sirkulasi darah, hal lain dapat pula terjadi, dimana terjadinya perembesaran plasma pada daerah GI.

Pada daerah GI dapat terjadi hepatomegali dikarenakan adanya peningkatan cairan plasma dalam hepar melalui sistem vena porta, dan dapat pula terjadi penurunan produksi ATP karena terjadinya peningkatan asam lambung yang mengakibatkan sekresi lambung bersifat sangat asam, sehingga terjadi rangsangan mual-muntah yang menimbulkan suplai nutrisi menurun dan proses metabolisme menurun. Hal lain dapat pula terjadi pada daerah lambung yaitu asidosis metabolik karena hilangnya bikarbonat melalui adanya muntah yang sangat berlebihan dan terjadinya secara terus menerus.

5. Manifestasi Klinik

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

a. Demam yang berlangsung 2 - 7 hari.
b. Perdarahan terutama perdarahan 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 rejatan (sianosis, kulit lembab dan dingin, tekanan darah menurun, gelisah, capillary refilly lebih dari 2 detik, nadi cepat dan lemah).

Sedangkan kriteria diagnosis menurut WHO tahun 1997

1. Kriteria klinis
   a. Demam tinggi mendadak tanpa sebab yang jelas dan berlangsung terus – menerus 2 – 7 hari
   b. Terdapat manifestasi perdarahan
   c. Pembesaran hati
   d. Syok
2. Kriteria laboratorium
   a. Trombositopenia (PLT < 150.000/mm^3)
   b. Hemokonsentrasi (HCT meningkat >20 %)

   Seorang pasien dinyatakan menderita penyakit *Dengue Haemoragic Fever* (DHF) bila terdapat minimal 2 gejala klinis yang positif dan 1 hasil laboratorium yang positif. Bila gejala dan tanda tersebut kurang dari ketentuan di atas maka pasien dinyatakan menderita demam dengue.

Gambaran klinis dari *Dengue Haemoragic fever* (DHF) ini sangat bervariasi, mulai dari ringan *Dengue Fever*(DF) sampai yang berat *Dengue Haemoragic Fever* (DHF). WHO (1986) mengklasifikasikan *Dengue Haemoragic Fever* (DHF) menurut derajat penyakitnya menjadi 4 golongan

a. Derajat I

   Demam disertai gejala klinis lain, tanpa pendarahan 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

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

d. Derajat IV

Disebut juga DSS (Dengue Shock Syndrom). Pada tingkatan ini pasien sudah dalam keadaan shock, tekanan darah tidak terdengar dan nadi tidak teraba

6. Tes Diagnostik

Walaupun tanda dan gejala telah muncul pada penderita *Dengue Haemoragic Fever* (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. Dilakukan negatif bila tidak ada butir-butir merah (peteqie).

b. Hasil laboratorium terdiri dari :

1) Hematokrit (HCT) meningkat lebih dari 20 %
Normalnya : Laki-laki : 40 - 54 %
Perempuan : 36 - 46 %

2) Trombosit (PLT) menurun < 150 .000/mm^3
Normalnya : 150.000 - 450.000 /mm^3

3) Leukosit menurun pada hari kedua dan ketiga
Normalnya : 4500 - 10.000 /UI

4) Hemoglobin (HGB) menurun jika terjadi perdarahan yang hebat. Normalnya : Laki-laki : 13,5 - 18 g/dL
Perempuan : 12 - 16 g/dL

5) Pada pemerilsaan kimia darah terdapat hiponatremia, Hipopreteinemia

c. Pemeriksaan Dengue Blood (metode Rapid)

Untuk melihat anti body IgG dan IgM. pemeriksaan IgG itu untuk melihat infeksi pertama kalinya pasien terkena *Dengue Haemoragic Fever* (DHF). Pemeriksaan IgM itu untuk melihat infeksi kedua kalinya pasien terkena *Dengue Haemoragic Fever* (DHF)

d. Pemeriksaan CT Scan :

1) Hepar: Menunjukkan adanya pembesaran lobus hepar (Hepatomegali).
2) Limfa : Menunjukkan adanya pembesaran limfa (Splenomegali).

7. Penatalaksaan Medik

1. Penatalaksanaan Medik

Pada penderita DHF sebaiknya dirawat di kamar yang bebas nyamuk (berkelambu) untuk mencegah penyebarannya. Perawatan diberkan sesuai dengan masalah yang ada pada penderita sesuai dengan beratnya penyakit.Berikut ini dijabarkan cara penatalaksanaan pasien DHF berdasarkan derajat penyakitnya.

a. Derajat I

Terdapat gangguan kebutuhan nutrisi dan elektrolit karena adanya muntah dan anorexia. Gangguan rasa nyaman karena demam, nyeri epigastrium . Perawatan pada

derajat ini adalah istirahat baring dan makan-makanan yang lunak.

Bila belum ada nafsu makan di anjurkan minum air yang banyak 1,5-2 liter/hari (susu, teh, syrup dan sebagainya). Selain itu juga dilakukan:

1) Kompres dingin
2) Memantau keadaan umum, suhu, tensi, nadi dan perdarahan
3) Periksa Hb, Hct dan trombosit
4) Berikan obat antipiretik dan antibiotik bila di kuatirkan akan terjadi infeksi sekunder

b. Derajat II

Peningkatan kerja jantung karena adanya *epitaksis, melena* dan *hematemesis*. Perawatan pada derajat ini yaitu:

1) Bila terjadi *epitaksis*, darah di bersihkan 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 intruksi 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_2karena kerja jantung menurun, penderita *pre-shok* dan *shok*. Perawatan pada derajat ini yaitu:

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) Di pasang 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 di catat 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

8. Pencegahan

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 3M 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.

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.

9. Komplikasi

Adapun komplikasi yang dapat disebabkan oleh penyakit *Dengue Haemoragic Fever (*DHF) yaitu:

a. Anoxia Jaringan

   Anoxia jaringan dapat terjadi karena adanya Peningkatan permeabilitas kapiler dinding pembuluh darah, maka volume plasma menurun, dan Ht meningkat sehingga terjadi trombositopenia yang mengakibatkan perdarahan, dan saat terjadi perdarahan secara langsung Hb menurun sehingga darah tidak mampu mengikat O_2 sehingga terjadi anoxia jaringan.

b. Hepatomegali

   Hepatomagali dapat disebabkan terjadi kebocoran plasma keruang intravaskuler yang mengakibatkan plasma merembes ke hepar melalui sistem vena porta sehingga terjadi peningkatan cairan plasma dalam hepar.

c. Efusi Pleura

   Efusi pleura disebabkan karena adanya bendungan cairan plasma dirongga pleura saat terjadinya kebocoran cairan plasma ke ruang interstitial yang merembes ke rongga pleura

dan dapat juga disebabkan karena pemberian terapi cairan yang berlebihan.

d. Asidosis Metabolik

Asidosis metabolik terjadi karena hilangnya bikarbonat saat terjadinya muntah yang berlebihan secara terus menerus.

e. Syok Hipovolemik

Karena terjadinya kebocoran plasma keruang intravaskuler mengakibatkan penurunan tekanan pengisian sirkulasi darah penurunan aliran balik vena dan curah jantung menurun, maka terjadi syok hipovolemik.

B. KONSEP DASAR KEPERAWATAN

1. Pengkajian

a. Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

Lingkungan tempat tinggal kurang baik, tidur tidak memakai kelambu, dan pemeliharaan kebersihan diri kurang. Tampak lingkungan di sekitar rumah kotor

b. Pola Nutrisi dan Metabolik :

Penurunan nafsu makan, kesulitan menelan, mual dan muntah, dyspepsia, anorexia. Membran mukosa bibir kering, penurunan BB, pucat, turgor kulit kering, nyeri ulu hati, perdarahan pada gusi.

c. Pola Eliminasi :

Sering buang air kecil, penurunan haluaran urine, hematemesis, feses darah segar, diare, melena, konstipasi.

Distensi abdomen, hiperperistaltik usus, perubahan warna urine dan feces.

d. Pola Aktivitas dan Latihan :

Kelelahan, keletihan, malaise umum, penurunan semangat untuk bekerja, sakit kepala, pegal seluruh tubuh, dan demam.

Lesu, kurang tertarik pada keadaan sekitarnya, kelemahan otot, penurunan kekuatan, keletihan, nyeri otot /persendian / punggung, epitaksis, ekimosis, dan keringat dingin.

e. Pola Tidur dan Istirahat

Keletihan, malaise, insomnia, gelisah. palpebra tampak gelap,konjungtiva anemik.

f. Pola Persepsi Kognitif
kemampuan
mengingat masa lalu dan identitas diri pasien tidak ada
Mengalami gangguan penginderaan.

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri
Mudah marah, frustasi dengan penyakit.
Ansietas, dan fokus pada diri sendiri.

h. Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama
Ketidakmampuan aktif dalam sosial, perasaan isolasi.
Diam, rasa tidak percaya.

i. Pola Reproduksi dan Seksualitas
Selama pasien sakit tidak ada masalah terhadap alat reproduksi dan akan terjadi Penurunan libido atau gairah seks menurun

j. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stress Nyeri abdomen, sakit kepala, gelisah, nyeri tulang/sendi. Perilaku berhati-hati, gelisah, fokus pada diri sendiri.

k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan
Selama paien masih dalam keadaran penuh pasti akan tetap berusaha dan berdoa supaya penyakit yang di derita dapat sembuh dan pulih kembali

2. Diagnosa Keperawatan

Adanya Diagnosa Keperawatan yang dapat diangkat dari penyakit *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) yaitu :

a. Hipertermi b/d penyakit

b. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kekurangan volume cairan aktif
c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d faktor biologis (mual, muntah dan anorexia)
d. Intoleransi aktivitas b/d kelemahan fisik
e. Defisiensi pengetahuan b/d tidak kuang sumber informasi

3. Perencanaan Keperawatan

a. Hipertermi berhubungan dengan penyakit

NOC (*Nursing Outcomes Classifications*) :

1. Termoregulasi
2. Tanda – tanda vital

NIC (*Nursing* Interventions *Classifications*)

1. Pengaturan suhu
2. Pengaturan hemodinamik
3. Manajemen cairan
4. Manajemen pengobatan
5. Pencegahan kejang
6. Aplikasi panas/dingin

b. Kekurangan volume cairan b/d kehilangan cairan aktif

NOC (*Nursing Outcomes Classifications*) :

1. Keseimbangan cairan
2. Status Hidrasi

NIC (*Nursing Interventions Classifications*)

1. Manajemen cairan
2. Manajemen Hipovolemi
3. Manajemen Syok
4. Manajemen pengobatan

c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan b/d faktor biologis

NOC (*Nursing Outcomes Classifications*) :

1. Status nutrisi : Asupan makanan dan cairan
2. Nafsu makan
3. Tingkat nyeri
4. Kesehatan mulut
5. Berat badan: Massa tubuh

NIC (*Nursing* Interventions *Classifications*):

1. Manajemen nutrisi
2. Manajemen cairan
3. Manajemen berat badan
4. Manajemen pengobatan

d. Defisiensi pengetahuan b/d kurang sumber informasi

NOC (*Nursing Outcomes Classifications*) :

1) Pengetahuan Manajemen Penyakit Akut
   a) Tanda dan gejala penyakit dipertahankan pada skala 2 (pengetahuan terbatas) ditingkatkan ke skala 3 (pengetahuan sedang)
   b) Tanda dan gejala komplikasi dipertahankan pada skala 2 (pengetahuan terbatas) ditingkatkan ke skala 3 (pengetahuan sedang)
   c) Efek terapi obat dipertahankan pada skala 2 (pengetahuan terbatas) ditingkatkan ke skala 3 (pengetahuan sedang)

NIC :

1) Pendidikan Kesehatan
   a) Identifikasi faktor internal atau eksternal yang dapat meningkatkan atau mengurangi motivasi untuk berperilaku sehat
   b) Tentukan pengetahuan kesehatan dan gaya hidup perilaku saat ini pada individu, keluarga, atau kelompok
   c) Rumuskan tujuan dalam program pendidikan kesehatan tersebut.

d) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk menolak perilaku yang tidak sehat atau beresiko daripada memberikan saran untuk menghindari atau mengubah perilaku

2) Pengajaran proses penyakit

a) Kaji tingkat pengetahuan pasien terkait dengan proses penyakit spesifik

b) Kenali pengetahuan pasien mengenai kondisinya

c) Jelaskan tanda dan gejala yang umum dari penyakit, sesuai kebutuhan

d) Identifikasi perubahan kondisi fisik pasien

e) Berikan informasi kepada keluaraga mengenai perkembangan pasien

f) Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi dimasa yang akan datang.

g) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik.

NOC :

1) Toleransi terhadap aktivitas hasil kriteria :

a) frekuensi nadi ketika beraktivitas dipertahankan pada sakal 3 (cukup terganggu) di tingkatkan ke skala 4 (sedikit terganggu)

b) kemudahan bernapas ketika beraktivitas di pertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) di tigkatkan ke skala 4 (sedikit terganggu)

NIC :

1) Manajemen Energi

a) Kaji status fisiologi pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan
b) Anjurkan pasien mengungkapkan perasaan secara perbal mengenai keterbatasan yang di alami
c) Pilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis, dengan tepat.
d) Monitor intake/ asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energy yang adekuat
e) Ajarkan pasien mengenai pengelolahan kegiatan dan teknik manajemen waktu utnuk mencegah kelelahan
f) Anjurkan pasien untuk memilih aktivitas-aktivitas yang membangun ketahanan.

4. Dischange 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 *Dengue Haemoragic Fever* (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 *Dengue Haemoragic Fever* (DHF) adalah malathion

untuk membunuh nyamuk dewasa dan temphos (abate) untuk membunuh jentik.

2) Tanpa insektisida

Cara adalah :

(a) Menguras bak mandi, tempayan dan tempat penampungan air minimal 1 x seminggu (perkembangan 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.

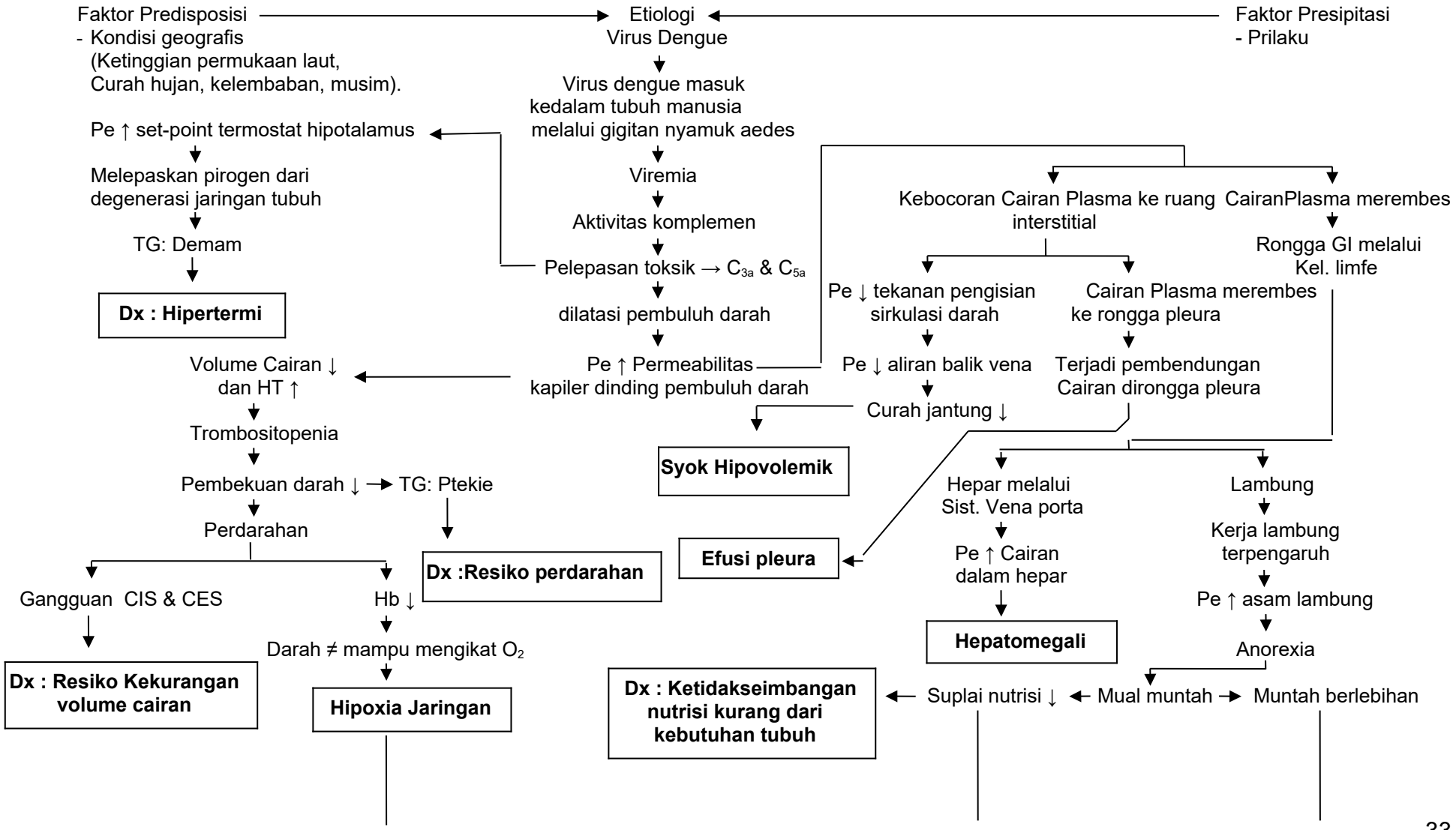
d. Memberikan informasi, bahwa jika tidur sebaiknya menggunakan kelambu untuk mencegah gigitan nyamuk Aedes.

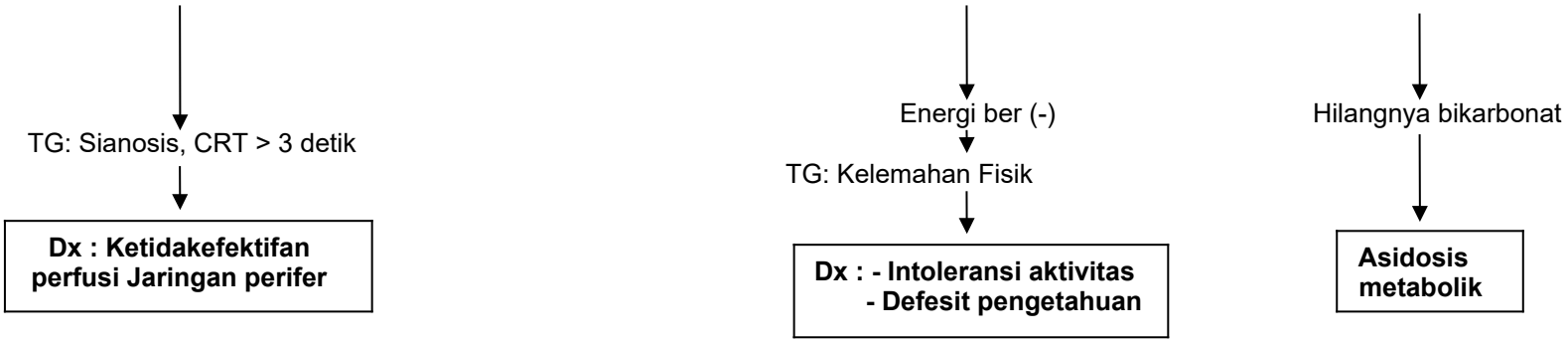
e. Berikan informasi yang berkaitan dengan nyamuk demam berdarah misalnya : warna bulu dan badan nyamuk.

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 *Dengue Haemoragic Fever* (DHF).

C. Patoflowdiagram




TG: Sianosis, CRT > 3 detik
Dx : Ketidakefektifan perfusi Jaringan perifer
Energi ber (-)
TG: Kelemahan Fisik
Dx : - Intoleransi aktivitas
- Defesit pengetahuan
Hilangnya bikarbonat
Asidosis metabolik

BAB III
PENGAMATAN KASUS

Pasien Nn ‘’B’’ masuk Rumah Sakit Stella Maris di Ruangan St. Bernadeth II.B dengan diagnosa medik DHF (Dengue Hemoragic Fever). keluhan utama yang membawah pasien masuk Rumah Sakit Demam sejak 2 hari yang lalu. Pada saat pengkajian pada tanggal 26/04/2018 di dapatkan keluhan utama : demam sejak 2 hari yang lalu, pasien mengatakan demam yang di rasakan naik turun pada sore hari di sertai mual, muntah, sakit kepala, nyeri uluhati disertai kurang nafsu makan. Saat pengkajian pasien mengatakan demamnya masih naik turun, mual, muntah 3-4 x berupa cairan dan sedikit makanan, sakit kepala, kurang nafsu makan. Pada saat pengkajian didapatkan pasien merasa nyeri pada ulu hati, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk selama ± 15 menit, pasien mengatakan nyeri muncul secara tiba-tiba, dengan skala nyeri 6, tampak pasien meringis, kulit teraba hangat. Tampak pasien berbaring lemas di atas tempat tidur dengan posisi terlentang, tampak ptekie pada kedua lengan, tampak ekspresi wajah pasien meringis.mukosa bibir tampak kering. Hasil pemeriksaan Tanda-tanda Vital di dapat hasil : TD:110/70 mmHg , Nadi: 80x/m, pernapasan: 18x/m, Suhu : 38 ^{0}c. Terapi yang didapat di rumah sakit mendapatkan terapi Ranitidin 1 ampl IV/bolus , Novaldo 1 ampl/12 jam drips, Omeperazole 1 fl/12 jam/ iv/bolus. Pemeriksaan diagnostik yang di lakukan pada pasien ANTI DENGUE IgG, IgM Anti Dengue positif (+).

Berdasarkan data diatas, penulis mengangkat tiga diagnosa keperawatan diatas yang diproritaskan yaitu : Hipertermi berhubungan dengan penyakit, Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis, Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kekurangan volume cairan aktif. Setelah di berikan implementasi semua masalah belum teratasi sepenuhnya.

A. KAJIAN KEPERAWATAN

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji : Agustinus Agung	NIM :E1514401003

Unit : Bernadeth II B
Kamar : 717
Tanggal Masuk RS : 25/04/18
Tanggal Pengkajian : 26/04/18

Autoanamnese : √
Alloanamnese : √

1. Identitas
   a. Pasien
      Nama initial : Nn.”B”
      Umur : 18 tahun
      Jenis kelamin : Perempuan
      Status perkawinan : Belum menikah
      Jumlah anak : -
      Agama/ suku : Islam/Makassar
      Warga Negara : Indonesia
      Bahasa yang di gunakan : Indonesia
      Pendidikan : SMA
      Pekerjaan : Pelajar
      Alamat rumah : Jl. Mawang
   b. Penanggung jawab
      Nama : Ny “ s”
      Umur : 40 tahun
      Alamat : Jl. Mawang
2. Data medik
   Diagnosa Medik
   Saat Masuk : Demam Thypoid/ Susp DBD
   Saat Pengkajian : DBD (Demam Berdarah Dengue) Grade II

3. Keadaan Umum

a. Keadaan Sakit

Pasien Tampak Sakit Ringan / Sedang / Berat / Tidak Tampak Sakit

Alasan : tampak pasien terpasang infus RL. 500 cc / 20 tetes/menit di tangan kiri, pasien berbaring lemas di atas tempat tidur dengan posisi terlentang, tampak ptekie pada kedua lengan, tampak ekspresi wajah pasien meringis.

b. Tanda-Tanda Vital

1) Kesadaran (Kualitatif) : Compos Mentis

Skala koma (kuantitatif)

a) Respon Motorik : 6

b) Respon Bicara : 5

c) Respon Membuka Mata : 4

Jumlah : 15

Kesimpulan : Pasien tidak koma

2) Tekanan darah : 100/70 mmHg

MAP : 4.66 mmHg

Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai

3) Suhu : 38.5 °c di Oral ☐ a ☑

4) Pernapasana 18×/menit

Irama : ☑ Teratur ☐ Bradipnea ☐ Takipnea

☐ Kusmaul ☐ Cheynesstokes

Jenis : ☑ Dada ☐ Perut

5) Nadi : 80x/menit

Irama : ☑ Teratur ☐ Bradikardi ☐ Takikardi

☐ Kuat ☐ Lemah

c. Pengukuran

1) Lingkar Lengan Atas :

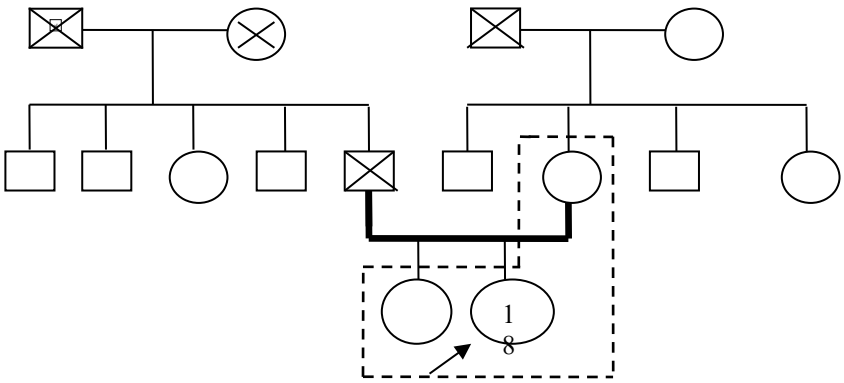
2) Tinggi Badan : 164 cm

3) Berat Badan : 61 kg

4) IMT (Indekx Masa Tubuh): 22,6 kg/m^2

Kesimpulan : Berta Badan Ideal

d. Genogram



Keterangan :

: Laki-laki Normal

: Perempuan Normal

: Meninggal

: Sudah Menikah

--------- : Tinggal Serumah

: Menunjukkan Pasien

4. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola Persepsi Kesehatan Dan Pemeliharaan Kesehatan

1. Keadaan Sebelum Sakit

Pasien mengatakan bahwa kesehatan adalah hal yang sangat penting sehingga harus di jaga. Pasien mengatakan sering sakit flu, batuk, demam, dan selalu membeli obat di apotik terdekat. Pasien mengatakan jarang sarapan pagi sebelum berangkat ke sekolah dan sering jajan di sembarang seperti bakso. Pasien mengatakan di lingkungan tempat tinggal sangat kotor karena di depan rumah tergenang air got, namun pasien

jarang membersihkan. Pasien juga mengatakan sering mengantung banyak baju di rumah terlebih di kamar pasien.

2. Riwayat penyakit saat ini :
   a) Keluhan Utama : Demam
   b) Riwayat keluhan utama

      Pasien mengatakan demam yang di rasakan sejak 2 hari yang lalu, pasien mengatakan demam yang di rasakan naik turun pada sore hari di sertai mual, muntah, sakit kepala, nyeri uluhati disertai kurang nafsu makan. Saat pengkajian pasien mengatakan sebelum di bawa ke rumah sakit pasien mengkonsumi obat sanmol tablet tetapi demam tidak turun, sehingga keluarga memutuskan untuk membawa ke RS Stella Maris pada tanggal 25/04/18. Saat pengkajian pasien mengatakan demamnya masih naik turun, mual, muntah 3-4 x berupa cairan dan sedikit makanan, sakit kepala, kurang nafsu makan. Pada saat pengkajian didapatkan pasien merasa nyeri pada ulu hati, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk selama ± 15 menit, pasien mengatakan nyeri muncul secara tiba-tiba, dengan skala nyeri 6, tampak pasien meringis, kulit teraba hangat dan tampak ptekie di kedua lengan pasien.

3. Riwayat penyakit yang pernah di alami :

   Pasien mengatakan tidak ada penyakit yang pernah di alami seperti sekarang.

4. Riwayat kesehatan keluarga:

   Pasien mengatakan di dalam keluarga tidak ada riwayat penyakit keturunan seperti DM dan hipertensi. Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang pernah mengalami penyakit yang di deritanya sekarang.

5. Pemeriksaan fisik :
   a) Kebersihan Rambut : Tampak Bersih

b) Kulit Kepala : Tampak Bersih
c) Kebersihan Kulit : Tampak Bersih
d) Higiene Rongga Mulut : Tampak Bersih
e) Kebersihan Genitalia : Tidak di Kaji
f) Kebersihan Anus : Tidak di Kaji

b. Pola Nutrisi Dan Metabolik

1. Keadaan Sebelum Sakit

   Pasien mengatakan sebelum sakit makan 3 kali sehari dengan menu nasi, ikan, tempe, sayur, sesekali makan buah-buahan dan minum air putih 6-8 gelas. Pasien mengatakan biasanya pasien sering terlambat makan dan pasien lebih suka makan bakso dan biasanya mengkonsumsi bakso 2 kali dalam sehari

2. Keadaan Sejak Sakit:

   Pasien mengatakan sejak sakit pasien makan 3 kali sehari dengan jenis makan bubur, ikan, sayur, dan tempe dan pasien mengatakan tidak ada nafsu makan. Pasien mengatakan dari 1 porsi makanan yang di berikan pasien hanya mampu makan ½ porsi saja karena mulut terasa pahit di sertai mual dan muntah 3-4 kali setiap kali makan ± 650 cc dalam sehari. Pasien mengatakan malas minum air putih , pasien hanya minum 2-3 gelas ±750 cc saja sehari dan pasien berkeringat banyak.

3. Observasi :

   Tampak pasien hanya menghabiskan ½ porsi makanan dari 1 porsi yang di sediakan dari rumah sakit. Tampak pasien mual, tampak pasien muntah 1 kali sekitar 100 cc, tampak badan pasien teraba hangat, tampak ptekie di kedua lengan pasien, tampak pasien berkeringat banyak, tampak terpasang infus RL 500 cc dengan faktor tetes 20 tts/menit botol ke empat total cairan infus RL yang masuk sampai saat pengkajian 1500 cc

4. Pemeriksaan fisik :
   a) Keadaan Rambut : Tampak bersih dan berwarna hitam
   b) Hidrasi Kulit : Finger print kembali dalam 4 detik
   c) Palpebra/Conjungtival : Tidak anemis
   d) Sclera : Tampak Sclera Tidak Ikterik
   e) Hidung :Tampak septum berada ditengah dan tidak ada sekret
   f) Rongga Mulut : Tampak Bersih
   g) Gusi : Tidak Ada Peradangan
   h) Gigi : Tampak Berwarna Putih
   i) Gigi Palsu : Tidak Ada
   j) Kemampuan mengunyah keras : Pasien mampu mengunyah makanan yang keras
   k) Lidah : Tampak lidah berwarna putih
   l) Pharing :Tidak ada pembesaran pharing
   m) Kelenjar getah bening : Tidak teraba adanya pembesaran
   n) Kelenjar parotis : Tidak teraba adanya pembesaran
   o) Abdomen
      - Inspeksi : Bentuk simetris, bayangan vena tidak Tampak
      - Auskultasi : Peristaltik usus 15 kali/menit
      - Palpasi : Tidak ada nyeri tekan
      - Perkusi : Asites positif negatif
   p) Kulit :
      Edema : Positif [ ] Negatif [√]
      Icterik : Positif [ ] Negatif [√]
      Tanda-tanda radang : tidak ada peradangan
   q) Lesi : Tidak ada lesi pada kulit

c. Pola Eliminasi
   1. Keadaan Sebelum Sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit BAB lancar dengan konsistensi padat kadang lembek dan warna kekuningan dengan frekuensi 1-2 kali sehari dan BAK 3-4 kali sehari dengan warna kuning.

2. Keadaan Sejak Sakit

Pasien mengatakan sejak sakit pasien belum BAB sejak 3 hari yang lalu, BAK 3 kali ± 500 cc / sehari dengan bau amoniak berwarna kuning.

3. Obervasi

Balance cairan untuk 24 jam

Intake:

- Air mineral : 750 cc
- Infuse : 1500 cc +

2.250 cc / 24 jam

Output:

BAK : 500 cc

Muntah : 650 cc +

1150 cc / 24 jam

IWL: BB x 15/24 jam

= 61 x 15/24 jam

= 915 cc/24 jam

IWL demam = IWL normal + 200 x (suhu sekarang – 36,8)

= 915+ 200 x (38,5 – 36,8)

= 915 + 340 = 1255 cc/24 jam

Balance cairan

CM-(CK+IWL demam)

2250-(1150+1255)

=2250-2405

=

4. Pemerikaan fisik

a) Peristaltik usus : 15 x/menit

b) Palpasi kandung kemih :Penuh [ ] Kosong [√]

c) Nyeri ketuk ginjal : [ ] Positif [√] Negatif

d) Mulut uretra : Tidak di kaji

e) Anus :

Peradangan : Tidak ada

Hemoroid : Tidak di kaji

Fistula : Tidak di kaji

d. Pola Aktivitas Dan Latihan

1. Keadaan Sebelum Sakit

   Pasien mengatakan ia sebagi siswa. Pasien mengatakan jarang sarapan pagi sebelum pergi sekolah paien juga mengatakan ketika pulang sekolah biasanya pasien membantu orang tuanya untuk masak, mencuci pakaian, dam mebersih rumah. Pasien mengatakan ketika ada waktu kosong biasanya pasien pergi berolahraga. Pasien juga mengatakan ketika ada waktu libur biasanya pasien pergi kumpul berasama teman-temannya dan keluarganya di rumah.

2. Keadaan Sejak Sakit

   Pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak melakukan aktivitas seperti biasanya dan pasien lebih sering berbarig di tempat tidur karena merasa lemas, demam, dan pusing. Pada saat pengkajian pasien mengatakan merasa nyeri pada ulu hati, nyeri yang di rasakan seperti tertusuk-tusuk, dengan skala nyeri 6, durasi nyeri 15 menit, nyeri dirasakan saat pasien melakukan aktivitas.

3. Observasi

   Tampak pasien hanya berbaring, tampak ekspresi wajah meringis, tampak terpasang infus RL 500 cc dengan faktor

tetes 20 tts/menit, tampak pasien memegang perutnya, badan teraba hangat, tampak ptekie di kedua lengan pasien

a) Aktivitas harian

Makan : 2
Mandi : 2
Pakaian : 2
Kerapian : 2
Buang air besar : 2
Buang air besar : 2
Mobilisasi di tempat tidur : 2

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 : tampak tidak ada anggota yang cacat

e) fiksasi:tidak ada

f) tyracheoostomi : tidak ada

4. pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

Berbaring : 100/70 mmHg
Duduk : tidak dikaji pasien hanya bisa berbaring
Berdiri : tidak dikaji pasien hanya bisa berbaring
Kesimpiulan : hipotensi ortostatik : [-] positif
Negatif [-]

b) HR : 84 kali/menit

c) Kulit :

Keringat dingin : tampak pasien keringat dingin
Basah : tampak basah

d) JVP :5-2 CMH_2O

Kesimpulan pemompa ventrikel memadai

e) Perfusi pembulu kapiler kuku : dapat kembali dalam waktu 3 detik

f) Thorax dan pernapasan

- Inspeksi

  Bentuk thorax : Tampak simetris kiri dan kanan

  Retraksi interkosta : Tampak tidak ada

  Sianosis : Tampak tidak ada sianosis

  Stridor : Tampak tidak ada stridor

- Palpai

  Vokal premitus : Teraba getar paru kiri dan kanan sama

  Krepitasi : Tidak ada

- Perkusi

  [√] Sonor [ ] Redup [ ] Pekak

  Lokasi : seluruh lapang paru

- Auskultasi

  Suara napas : Vesikular seluruh lapang paru

  Suara ucapan : Terdengar kiri dan kanan sama kuat

  Suara tambahan : Tidak terdengar

g) Jantung

- Inspeksi

  Ictus cordis : Tidak tampak

- Palpasi

  Ictus cordis : teraba pada ICS v linea midklavikularis sinistra

- Perkusi

  Batas atas jantung : ICS II linea sternalis sinistra

  Batas bawah jantung: ICS II linea sternalis dextra

  Batas kanan jantung : linea sternalis dextra

  Batas kiri jantung : linea midklavikularis sinistra

- Auskultasi

  Bunyi jantung II A : Tunggal, ICS II linea sternalis dextra

Bunyi jantung II P : Tunggal, ICS II linea sternalis dextra

Bunyi jantung I T : Tunggal, ICS IV linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I M :Tunggal, ICS V linea midklavikularis sinistra

Bunyi jantung III Irama galop : Tidak terdengar

Murmur : Tidak terdengar

Bruit : Aorta : Tidak ada

A. Renalis : tidak ada

B. Femoralis : Tidak ada

h) Lengan dan tungkai

- Atrofi otot : ☐ Positif ☑ Negatif
- Rentang gerakl : Terbatas tangan kanan karena terpasang infus

Kaku sendi : Tidak ada

Nyeri sensi : Tidak ada

Fraktur : Tidak ada

Parese : Tidak ada

Paralisis : Tidak ada

- Uji kekuatan otot

	kanan	kiri
Tangan	5	5
Kaki	5	5

Keterangan :

Nilai 5 : Kekuatan penuh

Nilai 4 : kekuatan kurang dibanding dengan yang lain

Nilai 3 :mampu menahan tegak tapi tidak mampu menahan tekan

Nilai 2 : mampu menahan gaya gravitasi tapi dengan sentuhan akan jatuh

Nilai 1 : Tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0 : Tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

- Refleks fisiologi : bicep +, Triceps +, Patolla +
- Refleks patologi

  Babinski, Kiri : [ ] Positif Negatif [√]
- Clubing jari-jari : Tidak ada
- Varises tungkai : Tidak ada

i) Columna vetebralis

- Inpeksi : [ ] Lordosis [ ] Lordois Negatif [√]
- Palpai : Tidak ada nyeri tekan
- Kaku kuduk : Tidak ada kaku kuduk

e. Pola Tidur Dan Istrahat

1. Keadaan Sebelum Sakit

   Pasien mengatakan sebelum sakit paien biasa tidur malam jam 01.00, tidur siang tidak teratur karena pasien pergi sekolah dari jam 07-14.00. pasien juga biasa pulang rumah 15.00.ien juga ,mengatakan ketika tidur pada malam hari pasien suka tidur dengan suasana gelap dengan mengunakan kipas angin. Pasien juga mengatakan tidak ada pengunaan obat tidur.

2. Keadaan Sejak Sakit

   Pasien mengatakan selam sakit pasien biasa tidur siang hanya 2-3 jam dan tidur malam mulai pukul 22.00. pasien biasa terbangun pada malam hari karena demam dan nyeri.

3. Observasi

   Tampak pasien menguap, tampak wajah lemas dan lesu, tampak pasien hanya berbaring

   Ekspresi wajah mengantuk : Positif [√] Negatif [ ]
   Banyak menguap : Positif [ ] Negatif [√]

   Palpelbra inferior berwarna gelap : [ ] Positif [√] Negatif

f. Pola Presepsi Kongnitif

1. Keadaan Sebelum Sakit

   Pasien mengatakan masih mampu mengingat sesuatu atau masalah lalunya. Pasien juga mengatakan tidak ada gangguan pada pendengaran, penglihatan, penghirupan, dan perabaan. Pasien tidak ada pengunaan alat bantu dengar dan lihat.

2. Keadaan Sejak Sakit

   Pasien mengatakan sama dengan sebelum sakit. Pasien mampu mempelajari atau menginggat segala sesuatu. Paien mengatakan tidak ada mengalami gangguan penglihatan, pendengaran, dan perabaan.

3. Obsevasi
4. Pemeriksaan fisik

   a) Penglihatan :
      - Kornea : Tampak jerni
      - Pupil : Tampak isokor
      - Lensa mata : Tampak tidak keru
      - Tekanan iktra okulewr (TIO) : teraba sama kenyal kiri dan kanan

   b) Pendengaran
      - Pina : tampak simetris kiridan kanan
      - Kanalis : Tampak bersi. Tampak tidak adanya serumen

- Membran timpani : Tampak utuh memantulkan refleks cahaya politser

c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai: pasien dapt merasakan goresan pulpen pada kedua tangannya dengan mata tertutup.

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

1. Keadaan Sebelum Sakit

   Pasien mengatakan tidak ada yang istimewa bagi dirinya karena ia seorang siswa. Pasien mengatakn tinggal bersama orang tuanya.

2. Keadaan Sejak Sakit

   Pasien mengatakan berharap agar penyakitnya cepat sembuh dan dapat kembali bersama keluarga dan tema-temannya. Pasien juga mengatakan sangat senang karena teman-temanya selalu datng untuk mengunjungnya dirumah sakit

3. Observasi

   a) Kontak mata : Menatap perawat saat berbicara
   b) Rentang perhatian : Perhatian penuh
   c) Suara dan cara bicara : Tampak Jelas
   d) Postur tubuh :Tampak tegak

4. Pemeriksaan fisik

   a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada kelainan pada anggota tubuh pasien
   b) Bentuk atau postur tubuh : Tampak tegak
   c) Kulit : Tampak berih dan terdapat bintik-bintik merah pada kedua lengan pasien (PTQ)

h. Pola Peran Dan Hubungan Dengan Sesama

1. Keadaan Sebelum Sakit

Pasien mengatakan tinggal berama orang tuanya. Paien juga mengatakan ketika ada masalah dalam keluarga selalu di selesaikan

dengan baik tanpa mengunakan kekuatan fisik. Pasien mengatakan hubungan teman nya berjalin dengan baik.

2. Keadaan Sejak Sakit

Keluarega Pasien mengatakan merasa perihatin dengan keadaan anaknya saat ini. Keluarga dan sahabat-sahabatnya mengharapkan paien cepat sembuh. Pasien mengatakan tidak ada gangguan hubungan dengan keluarga maupun sahabat-sahabatnya.

3. Observasi

Pasien tampak selalu di temani oleh ibu dan di kunjungi oleh teman-temannya.

i. Pola Reproduksi Dan Seks Sualitas

1. Keadaan Sebelum Sakit

Pasien mengatakan pada usia 15 tahun pasien mengalami pertama kali menstruasi. Pasien mengatakan tidak ada masalah pada alat reproduksinya.

2. Keadaan Sejak Sakit

Pasien mengatakan tidak adamasalah pada alat reproduksinya

3. Observasi

Tidak di kaji

j. Pola Mekanisme Koping Dan Toleransi Terhadap Stres

1. Keadaan Sebelum Sakit

Pasien mengatakan bila ada masalah dalam keluarganya selalu di selesaikan dengan baik tanpa mengunakan fisik.

2. Keadaan Sejak Sakit

Pasien mengatakan selama sakit pasien merasa cemas terhadap pneyakitnya tetapi merasa yakin bahwa penyakitnya akan cepat sembuh.

3. Observasi

Tampak pasien bercerita dengan ibu dan kawan-kawannya dan selalu bertanya tentang penyakitnya terhadap perawat.

k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

1. Keadaan Sebelum Sakit

Pasien mengatakan dia menganut agama islam pasien rajin sholat setiap hari.

2. Keadaan Sejak Sakit

Pasien mengatakan selama masuk rumah sakit ia sering berdoa agar penyakitnya cepat sembuh. Pasien mengatakan ia berpasra kepada Tuhan atas penyakitnya yang di derita nya sekarang.

3. Observasi

Tampak ada alkuraan di meja pasien

5.Uji saraf kranial

a. N.1 : Pasien mampu menghirup bau minyak kayu putih

b. N.II : Pasien mampu membaca papan nama perawat dengan jarak 30 cm

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

d. N.V :

Sensorik : pasien dapat merasakan goresan kapas pada wajah

Motorik : pasien mampu mengigit dengan kuat

e. N.VII

Sensorik : pasien dapat meraskan asinya garam

Motorik : pasien mampu mengangkat alis mata

f. N. VIII

Vestibularis : Pasien Mampu Berdiri Tegak

Akustikus : pasien mampu mendengarkan goresan jari perawat

g. N.IX : Pasien mampu mengangkat kedua tangannya

h. N.X : Pasien mampu menelan

i. N.XI : Pasien mampu mengangkat bahu secara bersamaan

j. N.XII : Pasien mampu mendorong pipi dengan mengunakan lida

6. Data Penunjang

a. Pemeriksaan laboratorium (25 april 2018)

Parameter	Hasil	Flags	Satuan	Nilai Normal
WBC	2.5	-	10^3/uL	[4,8 --- 10,8]
RBC	4,7		10^6/uL	[4,7 --- 6,1]
HGB	13.4	-	g/dl	[14 --- 18]
HCT	37.50	-	%	[42 --- 52]
MCV	79.6	-	FL	[80 --- 99]
MCH	28.5		Pg	[27 --- 31]
MCHC	36		g/dl	[33 --- 37]
PLT	110	-	10^3/uL	[150 --- 400]
RDW-CV	11.9		%	[11,5 --- 4,5]
PDW	14.7	+	FL	[9 --- 13]
MPV	10.9		FL	[7,2 --- 11,1]
P-LCR	32.1	+	%	[15 --- 25]
NEUT %	53.8		%	[40 --- 74]
LYM %	32.5		%	[19 --- 48]
MXD %	13.7		%	[4 --- 18]
NEUT #	1,4	-	10^3/uL	[1,5 --- 7]
LYM #	0.8	-	10^3/uL	[1 --- 3,7]
MXD #	0.3		10^3/uL	[0 --- 1,2]
LED 1 Jam	18		mm/h	[0 --- 20]
LED 2 Jam	20		mm/h	[0 --- 20]

b. Imuno Serologi

ANTI DENGUE

ANTI DENGUE IgM	Positif (+)	Negatif
ANTI DENGUE IgM	Positif (+)	Negatif

7. Terapi obat
    1. Ranitidin 50 mg/ 8 jam/ bolus IV
    2. Omeperasole 50 mg/ 8 jam / bolus IV
    3. Novaldo 40 mg/ 8 jam / bolus IV
    4. Infus 500 cc 20 tetes/ menit

B. ANALISA DATA

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1	Ds : - Pasien mengatakan merasa mual - Pasien mengataka nmuntah 3-4 kali berupacairan setiap kali makan 650 ccdalamsehari - Pasien mengatakan sakit kepala Do: - Tampak pasien muntah 1 kali - Tampak pasien lemas - Tampak ptekie di kedua lengan pasien - Tampak badan teraba hangat - Tampak pasien berkeringat banyak - Suhu: 38,5ºC - Tampak finger print kembali dalam 4 detik - Balance cairanuntuk 24 jam = -155	Kehilangan volume cairan aktif	Kekurangan volume cairan

2	Ds : - Pasien mengatakan demam yang di rasakan ± sejak 2 hari yang lalu - Pasien mengatakan demam yang di rasakan pada sore hari - Pasien mengatakan di rumah minum obat sanmol tetapi demam tidak turun. Do : - Tampak pasien pasien lemas - Tampakada bintik-bintikmerah pada tangan - Tampak pasien teraba hangat. - Tanda-tanda vital Suhu 38,5^{o}c, Nadi : 80 x/menit Pernapasan : 18x/menit Td : 100/.70 mmHg - Hasilpemeriksaanpenunjang : Darahrutin : WBC = 2,5 PLT = 110 Imunoserologi : Anti Dengue IgM = Positif (+) IgG = Positif (+)	Penyakit	Hipertermi

3	Ds : - Pasien mengatakan nyeri yang di rasakan saat aktifitas - Pasien mengatakan terkadang nyeri yang di raskan muncul terasa tiba-tiba. - Pasien mengatakan terasa nyeri pada uluhati - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusu-tusuk - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan dengan skala 6 sedang - Pasien mengatakan nyeri berlangsung selama 15 menit. Do : - Tampak pasien berbaring lemas - Tampak pasien meringis kesakitan - Tampak pasien memegang pada daerah abdomen bagian atas - Hasilpemeriksaanpenunjang : Darahrutin : WBC = 2,5 PLT = 110 Imunoserologi : Anti Dengue IgM = Positif (+) IgG = Positif (+)	Agen cedera biologis	Nyeri

B. Diagnosa Keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN
I	Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif
II	Hipertermi berhubungan dengan penyakit
III	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik

D. Rencana Keperawatan

Nama : Nn"B"

Ruang: St. Bernadeth II.B

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Nursing outocomes classification	Nursing intervention classification
27/04/18	Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume cairan aktif ditandai dengan : DS : - Pasien mengatakan merasa mual - Pasien mengatakan muntah 3-4 kali berupa cairan setiap kali makan 650 cc dalam sehari - Pasien mengatakan sakit kepala	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mencapai keseimbangan cairan dengan kriteria hasil : -pasien melaporkan mualnya berkurang di pertahankan pada skala 4 dan di tingkatkan pada skala 5 -pasien melaporkan muntah berkurang di pertahankan pada skala 4 dand tingkatkan pada skala 5 -pasien melaporkan sakit kepala	Manajemen cairan 1. Monitor status hidrasi 2. Monitor adanya sumber-sumber kehilangan cairan 3. Tawarkan pilihan minum setiap 1 sampai 2 jam saa tterjaga 4. Instruksikan pasien atau keluarga tindakan-tindakan yang dilakukan untuk mengatas ihipovolemia 5. Berikan cairan IV yang diresepkan untuk dehidrasi

	DO: - Tampak pasien muntah 1 kali - Tampak pasien lemas - Tampak ptekie di kedua lengan pasien - Tampak badan teraba hangat - Tampak pasien berkeringat banyak - Suhu: 38,5ºC - Tampak finger print kembali dalam 4 detik - Balance cairanuntuk 24 jam = -155 - PLT : 110 10^3/ul - Pemeriksaan IGM IGG Anti - Dengue : Positif (+)	hilang di pertahankan pada skala 4 dan di tingkatkan pada skala 5	Monitor cairan 1. Catat asupan dan pengeluaran 2. Monitor membrane mukosa, turgor kulit dan respons haus 3. Tentukan apakah pasien mengalami kekhasan atau gejala perubahan cairan 4. Monitor warna, kuantitas dan berat jenis urin
2	Hipertermi behubungan dengan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan	Perawatan demam

	penyakit ditandai dengan: Ds: - Pasien mengatakan demam yang di rasakan ± sejak 2 hari yang lalu - Pasien mengatakan demam yang di rasakan pada sore hari - Pasien mengatakan di rumah minum obat sanmol tetapi demam tidak turun. - Pasien mengatakan masih demam naik turun - Pasien mengatakan sakit kepala Do : - Tampak pasien pasien lemas - Tampak ada bintik-bintik merah pada tangan	termoregulasi dipertahankan pada skala 3 dan ditingkatkan keskala 5 dengan kriteria hasil: 1. Melaporkan kenyamanan suhu dipertahankan pada skala 3 dan ditingkatkan keskala 5 2. Sakit kepal dipertahankan pada skala 3 dan ditingkatkan keskala 5 3. Hipertermi dipertahankan pada skala 3 dan tingkatkann ke skala 5	1. Dorong konsumsi cairan 2. Fasilitasi istirahat, terapkan pembatasan aktivitas, jika diperlukan 3. Tutup pasien dengan selimut atau pakaian ringan, tergantung pada fase demam (yaitu: memberikan selimut hangat untuk fase dingin, menyediakan pakaian atau linen tempat tidur ringan untuk demam atau fase bergejolak). 4. Beri obat atau cairan IV (misalnya, antipiretik,antibakteri dan agen anti menggigil). 5. Pantausuhu dan tanda-tanda vital lainya 6. Monitor warna kulit 7. Beri kompres air hangat

	- Tampak pasien teraba hangat. - Tanda-tanda vital Suhu : 38,5°c, Nadi : 80 x/menit Pernapasan : 18x/menit T : 100/.70 mmHg		
3	Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis ditandai dengan:	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kontrol nyeri dipertahankan pada skala 3 dan	Manajemennyeri 1. Lakukanpengkajiannyerikomprenhensi

	Ds : - Pasien mengatakan nyeri dirasakan saat aktifitas - Pasien mengatakan terkadang nyeri yang di raskan muncul terasa tiba-tiba. - Pasien mengatakan nyeri pada uluhati - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tusuk tusuk - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan dengan skala 6 sedang - Pasien mengatakan nyeri berlangsung selama 15 menit. Do : - Tampak pasien berbaring	ditingkatkan keskala 5 dengan kriteria hasil: 1.Mengenali kapan nyeri terjad idipertahankan pada skala 3 ditingkatkan kekala 5 2.Mengenaliapa yang terkait dengan gejala nyeri dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan keskala 5 3.Melaporkan nyeri yang terkontrol dipertahankan pada skala 3 dan ditingkatkan keskala 5	fyaitumeliputilokasi, karateristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitasatauberatnyanyeri dan faktorpencetus 2. Evaluasibersamapasienfaktor-faktor yang dapat menurunkan atau memperberat nnyeri 3. Berikan anlgesik sesua iwaktu paruhnya, terutama pada nyeri yang berat Terapi relaksasi 1. Ciptakan lingkungan yang tenang tanpa distraks idengan lampu yang redup dan suhu lingkungan yang nyaman jika memungkinkan 2. Dorong klien untuk mengambil posisi yang nyaman dengan pakaian longgar dan mata tertutup Tunjukan dan praktikantehnikrelaksasi

	lemas - Tampak pasien meringis kesakitan - Tampak pasien memegang pada daerah abdomen bagian atas		pada pasien 1. Monitor tanda-tanda vital

E. PELAKSANAAN KEPERAWATAN

Nama/umur : Ny.”B”

Ruang/kamar : St.Bernadeth II.B/517[1]

Tanggal	DP	Waktu	Tindakan Keperawatan	Perawat
27/4/18	III	07.45	Menunjukan dan mempraktikan tehnik relaksasi pada pasien. H/ : pasien tampak merasa lebih baik dan merasa lebih nyaman.	Agustinus
	I,II,III	08.00	Memberikan obat sesuai yang diresepkan dan cairan IV H/ : - injeksi ranitidine 50 mg /IV - Omeprazole 40 mg /IV - Novaldo 1 ampul (1000 mg) /drips dalam Infus RL 500 ml - tampak terpasang cairan in fus RL 500 ml/20 tetes/menit.	Perawat Novi
	I, II, III	09.45	Memonitor tanda-tanda vital. H/ : TD : 110/70 mmHg N : 70 x/menit S : 38ºC P : 19 x/menit.	Agustinus
	I	10.50	Mendorong konsumsi cairan. H/ : tampak pasien minum air putih 1 gelas.	Agustinus
	II	11.30	Memonitor warna kulit.	Agustinus

			H/ : pasien mengatakan badanya terasa panas dan menggigil. : pasien mengatakan demamnya masih naik turun. : tampak ada bintik-bintik merah pada tangan pasien dan kulit teraba hangat. : tampak pasien berkeringat dan menggigil. : S: 38ºC.	dan serli
	II	12.30	Mendorong klien untuk mengambil posisi yang nyaman dengan pakaian longgar. H/ : tampak pasien menggunakan pakaian yang tipis.	Agustinus dan serli
	II & III	13.00	Memberikan kompres hangat. H/ : tampak pasien diberikan kompres hangat pada dahi.	Agustinus dan serli
	II	14.30	Memantau suhu dan tanda-tanda vital lainya. H/ : S: 37,3ºC.	Agustinus dan serli
	I & II	15.00	Memonitor membrane mukosa, turgor kulit dan respons haus. H/ : tampak mukosa bibir pasien kering.	Yohanes
	I,II,III	16.00	Memonitor adanya sumber-sumber	Yohanes

			kehilangan cairan. H/ : pasien mengatakan masih muntah 1 kali berupa cairan.	
	I,II,III	17.00	Mencatat asupan dan pengeluaran H/ pasien mengatakan menghabiskan 3 gelas air putih ±750cc dan BAK 1 kali ± 300 cc.	Selmi dan yohanes
	I.II.III	18.00	Menciptakan lingkungan yang tenang tanpa distraksi suhu lingkungan yang nyaman jika memungkinkan. H/ : pasien tampak istirahat dengan nyaman.	Yohanes
	II	18.25	Menginstruksikan pasien atau keluarga tindakan-tindakan yang dilakukan untuk mengatasi hipovolemia. H/ : perawat menjelakan pada pasien untuk banyak minum air putih sedikit tapi sering. pasien tampak mengerti dengan penjelasan perawat.	Perawat Selvi
	I,II,III	19.30	Memberi obat atau cairan IV. H/ : memberi obat injeksi ranitidine 50mg /IV, mengganti cairan infuse RL 500 ml.	Perawat Selvi
	I.II.III	20.00	Memonitor tanda-tanda vital.	Yohanes

			H/ : TD : 110/80 mmHg N : 78 x/menit S : 37,2 ºC P : 19 x/menit.	
	I,II,III	20.30	Melakukan pengkajian nyeri komprenhensif yaitu meliputi lokasi, karateristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus H/ : Pasien mengatakan masih nyeri di uluhati seperti tertusuk-tusuk selama 10-15 menit, nyeri dirasakan secara tiba-tiba, tidak menjalar dengan skala nyeri 6.	Ester
	I.II.III	21.15	Menunjukan dan praktikan teknik relaksasi pada pasien. H/ : pasien tampak diberikan teknik relaksasi.	Ester dan frans
	I.II.III	22.00	Memonitor warna kulit. H/ : tampak masih ada bintik merah pada lengan pasien dan tampak mukosa bibir lembab.	Frans
	I.III	24.00	Mendorong konsumsi cairan. H/ : tampak pasien minum ½ gelas air.	Ester dan frans
	I.II.III	04.20	Memonitor adanya sumber-sumber	Ester dan

			kehilangan cairan. H/ : pasien mengatakan muntah 1 kali berupa cairan bercampur makanan dan tampak pasien muntah.	frans
	I.II.III	05.00	Memberi obat atau cairan IV. H/ : Omeprazole 40 mg/IV dan Novaldo 1 ampul (1000 mg)/drips dalam infus RL 500 ml .	Mantri Wahyu
	I.II.III	05.15	Mencatat asupan dan pengeluaran. H/ : pasien mengatakan menghabiskan 2 gelas air putih ±500cc dan BAK 1 kali ± 250 cc.	Ester dan frans
	I.II.III	05.15	Memonitor tanda-tanda vital H/ : TD : 110/70 mmHg N : 84 x/menit S : 37,7ºC P : 20 x/menit.	Frans
	I.II.III	05.30	Menciptakan lingkungan yang tenang tanpa distraksi dengan lampu yang redup dan suhu lingkungan yang nyaman jika memungkinkan. H/ : pasien mengatakan merasa nyaman.	Ester dan frans
	I.II.III	O5.50	Memberi obat atau cairan IV H/ : memberi obat ranitidine 50 mg/IV	Ester dan frans

			dan mengganti cairan infuse RL 500 ml.	
	I,II,III	06.00	Memonitor tanda-tanda vital. H/ : TD : 110/70 mmHg N : 82 x/menit S : 37,8ºC P : 19 x/menit.	Ester dan frans
	I,II.III	06.20	Mengkaji keluhan pasien. H/ : Pasien mengatakan demamnya masih naik turun dan badanya masih terasa lemas.	Ester dan frans
	I	06.40	Mengkaji tanda-tanda dehidrasi. H/ : Pasien mengatakan masih mual dan muntah.	Ester dan frans
	I	06.59	Mencatat asupan dan pengeluaran. H/ : pasien mengatakan menghabiskan 2 gelas air putih ±500cc dan BAK 1 kali ± 100 cc.	Ester dan frans
	I.II.II	07.00	Balance cairan untuk 24 jam. H/ : Intake: - Air mineral : 750 cc - Infuse : 1500 cc + 2.2 50 cc / 24 jam Output:	

			BAK : 500 cc Muntah : 650 cc + 1150 cc / 24 jam IWL: BB x 15/24 jam = 61 x 15/24 jam = 915 cc/24 jam IWL demam = IWL normal + 200 x (suhu sekarang – 36,8) = 915+ 200 x (38 – 36,8) = 915X340= 1255cc / 24 jam Balance cairan CM-(CK+IWL demam) 2250-(1150+1255) =2250-2405 = 155	
28-04-2018	I.II.III	08.00	Memberi obat atau cairan IV. H/ : memberi obat ranitidine 50 mg/IV, novaldo 1 ampul (1000 mg)/drips dalam infus RL 500 ml, omeperazole 40 mg/IV	Agustinus
	I.II.III	09.00	Mengganti cairan infuse RL 500 ml. H/ : tampak cairan infus 500 ml/20 tetes/menit.	Agustinus
	III	09.30	Melakukan pengkajian nyeri komprenhensif yaitu meliputi lokasi,	Agustinus

			karateristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus. H/ : pasien mengatakan masih merasa nyeri pada ulu hati, hilang timbul, selema 5-10 menit dengan skala nyeri 5.	
	II.III	10.00	Menunjukan dan mempraktikan tehnik relaksasi pada pasien. H/ : pasien tampak merasa lebih baik dan merasa lebih nyaman.	Agustinus
	I.II.III	11.00	Memonitor warna kulit. H/ : Pasien mengatakan demamnya masih naik turun dan tampak ada bintik-bintik merah pada tangan pasien dan kulit teraba hangat.	Perawat selvi
	I	13.00	Mendorong konsumsi cairan. H/ : tampak pasien minum ½ gelas air.	Agustin Us
	I.II.III	14.20	Memonitor tanda-tanda vital H/ : TD : 100/70 mmHg N : 70 x/menit S : 36,8ºC P : 19 x/menit.	Agustinus
	I	16.00	Menginstruksikan pasien atau keluarga tindakan-tindakan yang	Ester

			dilakukan untuk mengatasi hipovolemia. H/ : pasien tampak mengerti dengan penjelasan perawat.	
	I	16.45	Mencatat asupan dan pengeluaran. H/ : pasien mengatakan menghabiskan 4 gelas air putih ±800cc dan BAK 2 kali ± 400 cc.	Ester
	I.II.III	17.20	Memantau suhu dan tanda-tanda vital lainya. H/ : S: 38,2ºC.	Ester
	II	18.00	Memberikan kompres hangat. H/ : tampak pasien diberikan kompres hangat pada dahi.	Ester
	I.II.III	19.45	Memantau suhu dan tanda-tanda vital lainya. H/ : S: 36,7 ºC.	Ester
	III	20.10	Memberi obat atau cairan IV. H/ : memberi obat ranitidine 50 mg/IV.	Perawat selvi
	I.II.III	20.40	Mengganti cairan infuse RL 500 ml H/ : tampak pasien diberikan cairan infus RL 500 cc/20 tetes/menit.	Ester
	III	22.00	Melakukan pengkajian nyeri	Yohanes

			komprenhensif yaitu meliputi lokasi, karateristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus. H/ : pasien mengatakan masih merasa nyeri pada ulu hati, hilang timbul, selema 5-10 menit dengan skala nyeri 5.	
	I.III	24.00	Menunjukan dan mempraktikan tehnik relaksasi pada pasien. H/ : pasien tampak merasa lebih baik dan merasa lebih nyaman setelah dibnerikan teknik relaksasi.	Yohanes
	I.II.III	03.25	Memonitor tanda-tanda vital. H/ : TD : 110/70 mmHg N : 75 x/menit S : 36,4ºC P : 19 x/menit	Yohanes
	I.II.	04.30	Memonitor adanya sumber-sumber kehilangan cairan. H/ : pasien mengatakan masih mual dan masih ada rasa ingin muntah.	Yohanes
	I	04.40	Mendorong konsumsi cairan H/ : Tampak pasien minum 1 gelas air mineral.	Perawat Novi

	I.II.III	05.00	Memberi obat atau cairan IV H/ Omeprazole 40 mg/IV Novaldo 1 ampul (1000 mg)/drips dalam infus RL 500 ml	Perawat Novi
	I.II.III	05.20	Mencatat asupan dan pengeluaran H /pasien mengatakan menghabiskan 4 gelas air putih ±800cc dan BAK 2 kali ± 500 cc	Perawat Novi
	I.II.III	05.40	Memonitor tanda-tanda vital H/TD: 100/70 mmHg N: 70 x/menit S: 37ºC P: 20 x/menit	Yohanes
	I.II.III	06.10	Menciptakan lingkungan yang tenang tanpa distraksi dengan lampu yang redup dan suhu lingkungan yang nyaman jika memungkinkan H/ pasien mengatakan merasa nyaman	Perawat Novi
	I.II.III	06.20	Memberi obat atau cairan IV H/ memberi obat ranitidine 50 mg/IV	Perawat Novi
	I.II.III	06.20	Memberi obat atau cairan IV H/ memberi obat paracetamol/oral Pasien mengatakan demamnya masih naik turun dan badannya masih terasa panas Pasien mengatakan masih mual dan	Perawat Novi

			sakit kepala Tampak ada bintik-bintik merah pada tangan pasien dan kulit teraba hangat Pasien mengatakan masih nyeri uluhati	
	I.II.III	06.30	Mencatat asupan dan pengeluaran H/pasien mengatakan menghabiskan ½ gelas air putih ±300cc dan BAK 1 kali ± 100 cc	Yohanes
		07.00	Balance cairan 24 jam Hasil; Intake: - Air mineral : 750 cc - Infuse : 1500 cc + 2.250 cc / 24 jam Output: BAK : 500 cc Muntah : 250 cc + 750 cc / 24 jam IWL: BB x 15/24 jam = 61 x 15/24 jam = 915 cc/24 jam IWL demam = IWL normal + 200 x (suhu sekarang – 36,8) = 915+ 200 x (38 – 36,8) = 915X340 = 1255cc / 24 jam Balance cairan CM-(CK+IWL demam) 2250-(750+1255)	

			=2250-2005 = 245	
29-04-2018	III	07.45	Melakukan pengkajian nyeri komprenhensif yaitu meliputi lokasi, karateristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus H/ Pasien mengatakan masih nyeri di uluhati seperti tertusuk-tusuk selama 10-15 menit, nyeri dirasakan secara tiba-tiba, tidak menjalar dengan skala nyeri 6	Agustinus
	I.II.III	08.00	Menunjukan dan mempraktikan tehnik relaksasi pada pasien H/ pasien tampak merasa lebih baik dan merasa lebih nyaman	Agustinus
	I.II.III	09.10	Memberi obat atau cairan IV H/ memberi obat ranitidine 50 mg/IV Omeperazole 40 mg/IV Novaldo 1 ampul (1000 mg)/dribs dalam infus RL 500 ml	Perawat Nova
	II	10.00	Mengganti cairan infuse RL 500 ml Memonitor tanda-tanda vital H/ TD: 110/80 mmHg N: 74 x/menit S: 36,2ºC	Agustinus

			P: 20 x/menit	
	I	10.30	Mendorong konsumsi cairan H/ tampak pasien minum air putih 1 gelas	Agustinus
	I.II	11.00	Memonitor warna kulit H/ pasien mengatakan badanya terasa panas dan menggigil Pasien mengatakan demamnya masih naik turun Tampak ada bintik-bintik merah pada tangan pasien dan kulit teraba hangat	Agustinus
	III	12.00	Mendorong klien untuk mengambil posisi yang nyaman dengan pakaian longgar H/ tampak pasien menggunakan pakaian yang tipis	Agutinus
	I.III	13.00	Memonitor membrane mukosa, turgor kulit dan respons haus H/ tampak mukosa bibir pasien kering	Agustinus
	I	14.15	Memonitor adanya sumber-sumber kehilangan cairan H/ pasien mengatakan masih muntah 1 kali berupa cairan	Devi
	I.III	15.00	Mencatat asupan dan pengeluaran H/ pasien mengatakan	Devi

			menghabiskan 3 ½ gelas air putih ±800cc dan BAK 2 kali ± 350 cc	
	I.II.III	16.00	Memonitor warna kulit H/ Tampak masih ada bintik-bintik merah di tangan pasien	Devi
	I.II.III	17.00	Menciptakan lingkungan yang tenang tanpa distraksi suhu lingkungan yang nyaman jika memungkinkan H/ pasien tampak istirahat dengan nyaman	Devi
	II	18.00	Menginstruksikan pasien atau keluarga tindakan-tindakan yang dilakukan untuk mengatasi hipovolemia H/pasien tampak mengerti dengan penjelasan perawat	Devi
	II	18.30	Memberi obat atau cairan IV H/ memberi obat ranitidine 50 mg Mengganti cairan infuse RL 500 ml	Mantri Hendra
	I.III	19.00	Memonitor tanda-tanda vital H/TD: 110/80 mmHg N: 78 x/menit S: 37,6ºC P: 19 x/menit	Devi
	I.III	20.00	Melakukan pengkajian nyeri	Devi

			komprenhensif yaitu meliputi lokasi, karateristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus H/ Pasien mengatakan masih nyeri di uluhati seperti tertusuk-tusuk selama 5-10 menit, nyeri dirasakan secara tiba-tiba, tidak menjalar dengan skala nyeri 5	
	I.II	20.45	Menunjukan dan praktikan tehnik relaksasi pada pasien H/ pasien tampak merasa lebih baik	Devi
	I.III	21.25	Memonitor warna kulit H/ tampak masih ada bintik merah pada lengan pasien dan tampak mukosa bibir lembab	Devi
	I.II.III	24.00	Mendorong konsumsi cairan H/ tampak pasien minum ½ gelas air	Nuni
	I.II	05.10	Memonitor adanya sumber-sumber kehilangan cairan H/pasien mengatakan muntah 1 kali berupa cairan bercampur makanan Tampak pasien muntah	Nuni
	I,II.III	05.25	Memberi obat atau cairan IV H/ Omeprazole 40 mg/IV	Mantri Wahyu

			Novaldo 1 ampul (1000 mg)/drips dalam infus RL 500 ml	
	I.III	05.43	Mencatat asupan dan pengeluaran H/pasien mengatakan menghabiskan 3 gelas air putih ±650cc dan BAK 2 kali ± 300 cc	Nuni
	I.II.III	05.45	Memonitor tanda-tanda vital H/ TD: 110/80 mmHg N: 77 x/menit S: 37ºC P: 19 x/menit	Nuni
	I.II.III	06.00	Menciptakan lingkungan yang tenang tanpa distraksi dengan lampu yang redup dan suhu lingkungan yang nyaman jika memungkinkan H/ pasien mengatakan merasa nyaman	Nuni
	I.II.III	06.15	Memberi obat atau cairan IV H/ memberi obat ranitidine 50 mg/IV Mengganti cairan infuse RL 500 ml	Nuni
	I.II.III	06.30	Mencatat asupan dan pengeluaran H/ pasien mengatakan menghabiskan 2 gelas air putih ±400cc dan BAK 1 kali ± 100 cc	Perawat ifa
	I.II.IIII	07.00	Balance cairan 24 jam HASIL	Agustinus

			Intake: - Air mineral : 750 cc - Infuse : 1500 cc + 2.250 cc / 24 jam Output: BAK : 500 cc Muntah : 100cc + 600 cc / 24 jam IWL: BB x 15/24 jam = 61 x 15/24 jam = 915 cc/24 jam IWL demam = IWL normal + 200 x (suhu sekarang – 36,8) = 915+ 200 x (37,5 – 36,8) = 915X340 = 1255cc / 24 jam Balance cairan CM-(CK+IWL demam) 2250-(600+1255) =2250-1855 = 395	

F. EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/umur : Ny'B'.

Ruang/kamar : St. Bernadeth II.B/5171

Tanggal	DP	Evaluasi	Perawat
27-04-2018	I	Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif S: Pasien mengatakan masih mual dan muntah O: Tampak mukosa bibir kering Tampak keadaan umum lemah Tanda-tanda vital : TD:110/70 mmHg N: 82 x/menit S: 37,8ºC P: 19 x/menit A: Masalah kekurangan volume cairan masih dipertahankan pada skala 4	Agustinus

		P: Lanjutkan intervensi - Catat asupan pengeluaran - Monitor warna kulit - Monitor sumber kehilangan cairan - Monitor membrane mukosa dan kulit	
	II	Hipertermi berhubungan dengan penyakit S: Pasien mengatakan demamnya masih naik turun dan badanya masih terasa lemas O:Tampak pasien menggigil dan badan teraba hangat Tanda-tanda vital TD:110/70 mmHg N: 82 x/menit S: 37,8ºC P: 19 x/menit A: Masalah hipertermi masih dipertahankan pada skala 4 P: Lanjutkan intervensi - Monitor tanda-tanda vital - Beri kompres hangat - Monitor warna kulit - Dorong konsumsi cairan - Beri obat	
	III	Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis S:Pasien mengatakan masih nyeri uluhati seperti tertusuk-tusuk selama 10-15 menit, nyeri dirasakan secara tiba-tiba, tidak menjalar dengan skala nyeri 6	

		O: Tampak pasien meringis Tanda-tanda vital TD:110/70 mmHg N: 82 x/menit S: 37,8ºC P: 19 x/menit A: Masalah nyeri akut masih dipertahankan pada skala 4 P: Lanjutkan intervensi - Kaji nyeri secara komprenhensif - Ajarkan tehnik relaksasi - Beri obat	
28-04-2018	I	Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif S: Pasien mengatakan masih mual, muntah dan sakit kepala O: Tampak ada bintik-bintik merah pada tangan pasien dan kulit teraba hangat Tanda-tanda vital TD: 100/70 mmHg N: 85 x/menit S: 36,6ºC P: 19 x/menit A: Masalah risiko kekurangan volume cairan sudah ditingkatkan keskala 5 P: Lanjutkan intervensi - Catat asupan pengeluaran - Monitor warna kulit - Monitor sumber kehilangan cairan - Monitor membrane mukosa dan kulit	Agustinus

	II	Hipertermi berhubungan dengan penyakit S: Pasien mengatakan demamnya masih naik turun dan badannya masih terasa panas O: K ulit teraba hangat Tanda-tanda vital TD: 100/70 mmHg N: 85 x/menit S: 36,6ºC P: 19 x/menit A: Masalah hipertermi masih dipertahankan pada skala 4 ditingkatkan keskala 5 P: Lanjutkan intervensi - Monitor tanda-tanda vital - Beri kompres hangat - Monitor warna kulit - Dorong konsumsi cairan - Beri obat	
	III	Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis S: pasien mengatakan masih merasa nyeri pada ulu hati, hilang timbul, selema 5-10 menit dengan skala nyeri 5 O: Tanda-tanda vital TD: 100/70 mmHg N: 85 x/menit S: 36,6ºC P: 19 x/menit A: Masalah nyeri akut masih dipertahankan pada skala 4 ditingkatkan ke skala 5 P: Lanjutkan intervensi	

		- Kaji nyeri secara komprenhensif - Ajarkan tehnik relaksasi - Beri obat	
29-08-2018	I	Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif S:Pasien mengatakan masih mual dan masih ada rasa ingin muntah O:Tampak ada bintik-bintik merah pada tangan pasien Tanda-tanda vital TD: 110/ 80 mmHg N: 73 x/menit S: 36,4ºC P: 20 x/menit A: masalah risiko kekurangan volume cairan masih dipertahankan pada skala 4 P: Lanjutkan intervensi - Catat asupan pengeluaran - Monitor warna kulit - Monitor sumber kehilangan cairan - Monitor membrane mukosa dan kulit	Agutinus
	II	Hipertermi berhubungan dengan penyakit S: Pasien mengatakan demamnya masih naik turun dan badanya masih terasa lemas O: Kulit teraba hangat Tanda-tanda vital TD: 110/ 80 mmHg N: 73 x/menit S: 36,4ºC P: 20 x/menit	

		A: masalah hipertermi masih dipertahankan pada skala 4 P: Lanjutkan intervensi - Monitor tanda-tanda vital - Beri kompres hangat - Monitor warna kulit - Dorong konsumsi cairan - Beri obat	
	III	Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis S: Pasien mengatakan masih nyeri di uluhati seperti tertusuk-tusuk selama 5-10 menit, nyeri dirasakan secara tiba-tiba, tidak menjalar dengan skala nyeri 5 O: Tampak wajah pasien meringis Tampak keadaan umum lemah Tanda-tanda vital TD: 110/ 80 mmHg N: 73 x/menit S: 36,4ºC P: 20 x/menit A: Masalah nyeri akut masih dipertahankan pada skala 4 P: Lanjutkan intervensi - Kaji nyeri secara komprenhensif - Ajarkan tehnik relaksasi - Beri obat	

G. TERAPI OBAT

1. Ranitidin
   a. Nama obat : ranitidin
   b. Klasifikasi/golongan obat: anatasida
   c. Doisis umum: 300 mg/hari
   d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 ampl/8 jam
   e. Cara pemberian obat “ Ijeksi intravena/bolus
   f. Mekanime kerja obat: obat ini bekerja untuk menurunkan kadar asam berlebihan yang di peroduksi oleh lambung sehingga = rasa sakit dapat renda dan luka pada lambung perlahan-lahan akan sembuh. Selain mengobati, ranitidin juga dapat di gunakan untuk mencegah munculnya gejala-gejal gangguan pencernaan akibat menkonsumsi makanan tertentu.
   g. Alasan pemeberian obat pada pasien yang bersangkutan untuk pasien dengan hipersekresi patologi yang sulit di atasi atau sebagai pengobatan alternatif jangka pendek pemberian oral pasien yang tidak bisa di beri ranitidin oral

h. Kontra indikasi

Penderita yang hipersensitif terhadap obat ini

i. Efek samping obat

1. Sakit kepala
2. Kardiovaskuler, jarang dilakukan: aritmea seperti takikardia dan bradikardi
3. SSP, jarang terjadi, malaise, vertigo, mengantuk dan depresi.

2. Omeperazole

a. Klasifikasi/golongan obat : antasida.
b. Dosis umum :40 mg
c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 flc/12 jam
d. Cara pemberian obat : ijeksi intravena/bolus.
e. Mekanisme kerja obat : omeperazole menghambat sekresi asam lambung dengan cara berikatan pada pompa H + K + ATPase dan mengaktifkan sehingga terjadi pertukaran ion kalium dan ion kalium hidrogen dalam lumen sel.
f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : untuk pengobatan jangka pendek tukak duodenal dan yang tidak responsif terhadap obat-obat antagonis reseptor H2, untuk mengobat refluks esophagus erosif atau ulserati yang telah di diagnosa melalui endoskopi.
g. kontra indikasi
h. penderita yang hipersensitif terhadap omeperazole
i. efek samping obat
    1. sakit kepala,diare dan mual
    2. pada pengunaan janka panjang perlu di perhatikan adanya pertumbuhan bakteri yang berlebihan di saluran pencernaan

3. Novaldo
    a. Klasifikasi/golongan obat : anti inflanmasi non steroid (AINS).
    b. Dosis umum : injeksi awal 500 mg secara IM/IV, tiap 6-8 jam. Maksimal 3 kali/hari
    c. Dosis untuk pasien : 1 ampl/12 jam drips
    d. Cara pemberian obat : intravena/bolus
    e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : merupakan kelompok obat anti inflamasi non streroid yang memiliki fungsi penghilang rasa sakit, antispasmodic (merdakan kejang otot), dan penurunan demam.
    f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : pasien di berikan obat karena obat ini bekerja untuk mengurangi nyeri yang dirasakan
    g. Kontra indikasi : pasien dengan TD sistolik < 100 mmHg. Pasien dengan arganulositosis. Hamil, laktasi. Bayi ≤ 3 bulan atau berat badan < 5 kg.
    h. Efek samping obat : reaksi hipersensitifitas pada kulit (kemerahan pada kulit), agranulositosis.

BAB IV
PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis membahas ada tidaknya kesenjangan antara konsep teori yang diperoleh dari tinjauan teoritis dengan pengamatan kasus yang ditemukan dalam asuhan keperawatan pada Ny “B” dengan *Dengue Haemoragic Fever* (DHF) di Rumah Sakit Stella Maris Makasssar pada unit BERNADETH 2 yang berlansung selama tiga hari. Pembahasan dalam bab ini menggunakan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi dan evaluasi.

A. Pengkajian

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

Pada pengamatan kasus di peroleh data bahwa Pada saat pengkajaian pada tanggal 26/04/2018 di dapatkan keluhan utama : demam sejak 2 hari yang lalu, pasien mengatakan demam yang di rasakan naik turun pada sore hari di sertai mual, muntah, sakit kepala, nyeri uluhati disertai kurang nafsu makan. Saat pengkajian pasien mengatakan demamnya masih naik turun, mual, muntah 3-4 x berupa cairan dan sedikit makanan, sakit kepala, kurang nafsu makan. Pada saat pengkajian didapatkan pasien merasa nyeri pada ulu hati, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk selama ± 15 menit, pasien mengatakan nyeri muncul secara tiba-tiba, dengan skala nyeri 6, tampak pasien meringis, kulit teraba hangat dan tampak ptekie di kedua lengan pasien. Tampak pasien berbaring lemas di atas tempat tidur dengan posisi terlentang, tampak ekspresi wajah pasien meringis.mukosa bibir tampak kering. Hasil pemeriksaan Tanda-tanda

Vital di dapat hasil : TD:110/70 mmHg , Nadi: 80x/m, pernapasan: 18x/m, Suhu : 38 ^{0}c, dan hasil IMT : 22,6 kg kesimpulan berat badan ideal, terapi yang didapat di rumah sakit mendapatkan terapi Ranitidin 1 ampl IV/bolus , Novaldo 1 ampl/12 jam drips, Omeperazole 1 fl/12 jam/ iv/bolus. Pemeriksaan tes diagnosis yang di lakukan pada pasien ANTI DENGUE IgM positif (+). PLT : 110.

sedangkan pada pemeriksaan diagnostik diperoleh hasil pemeriksaan laboratorium: jumlah PLT dalam darah mengalami penurunan, yaitu 110 10^3/ uL dan hasil pemeriksaan Widal yaitu Salmonella Typhi H 1/80 dan Salmonella Paratyphi CO 1/60 tetapi hasil ini tidak mendukung untuk kriteria demam typhoid karena menurut *Wikipedia* titer 1/160 masih dilihat dulu dalam 1 minggu kedepan, apakah ada kenaikan titer. Jika ada, maka dinyatakan positif (+) untuk demam typhoid. Berdasarkan data hasil pemeriksaan pendukung maka Diagnosis yang ditetapkan oleh Medis adalah DHF

Demam merupakan manifestasi utama yang terjadi pada pasien DHF. Pada pasien diperoleh data suhu: 38,5^0 C, dimana hal ini disebabkan oleh infeksi virus dengue di dalam darah atau dengan istilah lain viremia. Selain itu data lain yang umumnya ditemukan pada pasien *Dengue Haemoragic Fever* (DHF) yaitu terjadinya penurunan Trombosit dan peningkatan HCT > 20 %. Pada kasus Ny. “B” nilai Trombosit yang ditemukan pada pasien adalah 110 10^3/uL (150– 450 10^3/uL) sedangkan nilai HCT dalam batas normal (nilai normal perempuan 36 – 46 %), hal ini terjadi karena dalam kondisi pasien yang masih dalam derajat 2 sudah diimbangi dengan therapy pemberian cairan sehingga tidak terjadi peningkatan HCT. Menurut teori turunnya nilai trombosit dan peningkatan HCT pada pasien *Dengue Haemoragic Fever* (DHF) disebabkan oleh virus dengue yang masuk ke dalam tubuh manusia melalui gigitan nyamuk aedes Aegypti/Albopictus yang akan mengakibatkan terjadinya viremia sehingga terjadinya pelepasan toksik melalui aliran darah sehingga

terjadinya dilatasi pembuluh darah. Terjadinya dilatasi pembuluh darah mengakibatkan peningkatan permeabilitas kapiler dinding pembuluh darah yang selanjutnya dapat menimbulkan dua hal yaitu volume plasma menurun dan hematocrit meningkat maka terjadilah trombositopenia

Data lain yang diperoleh dari yaitu pasien mengatakan lingkungan tempat tinggalnya kurang bersih karena di depan rumah ada got yang selalu tergenang air. Pasien juga mengatakan sering menggantung baju di kamarnya, dan pasien tidur tidak menggunakan kelambu. Hal ini sesuai dengan teori bahwa lingkungan yang tidak bersih, dimana nyamuk Aedes Aegypti hidup dan berkembang biak pada tempat yang gelap, lembab dan tersembunyi di dalam rumah atau bangunan termasuk di tempat kamar tidur dan kamar mandi.

B. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan dari data hasil pengkajian penulis mengangkat diagnose keperawatan pada pasien Ny “B” yaitu:

1. Hipertermi berhubungan dengan penyakit. Penulis mengangkat diagnosa ini karena pasien mengalami demam dan hasil observasi Suhu: $38,5^0$ c.
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen cederah biologis. Penulis mengangkat diagnosa ini karena pasien mengalami nyeri pada bagian uluhati, nyerinya skala 6
3. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. Penulis mengangkat diagnosa ini karena didapatkan pasien mukosa bibir tampak kering dan balance cairan di dapatkan yaitu: -55 cc.

Adapun diagnosa pada tinjauan teoritis yang penulis tidak angkat dalam tinjauan kasus adalah

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan hipovolemia. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena tidak

ada data-data yang mendukung dari pasien karena masih dalam derajat 2.

2. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan umum. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pasien masih mampu makan, kerapihan dan mobilisasi di tempat tidur secara mandiri walaupun masih dibantu ke kamar mandi karena pasien merasa pusing.
3. Defisiensi pengetahuan b/d tidak familier dengan sumber informasi. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena penulis mengerti tentang penyakit *Dengue Haemoragic Fever* (DHF) karena adeknya pernah menderita penyakit *Dengue Haemoragic Fever* (DHF).

C. Rencana keperawatan

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

1. Hipertermi berhubungan dengan penyakit

   Intervensi yang dibuat oleh penulis adalah Dorong konsumsi cairan. Fasilitasi istirahat, terapkan pembatasan aktivitas, jika diperlukan. Tutup pasien dengan selimut atau pakaian ringan, tergantung pada fase demam (yaitu: memberikan selimut hangat untuk fase dingin, menyediakan pakaian atau linen tempat tidur ringan untuk demam atau fase bergejolak).Beri obat atau cairan IV (misalnya, antipiretik, antibakteri dan agen anti menggigil). Pantau suhu dan tanda-tanda vital lainya, Monitor warna kulit, Beri kompres air hangat.
2. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis

   Intervensi yang dibuat oleh penulis adalah Lakukan pengkajian nyeri komprenhensif yaitu meliputi lokasi, karateristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus. Evaluasi bersama pasien faktor-faktor yang dapat

menurunkan atau memperberat nyeri, Berikan anlgesik sesuai waktu paruhnya, terutama pada nyeri yang berat, Ciptakan lingkungan yang tenang tanpa distraksi dengan lampu yang redup dan suhu lingkungan yang nyaman jika memungkinkan, Dorong klien untuk mengambil posisi yang nyaman dengan pakaian longgar dan mata tertutup, Tunjukan dan praktikan tehnik relaksasi pada pasien Monitor tanda-tanda vital.

3. Kekurangan volume cairan

   Intervensi yang di buat oleh penulis adalah Monitor status dehidrasi, Monitor adanya sumber-sumber kehilangan cairan, Tawarkan pilihan minum setiap 1 sampai 2 jam saat terjaga, Instruksikan pasien atau keluarga tindakan-tindakan yang dilakukan untuk mengatasi hypovolemia, Berikan cairan IV yang diresepkan untuk dehidrasi, Catat asupan dan pengeluaran Monitor membrane mukosa, turgor kulit dan respons haus, Tentukan apakah pasien mengalami kekhasan atau gejala perubahan cairan, Monitor warna, kuantitas dan berat jenis urin.

D. Implementasi keperawatan

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

E. Evaluasi

Tahap ini merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang mencakup tentang apakah hasil yang diharapkan bisa dicapai. Dari hasil evaluasi yang dirumuskan penulis selama melaksanakan proses keperawatan pada pasien selama 3 hari (02 – 04 April 2015)

1. Hipertermi berhubungan dengan penyakit sudah teratasi ditandai dengan kulit teraba hangat, suhu tubuh 36,4^{0}c
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis belum teratasi karena pasien masih mengeluh nyeri dengan skala nyeri 5
3. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif penyakit ini belum teratasi sepenuhnya karena pasien masih mual, muntah menunjukan malas minum air putih, mukosa bibir sedikit lembab.

BAB V
PENUTUP

Berdasarkan hasil pembahasan yang diuraikan mengenai asuhan keperawatan pada pasien *Dengue Hemoragic Fever (DHF)* , maka penulis membuat simpulan dan saran yang dapat bermanfaat demi pengembangan dan peningkatan pelayanan perawatan pasien khususnya pada pasien *Dengue Hemoragic Fever (DHF)*

A. Kesimpulan

1. Setelah melakukan pengkajian keperawatn pada pasien Ny “B” dengan *Dengue Hemoragic Fever (DHF)* di peroleh data : pasien mengatakan demam yang di rasakan naik turun pada sore hari di sertai mual, muntah, sakit kepala, nyeri uluhati disertai kurang nafsu makan. Saat pengkajian pasien mengatakan demamnya masih naik turun, mual, muntah 3-4 x berupa cairan dan sedikit makanan, sakit kepala, dan kurang nafsu makan. Pada saat pengkajian didapatkan pasien merasa nyeri pada ulu hati, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk selama ± 15 menit, pasien mengatakan nyeri muncul secara tiba-tiba, dengan skala nyeri 6, tampak pasien meringis, kulit teraba hangat. Tampak pasien berbaring lemas di atas tempat tidur dengan posisi terlentang, tampak ptekie pada kedua lengan, tampak ekspresi wajah pasien meringis.mukosa bibir tampak kering. Hasil pemeriksaan Tanda-tanda Vital di dapat hasil : TD:110/70 mmHg , Nadi: 80x/m, pernapasan: 18x/m, Suhu : 38 ^{0}c. Terapi yang didapat di rumah sakit mendapatkan terapi Ranitidin 1 ampl IV/bolus , Novaldo 1 ampl/12 jam drips, Omeperazole 1 fl/12 jam/ iv/bolus. Pemeriksaan diagnostik yang di lakukan pada pasien ANTI DENGUE IgM positif (+). Berdasarkan data hasil pemeriksaan pendukung maka Diagnosis yang ditetapkan oleh Medis adalah DHF.

2. Setelah melakukan pengkajian penulis menemukan masalah keperawatan yang terdapat pada Ny ‘’B’’ antara lain :
   a. Hipertermi b/d penyakit
   b. Nyeri akut b/d agen cederah biologis
   c. Kekurangan volume cairan b/d kehilangan cairan aktif
3. Perencanaan tindakan keperawatan yang diusun untuk mengatasi masalah keperawatan pada Ny “B” dan semua intervensi untuk kettiga diagnoa dibuat sesuai dengan teori dan kondisi pasien.
4. Implementasi dilakukan selama 3 hari perawatan dan semuanya terlaksana dengan baik berupa tindakan mandiri, kolaborasi, pendidikan kesehatan.
5. Evaluasi masalah keperawatan yang ditemukan pada Ny “B” adalah hanya hipertermi yang teratasi.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas maka penulis menyampaikan beberapa saran untuk pertimbangan dan peningkatan kaulitas asuhan keperawatan yang ditujukan kepada:

1. Pasien dan keluarga

   Diharapkan untuk selalu memperhatikan dan menjaga kesehatan dengan melakukan tindakan pencegahan seperti gerakan 3M untuk mencegah perkembangbiakan nyamuk penyebab penyakit *Dengue Haemoragic Fever* (DHF).
2. Instansi Rumah Sakit

   Hendaknya meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit seperti tenaga kesehatan yang profesional dan berpengalaman serta memiliki keterampilan sehingga dapat tercapainya tujuan yang diharapkan.
3. Untuk perawat

   Diharapkan perlu mengupayakan agar pengkajian keperawatan dilaksanakan secara sistematis sesuai konsep dengan

menggunakan komunikasi therapeutik sehingga data-data yang didapatkan akurat dan memudahkan dalam menentukan masalah yang ada penderita. Diharapkan kepada perawat agar selalu mengawasi dalam pemberian therapi cairan pada pasien dengan *Dengue Haemoragic Fever* (DHF).

4. Institusi pendidikan

   Diharapkan agar memberikan materi yang lebih banyak lagi pada mahasiswa tentang ilmu penyakit dalam khususnya tentang *Dengue Haemoragic Fever (DHF)*, karena penyakit ini sering ditemukan di masyarakat sehingga mahasiswa perawat lebih mengembangkan cara penanganannya pada masyarakat. Diharapkan pendidikan memperbanyak persediaan buku – buku di perpustakaan khususnya buku yang membahas tentang *Dengue Haemoragic Fever* (DHF).

5. Untuk mahasiswa

   Hendaknya dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien, selalu memberikan penjelasan kepada pasien maupun keluarga untuk menjaga, memperhatikan dan mencegah faktor-faktor penyebab *penyakit Dengue Haemoragic Fever* (DHF).

6. Masyarakat

   Diharapkan memperhatikan kesehatan lingkungan dengan melakukan tindakan pencegahan seperti melakukan gerakan 3 M – PLUS untuk mencegah perkembangbiakan nyamuk penyebab penyakit *Dengue Haemoragic Fever* (DHF).

DAFTAR PUSTAKA

Desmawati. (2013). *Sistem Hematologi dan Imunologi*. Jakarta : IN MEDIA.

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

Handayani, Wiwik. (2012). *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Hematologi*. Jakarta : Salemba Medika.

Herdman, T. Heather. (2013). *Nanda International Diagnosa keperawatan Defenisi dan Klasifikasi 2015-2017*. jakarta: EGC.

Krishnan, Muralli. (2013). *Terobosan Riset Vaksin DBD di India*. file:///E:/Nonama/file/Terobosan%20Riset%20Vaksin%20DBD%20di%20India%20_%20Iptek%20_%20DW.DE%20_%2019.02.2013.html. Akses 05 Mei 2015.

Kunoli, J. Firdaus. (2012). *Asuhan Keperawatan Penyakit Tropis*. Jakarta: TIM

Medical Record Rumah Sakit Stella Maris, Makassar.2018

Muttaqin. (2012). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler dan Hematologi*. Jakarta: Salemba Medika.

Soegang, soegijanto. (2010). *Demam Berdarah Dengue*. Edisi 2. Surabaya: Airlangga University Press

Susanto, E. Cornelius. (2015). *641 Orang Tewas Akibat DBD pada 2014*. file:///E:/Nonama/file/641%20Orang%20Tewas%20Akibat%20DBD%20pada%202015.htm. Akses 05 Mei 2015.

Widoyono, (2011). *Penyakit Tropis Epidemiologi, Penularan, Pencegahan dan Pemberantasannya*. Jakarta: Erlangga

World Hearth Organisation, (2012). *Panduan Lengkap Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue*. Jakarta: EGC.

Http//: DinKes – SulSel.co.id (2014). Akses 06 Mei 2015.

***Jurnal Berkala Epidemiologi*,** vol.3. No.2 mei 2015 : 242-253