KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.”I” DENGAN *DENGUE HEMORAGIC FEVER* DI RUANG ST.BERNADETH IIA RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH :

YOHANES RONALDO EMAN SUSANTO
NIM : E1514401052

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM DIII KEPERAWATAN
MAKASSAR
2018

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH

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

Diajukan oleh :

Nama Mahasiswa : Yohanes Ronaldo Eman Susanto
NIM : E.15.14401.052

Disetujui Oleh :

Pembimbing I	Pembimbing II
(Rosmina Situngkir, SKM,Ns.,M.Kes)	(Yunita Gabriela Madu, S.Kep.,Ns)
NIDN: 0925117501	:

Mengetahui
Bagian Akademik dan Kemahasiswaan

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

LEMBARAN PENGESAHAN
PROGRAM D III KEPERAWATAN
STIK STELLA MARIS

Karya tulis ini dengan judul **"ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN."I" DENGAN DENGUE HEMORAGIC FEVER "DHF" DI RUANG BERNADETH II RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR"** telah dipertanggung jawabkan dan telah diujikan di hadapan Tim penguji yang dilaksanakan pada :

Hari / Tanggal : 12 Juni 2018
Pukul : 14.00-14.45 Wita
Tempat : Kampus STIK Stella Maris Makassar

TIM PENGUJI :

1. Rosmina Situngkir, SKM.,Ns.,M.Kes ( )

2. Wirmando.,S.Kep.,Ns ( )

3. Henny Pongantung,Ns.,M.Kes ( )

Mengetahui
Ketua STIK Stella Maris Makassar

(Siprianus Abdu, S.Si.,NS.,M.Kes)
NIDN: 092802710

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	:	Yohanes Ronaldo Eman Susanto
Tempat/Tanggal Lahir	:	Sungguminasa, 27 Desember 1997
Jenis Kelamin	:	Laki - laki
Agama	:	Katolik
Alamat	:	Jalan Poros Malino

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	:	Herman Hasu/ Susana Sum
Agama	:	Katolik / Katolik
Pekerjaan	:	PNS/ IRT
Alamat	:	Jalan Poros Malino

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDI Macanda	:	Tahun 2004 - 2009
SMP Hasanuddin	:	Tahun 2009 - 2013
SMA PGRI Sungguminasa	:	Tahun 2013 - 2015
STIK Stella Maris Makassar	:	Tahun 2015 - 2018

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat, rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmia (KTI) dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN."I" DENGAN DENGUE HEMORAGIC FEVER "DHF" DI RUANG BERNADETH IIA RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR".

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

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

1. Siprianus Abdu, S.Si.,NS.,M.Kes, selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.
2. Dr. Thomas Soeharto, MMR, selaku Direktur Rumah Sakit Stela Maris Makassar yang telah memberikan izin kepada penulis untuk praktek di RS. Stella Maris Makassar terutama dalam penyusunan karya tulis ini.
3. Mery Solon, S.Kep.,Ns.,M.Kes, selaku Ketua Progam Studi DIII Keperawatan yang telah memotivasi, membimbing, mengarahkan penulis selama berada di kampus tercinta STIK Stella Maris Makassar.
4. Rosmina Situngkir, SKM.,Ns.,M.Kes dan Yunita Gabriela Madu, S.Kep,Ns, selaku dosen pembimbing dalam penyusunan karya tulis yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan serta bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan karya tulis ini.
5. Henny Pongantung, Ns.,MSN dan Wirmando, S.Kep.,Ns, selaku dosen penguji karya tulis ilmiah ini.

6. Seluruh dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik dan memberikan pengetahuan selama penulis mengikuti pendidikan.
7. Tn.“I” selaku penerima Asuhan Keperawatan dan keluarga yang telah bersedia bekerja sama dalam penerapan Asuhan Keperawatan.
8. Teristimewa buat kedua orang tuaku (Herman hasu dan susana sum), serta kakak dan teman teman yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini (kak albert, remigius, paskalis, febrianti, velaria) dan semua keluargaku yang memberi dukungan, bantuan, doa dan kasih sayang selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
9. Seluruh rekan-rekan mahasiswa / i STIK Stella Maris Makassar program D III keperawatan 2015-2018, khususnya teman-teman seperjuangan di Bernadeth IIA.

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

Makassar, Mei 2018

Yohanes Ronaldo Eman Susanto

DAFTAR ISI

JUDUL

LEMBAR PERSETUJUAN

LEMBAR PENGESAHAN

RIWAYAT HIDUP

KATA PENGANTAR..... i

DAFTAR ISI iii

DAFTAR TABEL..... v

DAFTAR GAMBAR.....vi

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang 1

B. Tujuan Penulisan 3

C. Manfaat Penulisan 4

D. Metode Penulisan 4

E. Sistematika Penulisan 5

BAB II TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medik 7

1. Pengertian 7

2. Anatomi Fisiologi 8

3. Etiologi 14

4. Manisfestasi Klinik 15

5. Klasifikasi.....17

6. Patofisiologi.....18

7. Pemeriksaan Diagnostik 19

8. Penalatalaksanaan Medik.....20

B. Konsep Dasar Keperawatan .....

1. Pengkajian 22

2. Diagnosa Keperawatan 23

3. Intervensi Keperawatan 23
4. Discharge Planning 25
C. Patoflowdiagram 27
BAB III PENGAMATAN KASUS
A. Pengkajian 29
B. Analisa Data 48
C. Diagnosa Keperawatan 51
D. Intervensi Keperawatan 52
E. Implementasi Keperawatan..... 57
F. Evaluasi Keperawatan..... 88
BAB IV PEMBAHASAN 100
BAB V PENUTUP
A. Kesimpulan 108
B. Saran 109
DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR TABEL

Analisa Data 48
Diagnosa Keperawatan.....51
Rencana Keperawatan.....52
Implementasi Keperawatan.....57
Evaluasi Keperawatan.....88

DAFTAR GAMBAR

Pembuluh Darah..... 8
Sel – Sel Darah..... 8
Genogram 31

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

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 ke seluruh Indonesia. (http://www.depkes.go.id)

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 kurangnya perilaku masyarakat terhadap pembersihan sarang nyamuk, adanya pemukiman baru, 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 tahun 2016 yaitu 248 dengan Angka Kesakitan/IR = 17,11 per 100.000 penduduk terdapat 2 orang diantaranya meninggal. Angka ini meningkat dibandingkan dengan 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.

Berdasarkan data *Medical Record (MRO)* Rumah Sakit Stella Maris Makassar jumlah penderita DHF pada tahun 2015 sebanyak 502 orang dan 4 orang diantaranya meninggal. Prevalensi terbesar kasus DHF pada tahun 2015 ditemukan pada usia 15-24 tahun sebanyak 86 orang dan terdapat pada jenis kelamin laki-laki. Pada tahun 2016 terjadi peningkatan pada penderita DHF dimana jumlah penderita sebanyak 711 orang dan 4 orang diantaranya meninggal. Penderita terbanyak kasus DHF tahun 2016 ditemukan pada jenis kelamin perempuan dengan jumlah penderita 130 orang dan terdapat pada usia 15-24 tahun. Pada tahun 2017 presentase penderita penyakit DHF mengalami penurunan dibandingkan tahun sebelumnya dengan jumlah penderita sebanyak 329 orang dan 2 orang diantaranya meninggal. Prevalensi terbesar ditemukan pada usia 25-44 tahun sebanyak 62 orang dan terdapat pada jenis kelamin laki-laki.

Berdasarkan 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.*

A. 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).*

B. 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).*

C. 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 diagnosa 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) Pemeriksaan Fisik

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

D. 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 topik yaitu konsep dasar medik yang terdiri dari pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, potofisiologi, manifestasi klinik, tes diagnostik, penatalaksanaan medik dan komplikasi. Kemudian konsep dasar keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan dan perencanaan pulang, setelah itu pada akhir BAB ini dibuatkan patoflowdiagram. BAB III pengamatan kasus yang diawali dengan ilustrasi kasus, setelah itu pengkajian data dari pasien, analisa data, 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 TEORI

A. Kosep Dasar Medis

1. Pengertian

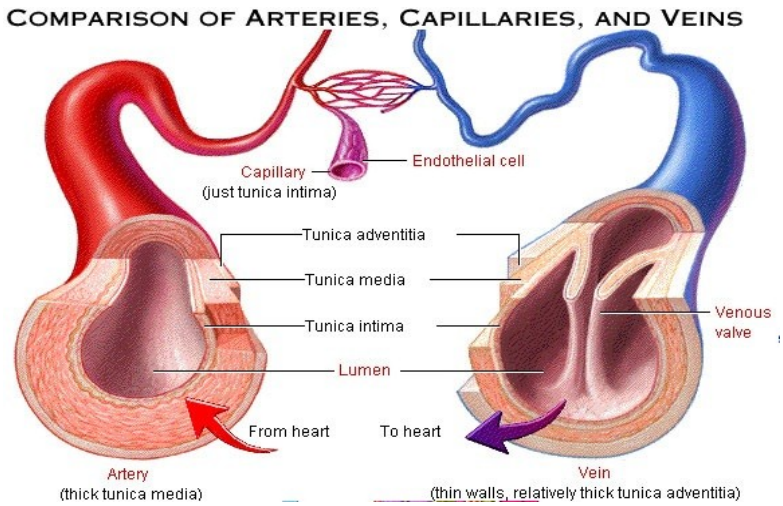
Dengue Hemoragic Fever (DHF) adalah suatu infeksi arbovirus akut yang masuk ke dalam tubuh melalui gigitan nyamuk spesies aides. Penyakit ini sering menyerang anak, remaja, dan dewasa yang ditandai dengan deman, sakit kepala, mual-muntah, nyeri otot, dan sendi (Desmawati, 2013).

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

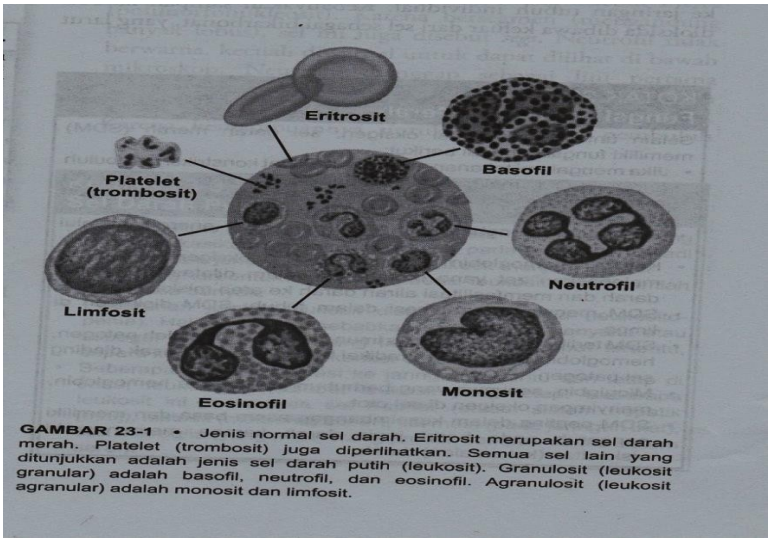
Berdasarkan defenisi diatas, maka disimpulkan bahwa *Dengue Hemoragic Fever* (DHF) adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh virus dengue yang masuk kedalam tubuh melalui gigitan nyamuk *Aedes Aigypti* yang ditandai dengan demam, sakit kepala, mual-muntah, nyeri otot dan sendi.

1. Anatomi Fisiologi
   a. Gambar anatomi pembuluh darah dan sel-sel darah
      1) Pembuluh darah



Sumber: Evi Nurhayati, 2013

      2) Sel-sel darah



Sumber: *Buku Ajar Keperawatan Dasar, Caroline Bunker, 2014*

b. Fisiologi

1) Pembuluh darah

a) Pembuluh darah arteri (Pembuluh nadi)

Pembuluh darah arteri terdiri atas tiga lapisan. Lapisan terluar terdiri atas jaringan ikat fibrus disebut *tunika advantisia*, lapisan ini berfungsi sebagai pelindung. Lapisan tengah yang memiliki otot elastis disebut *tunika media*, lapisan ini bersifat kuat berfungsi menjaga pembuluh darah tetap terbuka dan memiliki otot yang dapat berkontraksi membesar dan menyempit utuk mempertahankan tekanan darah. Lapisan terdalam disebut tunika intima, lapisan ini dibentuk oleh endothelium yang bersifat sangat licin untuk mengurangi gesekan darah dengan dinding pembuluh darah.

Pembuluh darah arteri terdiri dari dari 2 jenis, yaitu pembuluh aorta dan pulmonalis. Pembuluh aorta merupakan pembuluh arteri yang datang dari bilik jantung sebelah kiri dan bertugas mengangkut oksigen untuk diedarkan ke seluruh tubuh. Sebaliknya, pembuluh pulmonalis merupakan pembuluh arteri yang berasal dari bilik kanan. Pembuluh pulmonalis berfungsi membawa darah yang telah terkontaminasi oleh karbondioksida dari seluruh tubuh menuju ke paru-paru.

b) Pembuluh darah vena (Pembuluh balik)

Pembuluh darah vena dikenal dengan nama pembuluh balik. Pembuluh darah ini adalah jenis pembuluh darah yang datang menuju serambi jantung yang sifatnya tipis dan cukup elastis.

Sama halnya seperti seperti pembuluh arteri, pembuluh vena terdiri dari 2 bagian, yaitu pembuluh darah vena kava superior dan pembuluh darah vena kava inferior. Pembuluh

vena kava anterior adalah pembuluh darah balik yang berasal dari bagian atas tubuh . Sedangkan pembuluh darah vena kava inferior berasal dari bagian tubuh.

c) Pembuluh Darah Kapiler

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

2) Struktur Darah

Darah adalah suatu suspensi partikel dalam suatu larutan koloid cair yang mengandung elektrolit dan merupakan suatu medium pertukaran antar sel yang terfikasi dalam tubuh dan lingkaran luar. Adapun fungsinya membawa oksigen dari paru-paru ke jaringan dan karbondioksida dari jaringan ke paru-paru untuk dikeluarkan, membawa zat nutrisi dari saluran cerna ke jaringan kemudian mengantarkan sisa metabolisme melalui organ sekresi seperti ginjal, menghantarkan hormone dan materi-materi pembekuan darah.

Darah adalah suatu jaringan tubuh yang terdapat di pembuluh darah yang berwarna merah. Darah terdiri dari dua bagian yaitu: sel darah dan plasma.

a) Sel-Sel Darah

(1) Sel Darah Merah (Eritrosit)

Fungsi utama sel darah merah adalah menstransportasi hemoglobin, selanjutnya membawa oksigen dari paru-paru ke jaringan. Sel darah merah normal berbentuk cakram bikonkaf dan tidak mempunyai inti. Ukuran diameter kira-kira 7,7 unit (0,007 mm), tidak dapat

bergerak. Jumlahnya kira-kira 5 juta dalam 1 mm³ (4½ juta), warnanya kuning kemerah-merahan, karena di dalamnya mengandung suatu zat yang disebut hemoglobin.

Eritrosit dibentuk dalam sum-sum tulang, limfa dan hati. Untuk produksi produksi sel darah normal, sum-sum tulang memerlukan zat besi, vitamin B12, asam folat, piridoksin (vitamin B6) dan faktor lainnya. Defisiensi faktor-faktor tersebut selama eritropoesis mengakibatkan penurunan produksi sel darah merah dan anemia. Jumlah eritrosit normal pada orang dewasa kira-kira 11,5-15 gram dalam 100cc darah. Normal HB wanita 11,5 mg dan HB laki-laki 13,0 mg.

(2) Sel Darah Putih (leukosit)

Bentuk dan sifat-sifat dari leukosit berlainan dengan eritrosit apabila kita melihat dibawah mikroskop maka akan terlihat bentuknya yang dapat berubah-ubah dan bergerak dengan perantaraan kaki palsu (Pseudopodia), mempunyai bermacam-macam inti sel sehingga dapat dibedakan keadaan menurut inti selnya, warnanya bening (tidak berwarna), banyaknya dalam 1 mm³ darah kira-kira 5.000 – 10.000 sel/mm³. Fungsi dari leukosit yaitu:

(a) Sebagai pertahanan tubuh yang membenuh dan memakan bibit penyakit/bakteri yang masuk ke dalam jaringan tubuh RES (Sistem Retikulo Endotel) tempat pembiakannya didalam limpa dan kelenjar limpe.

(b) Sebagai pengangkutan yaitu mengangkut atau membawa zat lemak dari dinding usus melalui limpa terus ke pembuluh darah.

Macam-Macam Leukosit

- Granulosit

  Memiliki granula kecil di dalam protoplasma, memiliki diameter sekitar 10-12 mikron granula, dibagi menjadi 3 sub, yaitu ditandai dengan perbedaan kemampuan mengikat warna dan terdiri dari:

  - Netrofil

    Mempunyai inti sel yang kadang-kadang seperti terpisah-pisah protoplasmanya banyak bintik-bintik halus atau granula. Banyaknya 60-70%. Fungsi utamanya adalah untuk melindungi terhadap benda-benda asing yang masuk ke dalam tubuh, khusus kuman. Netrofil ini berwarna ungu pucat.

  - Eosinofil

    Ukuran dan bentuknya hampir sama dengan netrofil tetapi glanula dalam sitoplasmanya lebih besar, banyaknya kira-kira 24%. Fungsinya yaitu melindungi tubuh dari benda asing, khususnya parasit. Eosinofil mempunyai warna merah terang dan sitoplasmanya.

  - Basofil

    Sel ini kecil dari eosinofil tetapi inti yang bentuknya teratur, didalam protoplasmanya granula-granula besar. Mempunyai warna biru dan fungsinya tidak diketahui.

- Agranulosit

  Sel leukosit yang tidak mempunyai granula didalamnya yang terdiri darah.

  - Limfosit

    Macam leukosit yang di hasilkan dari jaringan RES (Sistem Retikulo Endotekal) dan kelenjar limfe, bentuknya ada yang besar dan ada yang kecil, didalam sitoplasmanya tidak terdapat granula dan intinya besar, banyaknya 20-25%. Fungsinya membunuh dan memakan bakteri yang masuk kedalam jaringan tubuh.

  (a) Monosit

  Terbanyak di sum-sum tulang merah, lebih besar dari limfosit. Fungsinya sebagai fagosit dan banyaknya 34%. Di bawah mikrosop terlihat protoplasmanya lebar, warna biru sedikit abu-abu mempunyai bintik-bintik sedikit kemerahan.

  (b) Trombosit

  Trombosit merupakan benda-benda kecil yang mati yang bentuk dan ukurannya bermacam-macam, ada yang bulat, lonjong, warnanya putih normal pada orang dewasa 150.000-450.000/mm³. Fungsi dari trombosit yaitu sebagai pembekuan darah.

b) Plasma Darah

Bagian cairan darah yang membentuk sekitar 5 % dari berat badan, merupakan media sirkulasi elemen-elemen darah

yang membentuk sel darah merah, sel darah putih dan sel pembeku darah juga sebagai media transportasi bahan organik dan anorganik dari suatu organ atau jaringan

2. Etiologi

Dengue Haemorragic Fever disebabkan oleh virus *dengue* yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes*. Nyamuk *Aedes* terdiri atas 5 jenis, yaitu : *Aedes Aegypti, Aedes Albopictus, Aedes Polynesiensis, Aedes Scutellaris, dan Aedes Pseudoscutellaris.* Di Indonesia yang paling banyak sebagai vektor virus *dengue* adalah *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus.*

a. Aedes Aegypti

Merupakan spesies nyamuk yang suka beristirahat di tempat gelap, lembab, dan tersembunyi di dalam rumah atau bangunan termasuk di kamar tidur, kamar mandi, dll. Nyamuk ini mempunyai kebiasaan menghisap darah manusia sepanjang hari terutama antara jam 08.00-13.00 dan antara jam 15.00-17.00. 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, berkembang biak di dalam 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 seperti itu menyebabkan spesies ini banyak dijumpai di daerah pedesaan, pinggiran kota dan taman-taman kota. Namun, kebiasaan nyamuk

jenis ini dalam mencari makan memungkinkan spesies ini mentransmisikan virus *dengue* dari kera ke manusia dan sebaliknya. Telur *Aedes albopictus* resisten terhadap pengawetan melalui proses pengeringan dalam waktu beberapa bulan. (Desmawati, 2013)

3. Manifestasi Klinik

Gejala klinis yang timbul pada penyakit *Dengue Hemoragic Fever* (DHF) antara lain:

a. Demam

Penyakit didahului oleh demam tinggi yang mendadak terus menerus, berlangsung 2-7 hari, naik turun tidak mempan dengan obat antiseptic. Kadang suhu tubuh sangat tinggi sampai 40°C dan dapat terjadi kejang demam. Saat fase demam mulai cenderung dan klien tampak seakan sembuh, tetapi juga sebagai awal kejadian syok, biasanya pada hari ketiga dari demam. Hari ke 3, 4 dan 5 adalah fase kritis yang harus dicermati dan pada hari ke 6 dapat terjadi syok, kemungkinan terjadi perdarahan dan kadar trombosit sangat rendah.

b. Tanda-tanda Pendarahan

Penyebab perdarahan pada DHF adalah: trombositopenia dan gangguan fungsi trombosit serta koagulasi intravascular yang menyeluruh. Jenis perdarahan terbanyak adalah perdarahan kulit seperti uji tourniuquet positif, *petechia, purpura ekimasis* dan perdarahan konjunctiva. *Petechia* merupakan tanda khas perdarahan yang sering ditemukan. Tanda ini dapat ditemukan pada *epistaksis*, perdarahan gusi, *melena* dan *hematemesis* dan dapat perdarahan subkonjunctiva atau *hematuria*.

c. Hepatomegali

Ditemukan pada permulaan penyakit, bervariasi dan hanya sekedar dapat diraba sampai 2 cm di bawa lengkungan iga kanan.

Derajat pembesaran hati tidak sejajar dengan beratnya penyakit, namun nyeri tekan pada daerah tepi hati, berhubungan dengan adanya perdarahan, pada sebagai kecil kasus dapat dijumpai ikterus.

d. Syok

Pada kasus ringan dan sedang, semua tanda dan gejala klinis menghilang setelah demam turun disertai dengan keringat, perubahan denyut nadi dan tekanan darah, ujung ekstremitas teraba dingin, disertai kongesti kulit. Perubahan ini memperlihatkan gejala gangguan sirkulasi sebagai akibat dari perembesa plasma beberapa saat setelah suhu turun antara hari ke 3-7 terdapat tanda kegagalan sirkulasi.

(1) Kulit teraba kasar dan lembab terutama di ujung jari dan kaki.
(2) Sianosis di sekitar mulut.
(3) Klien menjadi gelisah.
(4) Nadi cepat, lemah kecil sampai tak teraba.
(5) Pada saat akan syok beberapa klien tampak sangat lemah, gelisah dan sakit perut.

Syok dapat terjadi dalam waktu yang sangat singkat, klien dapat meninggal dalam waktu 12-24 jam atau cepat sembuh setelah penggantian cairan. Apabila syok tidak dapat diatasi akan terjadi komplikasi asidosis metabolik, pendarahan saluran cerna hebat, kejang dan koma (pada klien dengan perdarahan intraserebral).

Gejala tambahan pada *Dengue Hemorragic Fever* (DHF):

a. Perdarahan
b. Masa inkubasi dengue antara 3-15 hari, rata-rata 5-8 hari
c. Peningkatan suhu secara tiba-tiba
d. Sakit kepala dapat menyeluruh atau berpusat pada supra orbital dan tetra orbital
e. Nyeri hebat pada otot dan tulang bila tendon dan otot perut ditekan

f. Mual dan muntah
g. Batuk ringan
h. Pada masa ditemukan pembengkakan, infeksi konjuctiva lakrimasi dan fotofobia dan otot-otot sekitar mata terasa pegal
i. Eksontem muncul pada awal demam, terlihat pada muka dan dada yang berlangsung pada beberapa jam kemudian muncul kembali pada hari 3-6
j. Bercak di tangan dan kaki lalu seluruh tubuh
k. Pada hari ke 4 dan ke 5, nadi cepat kemudian normal/ lebih lambat
l. Bradikardi menetap pada masa penyembuhan
m. Lidah kotor dan konstipasi
n. Hari ke 3 dan ke 5 muncul petechia, purpura, ekomosis, hematemesis, melena, dan epistaksis
o. Hati membesar dan nyeri tekan (+)
p. Gejala syok
q. Sianosis perifer terutama pada ujung hidung, jari-jari tangan dan kaki

4. Klasifikasi *Dengue Hemoragic Fever*

Klasifikasi derajat *Dengue Hemoragic Fever* (DHF) menurut WHO :

a. Derajat I

Demam disertai gejala yang tidak khas, terdapat manisfestasi perdarahan (uji tourniquet positif).

b. Derajat II

Derajat I ditambah gejala perdarahan spontan dibawah kulit dan perdarahan lain.

c. Derajat III

Kegagalan sirkulasi darah, nadi cepat dan lemah, tekanan nadi menurun (20 mmHg, kulit dingin, lembab, gelisah, hipotensi).

d. Derajat IV

Nadi tidak teraba, tekanan darah tidak dapat diukur. (Padila,2013).

5. Patofisiologi

Virus *dengue* masuk kedalam 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 anomsetik antybody sehingga menimbulkan konsentrasi kompleks antigen antibody (kompleks virus antibody) yang tinggi dan akan mengaktivasi sistem komplemen yang berakibat dilepaskannya anafilatoksin C3a dan C5a. Dari pelepasan ini akan terjadi pelepasan toksik melalui aliran darah sehingga terjadi dilatasi pembuluh darah. Selain terjadi dilatasi pembuluh darah, pelepasan toksin ini pula dapat menimbulkan peningkatan set-point termostat hipotalamus yang merangsang zat pirogen untuk dilepaskan dari degenaerasi jaringan tubuh sehingga timbul demam.

Terjadinya dilatasi pembuluh darah, mengakibatkan peningkatan permeabilitas kapiler dinding pembuluh darah, yang selanjutnya dapat menimbulkan dua hal, yaitu volume plasma menurun dan hematokrit meningkat dan terjadi kebocoran plasma ke ruang intravaskuler. Akibat menurunnya volume plasma dan peningkatan hematokrit maka terjadilah trombositopenia. Trombositopenia terjadi akibat terjadi akibat penurunan produksi trombosit oleh sumsum tulang (meningkatnya megakarosit dalam sumsum tulang dan pendeknya masa hidup trombosit), peningkatan destruksi di *RES (Reticulo Endotelial Sistem),* peningkatan pemakaian destruksi trombosit di perifer dan agregasi trombosit akibat endotel yang rusak. Akibat dari semuanya itu terjadilah

penurunan pembekuan darah sehingga terjadi perdarahan pada bagian CIS dan CES dan mengakibatkan transport asam basa menurun.

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 asam lambung bersifat sangat asam sehinggat terjadi rangsangan mual muntah yang menimbulkan suplai nutrisi menurun dan proses metabolise menurun. Hal lain dapat pula terjadi pada daerah lambung yaitu asidosis metabolik karena hilangnya bikarbonat melalui adanya muntah yang sangat berlebihan yang terjadinya secara terus-menerus. (Suriadi, Yuliani, 2010)

6. Pemeriksaan Diagnostik
   a. Uji torniquet

      Dikatakan positif bila ada butir-butir merah (petekie) ±20 pada diameter 2,5 inci.

      Dikatakan negatif bila tidak ada butir-butir merah (petekie).
   b. Pemeriksaan darah lengkap :
      1) Hematokrit (Hct) meningkat lebih dari 20%

         Normalnya : Laki-laki : 40-54%

         Perempuan : 36-46%
      2) Trombosit (PLT) menurun ≤ 100.000 /mm^3

         Normalnya : 150.000-450.000/mm^3
      3) Leukosit menurun pada hari kedua dan ketiga

         Normalnya : 5000-10.000/uL
      4) Hemoglobin (Hb) menurun jika terjadi perdarahan yang hebat

         Normalnya : Laki-laki : 13-16 g/dL

         Perempuan : 12-15 g/dL

5) Pada pemeriksaan kimia darah terdapat hiponatremia, hipopreteinemia

c. Pemeriksaan CT Scan:
   1) Hepar : Menunjukan adanya pembesaran lobus hepar (*Hepatomegali*)
   2) Limfa : Menunjukan adanya pembesaran limfa (*Splenomegali*)

d. Rontgen Thoraks : Effusi pleura. (Desmawati,2013)

7. 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 dan perputaran bola mata. 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 hangat
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_2 karena kerja jantung menurun, penderita *pre-syok* dan *syok*. 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

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian Pola Gordon

a) Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Lingkungan tempat tinggal kurang baik, tidur tidak memakai kelambu dan pemeliharaan kebersihan diri kurang dan banyak genangan air, kaleng bekas, plastik dan penampungan air dalam keadaan terbuka.

b) Pola Nutrisi dan Metabolik

Penurunan nafsu makan,sakit menelan,mual dan muntah,dan anoreksia. Membran mukosa bibir kering, penurunan berat badan,pucat, tugor kulit kering, nyeri ulu hati dan perdarahan gusi.

c) Pola Eliminasi

Sering kencing, penurunan keluaran urin, hematemesis, feses darah segar, diare dan konstipasi. Distensi abdomen, hiperperistaltik usus, perubahan warna urin dan feses.

d) Pola Aktivitas dan Latihan

Keletihan, kelemahan, malaise umum, penurunan semangat untuk bekerja, sakit kepala, pegal seluruh tubuh dan demam. Kurang tertarik pada keadaan sekitar, lesu, kelemahan otot, penurunan kekuatan, keletihan, nyeri otot / persendian / .punggung, epitaksis, ekimosis, dan keringat dingin dingin.

e) Pola Persepsi Kognitif

Mengungkapkan rasa sakit, mengalami gangguan proses berpikir (bingung), gangguan pendengaran, penghidupan dan pengecapan

f) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Mudah marah, khawatir kehilangan waktu kerja / sekolah, frustasi dengan penyakit. Ansietas, gelisah, mudah marah, fokus pada diri

sendiri, tergantung pada hubungan dengan siapa yang memberi rasa aman dan perlindungan.

g) Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama

Ketidakmampuan aktif sosial, perasaan isolasi**,** diam, rasa tidak berdaya

h) Pola reproduksi dan seksualitas

Kepuasan dan ketidakpuasan yang dirasakan klien terhadap seksualitasnya

i) Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stress

Nyeri abdomen, sakit kepala, nyeri tulang/sendi, gelisah Perilaku sehari-hari, gelisah, fokus pada diri sendiri.

j) Pola sistem nilai kepercayaan

Keyakinan, tata nilai budaya, Alat-alat beribadah.

2. Diagnosis Keperawatan
   a. Kekurangan volume cairan b/d kehilangan cairan aktif
   b. Hypertermi b/d penyakit
   c. nyeri akut b/d agens cedera biologis
   d. Risiko perdarahan dengan faktor risiko koagulopati inheren (trombistopenia)
   e. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d faktor biologis.
   f. Risiko syok dengan faktor risiko hipovolemia
   g. Difisiensi pengetahuan b/d kurang sumber pengetahuan

3. NOC (*Nursing Outcomes Classifications*) dan NIC (*Nursing* Interventions *Classifications*)
   a. 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

b. 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

c. Risiko perdarahan dengan faktor risiko koagulopati inheren (trombositopenia)

NOC (*Nursing Outcomes Classifications*) :

1) Kontrol resiko
2) Perilaku patuh: Pengobatan yang disarankan
3) Manajemen diri: Terapi Antikoagulan

NIC (Nursing Interventions *Classifications*)

1) Pencegahan perdarahan
2) Manajemen obat

d. 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

e. Risiko syok dengan faktor risiko hipovolemia

NOC (*Nursing Outcomes Classifications*) :

1. Kontrol resiko
2. Deteksi resiko
3. Tanda – tanda vital

NIC (Nursing Interventions *Classifications*):

1. Kontrol infeksi
2. Pencegahan perdarahan
3. Manajemen cairan dan terapi intravena
4. Monitor tanda- tanda vital

f. Defisiensi pengetahuan b/d kurang sumber pengetahuan

NOC (*Nursing* Outcomes *Classifications*) :

1. Pengetahuan: Manajemen infeksi

NIC (*Nursing* Interventions *Classifications*)

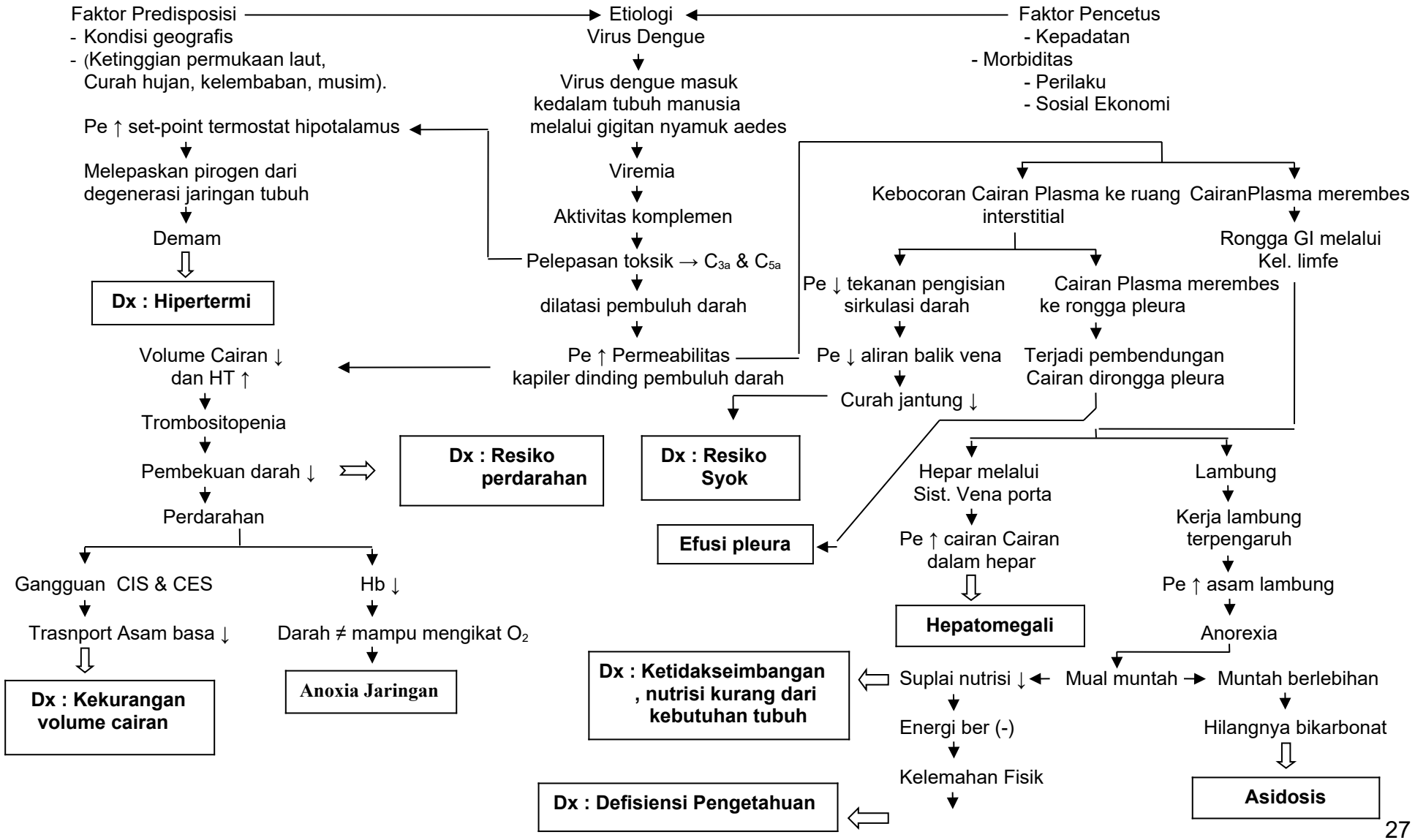
1. Pengajaran: Proses penyakit

4. Discharge *Planning*

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

a. Memberi penjelasan tentang tindakan pencegahan yang dapat dilakukan oleh keluarga untuk menghindari DHF, seperti: melakukan pemberantasan vektor di semua daerah berpotensi penularan tinggi. Ada 2 macam pemberantasan vektor antara lain:
   1) Menggunakan insektisida
      Yang lazim digunakan dalam program pemberantasan DBD adalah malathion untuk membunuh nyamuk dewasa dan *temphos* (abate) untuk membunuh jentik.
   2) Tanpa insektisida
      Caranya adalah:
      a) Menguras bak mandi, tempayan dan tempat penampungan air minimal 1 x seminggu (perkembagan telur nyamuk lamanya 7-10 hari).
      b) Menutup tempat penampungan air rapat-rapat.
      c) Membersihkan halaman rumah dari kaleng bekas, botol pecah dan benda lain.
b. Menganjurkan kepada pasien untuk rutin minum obat yang telah diresepkan oleh dokter.
c. Menganjurkan kepada pasien agar dalam beberapa hari ini tetap istirahat yang cukup, kurangi aktivitas.
d. Memberikan informasi kepada pasien, jika tidur sebaiknya menggunakan kelambu untuk mencegah gigitan nyamuk Aedes.
e. Berikan informasi yang berkaitan dengan nyamuk demam berdarah misalnya: warna bulu dan badan nyamuk.
f. Ajarkan tentang pertolongan pertama pada penderita demam berdarah dengue dengan cara memberikan cairan sebanyak mungkin.
g. Ajarkan tentang tanda dan gejala awal dari penyakit demam berdarah dengue.

C. Patoflowdiagram



Kurang informasi

PENGKAJIAN

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji : Yohanes Ronaldo Nim : E1514401052

Unit	: Bernadeth 2a	Autoanamnese : √
Kamar	: 510	Alloanamnese :
Tanggal masuk RS	: 20-03-2018	
Tanggal Pengkajian	: 22-03-2018	

1. Identifikasi
   a. Pasien

Nama inisial	: Tn.I
Umur	: 22 tahun
Jenis kelamin	: Laki-laki
Status perkawinan	: Belum menikah
Jumlah anak	: -
Agama/Suku	: Islam/Palopo
Warga Negara	: Indonesia
Bahasa yang di gunakan	: Bahasa Indonesia
Pendidikan	: Mahasiswa
Alamat rumah	: Jl. Bungajaya no.5. 24 f

   b. Penanggung jawab

Nama	: Ny. R
Umur	: 49 tahun
Alamat	: Jl. Bungajaya no.5. 24 f
Hubungan dengan pasien	: Tanta

2. Data Medik

Diagnosa medik	
Saat masuk	: Susp. DHF (Dengue Hemoragic Fever)
Saat pengkajian	: DHF Grade I

3. Keadaan Umum

a. Keadaan Sakit

Pasien tampak sakit ~~ringan~~/sedang/~~berat~~/~~tidak tampak sakit~~

Alasan : Pasien tampak berbaring lemah ditempat tidur dengan posisi terlentang, tampak terpasang infuse RL 500 cc pada tangan sebelah kanan dengan jumlah Tetesan 22 tetes/menit, tampak bintik bintik merah pada lengan atas pasien.

b. Tanda-tanda Vital

1) Kesadaran (kualitatif) : Compos mentis

Skala koma Glas gow (kuantitatif)

a) Respon motorik : 6

b) Respon verbal : 5

c) Respon membuka mata: 4

Jumlah : 15

Kesimpulan : Pasien tidak koma

2) Tekanan darah :120/80 mmHg

Map : 93,3 mmHg

Kesimpulan : fugsi ginjal memadai

3) Suhu : 38˚C [-] Oral [√] Axilla [-] Rectal

4) Pernapasan : 22 ×/menit

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

[-] Kusmaul [-] Chynes Stoke

Jenis : [√] Dada [-] Perut

5) Nadi : 72×/menit

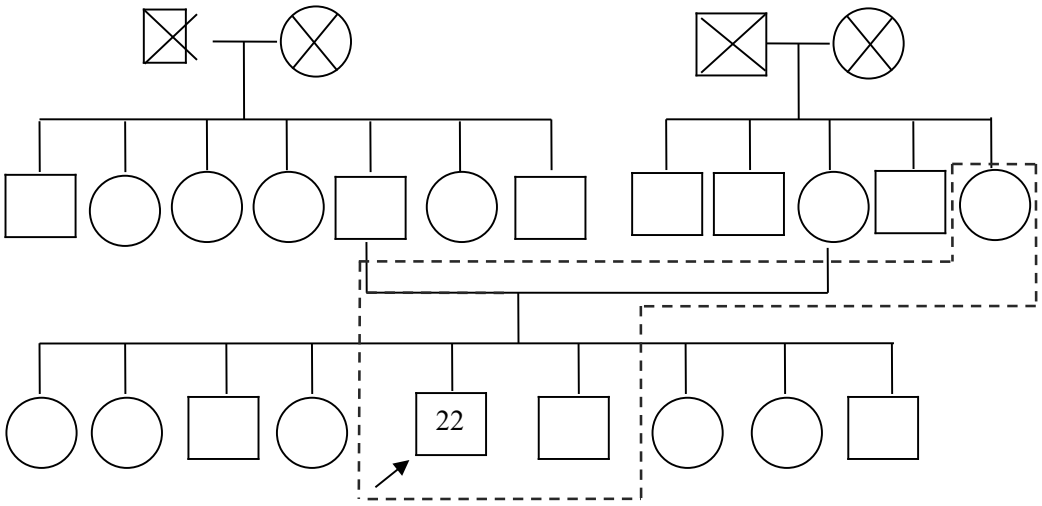
Irama : [√] Teratur [-] Bradikardi [-] Takikardi

[√] Lemah [-] Kuat

c. Pengukuran

1) Lingkar lengan atas	: 33 cm
2) Tinggi badan	: 169 cm
3) Berat badan	: 68 kg
4) IMT (ideks massa tubuh)	: 23,8 kg/m^2
Kesimpulan	: Berat badan ideal

d. Genogram



Keterangan:

: Laki-laki

: Perempuan

: Meninggal

: Tinggal serumah

: Pasien

22 : Umur pasien

4. Pengkajian pola kesehatan
   a. Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan
      1) Keadaan sejak sakit

         Pasien mengatakan kesehatan itu sangat penting tetapi ia sering tidak memperhatikan kesehatannya sehingga ia sering sakit (flu, batuk dan demam) pasien sering tidak memperhatikan kesehatannya karna sibuk bekerja (wiraswasta) pasien mengatakan jika sakit biasanya minum obat itu membantu menyembuhkan flu dan demamnya. Pasien mengatakan tinggal bersama tantenya dan tempat tinggalnya bersih karna pasien selalu memperhatikan kebersihan lingkungan rumahnya. Pasien juga mengatakan suka menggantung pakaian di dalam kamar dan tidur tidak menggunakan selimut.

      2) Riwayat penyakt saat ini

         a) Keluhan utama

            Demam

         b) Riwayat keluhan utama

         Pasien mengatakan demam yang disertai pusing, mual, nyeri ulu hati, nafsu makan berkurang dan nyeri tulang belakang di rasakan sejak ± 3 hari sebelum masuk rumah sakit. Pasien mengatakan selama sakit meminum obat paracetamol untuk menurunkan demam dan obat menghilangkan rasa mual (pasien lupa nama obatnya) yang di beli di apotik terdekat, tetapi selama pasien mengkonsumsi obat tersebut tidak ada perubahan karena panasnya naik turun, dan masih merasakan mual disertai pusing,nyeri ulu hati, nafsu makan berkurang dan nyeri tulang belakang sehingga keluarga dan pasien memutuskan untuk berobat ke rumah sakit stela maris. Pada saat di rumah sakit stela maris pasien di diagnosis dokter mengalami DHF yang ditandai dengan adanya bintik bintik merah di lengan atas

(tes/ujitorniquet) sehingga dokter menginstruksikan untuk rawat inap agar dapat perawatan selanjutnya. Pasien juga mengatakan selama melakukan pengobatan secara mandiri di rumahnya (± 3 hari sebelum masuk rumah sakit) tidak terdapat bintik bintik merah di lengan atas. Pada saat di lakukan pengkajian didapatkan data data pasien mengatakan badannya terasa panas, pusing dan mual sedangkan nyeri ulu hati dan nyeri tulang belakang sudah berkurang. Hasil observasi didapatkan pasien tampak berbaring lemah di tempat tidur serta terdapat bintik merah di lengan atas (uji tourniquet).

3) Riwayat penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan sering sakit flu, batuk dan demam tetapi tidak pernah dirawat dirumah sakit, pasien mengatakan hanya minum obat dan beristirahat.

4) Riwayat kesehatan dalam keluarga

Pasien mengatakan didalam keluarganya tidak ada anggota keluarga mengalami penyakit (DHF) seperti dialami selama ini. Pasien juga mengatakan tidak ada penyakit keturunan dalam keluarga.

5) Pemeriksaan fisik

a) Kebersihan rambut : Tampak bersih, tidak berbau, tidak mudah rontok
b) Kulit kepala : Tampak bersih, tidak ada ketombe dan tidak ada lesi
c) Kebersihan kulit : Tampak bersih,
d) Hygiene rongga mulut : Tampak bersih
e) Kebersihan genetalia : Tidak dikaji, karena pasien menolak
f) Kebersihan anus : Tidak dikaji, karena pasien menolak

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan biasanya makan 3×/hari dengan jenis makanan nasi, sayur, dan lauk, porsi makanan yang biasa dihabiskan 1 porsi. Pasien juga mengatakan biasanya minum air putih 6-7 gelas (1200-1400 CC)/hari, pasien juga mengatakan minum teh 1 gelas tiap pagi. pasien mengatakan makanan kesukaannya nasi goreng dan bakso.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan selama sakit makan 3×/hari tetapi hanya menghabiskan setengah porsi makan dari porsi yang disediakan karena pasien merasa mual dan nafsu makan menurun, sedangkan nyeri ulu hati sudah berkurang. Pasien mengatakan minum air putih ± 4-5 (800-1000 CC) gelas/hari. Pasien juga mengatakan ia sering berkeringat pada saat demam.

3) Observasi

Tampak pasien menghabiskan setengah porsi makan dari 1 porsi makanan yang disediakan dan minum air putih 1 gelas (200 CC) karana pasien merasakan mual. Tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur, tampak pasien berkeringat, tampak mukosa bibir kering dan pasien teraba hangat.

4) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan rambut : Tampak bersih, tidak mudah rontok dan tidak berbau

b) Hidrasi kulit : Tampak finger print dalam waktu < 3 detik

c) Palpebra/congjugtiva: Tampak palpebra tidak edema /congjugtiva tidak anemik

d) Sclera : Tampak tidak ikterik

e) Hidung : Tampak septum berada ditengah, tampak

tidak ada peradangan dan tidak secret

f) Rongga mulut : Tampak tidak ada peradangan (stomatitis), tidak ada bau mulut

g) Gusi : Tampak tidak ada peradangan (bewarna merah muda)

h) Gigi : Tampak rapi dan utuh

i) Gigi palsu : Tidak ada

j) Kemampuan menguyah :Pasien mampu menguyah kuat

k) Lidah : Tampak lidah bersih dan tidak peradangan

l) Pharing : Tampak pharing teraba, tidak ada pembesaran

m)Kelenjar getah bening : Teraba tidak ada pembesaran

n) Kelenjar parotis : Teraba tidak ada pembesaran

o) Abdomen

- Inspeksi : Tampak perut buncit, tampak tidak ada bayangan vena
- Auskultasi : Peristaltik usus 13×/menit
- Palpasi : Teraba tidak adanya benjolan dan tidak adanya nyeri tekan
- Perkusi : Ascites [-] Positif [✓] Negatif

p) Kulit :

- Edema [-] Positif [✓] Negatiff
- Ikterik [-] Positif [✓] Negatif
- Tanda tanda radang : Tampak tidak ada tanda tanda radang, tampak terdapat bintik bintik merah

q) Lesi : Tampak tidak ada lesi

c. Pola Eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan BAB secara teratur 1-2× sehari dengan karakteristik bewarna kuning kecoklatan dengan konsitasi lembek. BAK 4-5×/hari dengan warna kuning jernih dan berbau amoniak pasien mengatakan tidak ada masalah BAB dan BAK

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan BAB teratur 1-2× sehari dengan konsitensi lunak dan bewarna kuning kecoklatan. Pasien juga mengatakan BAK lancar 4-5× sehari dengan warna kuning jernih dan berbau khas amoniak.

3) Observasi

Tampak pasien tidak menggunakan kateter, tampak pasien kekamar mandi untuk BAK, tampak pasien kekamar mandi untuk BAK.

4) Pemeriksaan fisik

a) Peristaltik usus : 13×/menit

b) Palpasi kandung kemih : Penuh ☐ Kosong ☑

c) Nyeri ketuk ginjal : Positif ☐ Negatif ☑

d) Mulut uretra : Tidak dikaji pasien menolak

e) Anus

Peradangan : Tidak dikaji karna pasien menolak

Hemoroid : Tidak dikaji karna pasien menolak

Fistula : Tidak dikaji karna pasien menolak

d. Pola Aktivitas dan Latihan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit ia melaksanakan tugasnya sebagai karyawan swasta disebuah perusahaan samsung di wilayah kota makassar, pasien mengatakan jarang melakukuan olahraga karena ia sibuk dengan pekerjaannya. Pasien juga

mengatakan kegiatan di waktu senggang digunakannya beristirahat dan membersihkan lingkungan.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan semenjak sakit badannya terasa panas dan lemas, mual dan nafsu makan berkurang, pusing sedangkan nyeri ulu hati dan nyeri tulang belakang sudah berkurang dengan skala nyeri 3, sehingga pasien tidak mampu memenuhi kebutuhan sehari hari secara mandiri. Pasien mengatakan dalam memenuhi kebutuhannya dibantu oleh keluarga dan perawat.

3) Observasi

Tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur, tampak pasien di bantu keluarga dan perawat dalam memenuhi kebutuhannya.

a) Aktivitas harian

Makan	: 2
Mandi	: 2
Pakaian	: 2
Kerapihan	: 2
Buang air besar	: 2
Buang air kecil	: 2
Mobilisasi di tempat tidur	: 0

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

b) Postur tubuh : Pasien tampak tegak

c) Gaya jalan : Tampak tegap, tidak ada kelainan yang cacat

d) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada

e) Fiksasi : Tidak ada

f) Trachecostomi : Tidak ada

4) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

Berbaring : 120/80 mmHg

Duduk : 120/80 mmHg

Berdiri : 120/80 mmHg

Hipotensi ortostatik : Positif [-] Negatif [✓]

b) HR : 75×/menit

c) Kulit

Keringat dingin : Pasien tampak berkeringat

Basah : Kulit pasien teraba basah

d) JVP : 5-2 cmH2O

Kesimpulan : Pemompaan vertikel jantung memadai

e) Perfusi kapiler pembuluh kuku : Kembali dalam waktu < dari 3 detik

f) Thorax dan pernapasan :

- Inspeksi

Bentuk thorax : Tampak simetris kiri dan kanan

Retraksi interkosta : Tidak ada

Sianosis : Tidak ada

Stridor : Tidak ada

- Palpasi

Vocal premitus : Getaran paru kiri dan kanan sama

Krepitasi : Tidak ada

- Perkusi : Sonor [✓] Redup [-] Pekak [-]
- auskultasi

Suara napas : Vesicular

suara ucapan : Getaran paru kiri dan kanan sama

suara tambahan : Tidak terdengar

g) Jantung

- inspeksi

Ictus cordis : Tidak tampak

- Palpasi

  Ictus cordis : Teraba di ics V linea mid clavicularis sinistra

- Perkusi

  Batas jantung atas : ICS II linea sternalis sinistra

  Batas bawah jantung : ICSV linea sternalis sinistra

  Batas kanan jantung : Linea sternalis dextra

  Batas kiri jantung : Linea sternalis sinistra

- Auskultasi

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

  Bunyi jantungII P : Bunyi tunggal, ICS II dan III linea sternalis sinistra

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

  Bunyi jantung I M : Bunyi tunggal, ICS V linea mid clavicularis sinistra

  Bunyi jantung III irama gallop : Tidak terdengar

  Murmur : Tidak terdengar

  Bruit Aorta

  A. Renalis : Tidak ada

  A. Pemoralis : Tidak ada

h) Lengan dan tungkai

Atrofi otot : Positif [-] Negatif [✓]

Rentang gerak : Bebas

Kaku sendi : Tidak ada

Nyeri sendi : Tidak ada

Fraktur : Tidak ada

Parase : Tidak ada

Paralisis : Tidak ada

Uji kekuatan otot :

Kanan	kiri	
5	5	Tangan
5	5	Kaki

Keterangan

Nilai 5 : Kekuatan otot penuh

Nilai 4 : Kekuatan kurang dari sisi lain

Nilai 3 : Mampu menahan tegak tetapi tidak mampu melawan tekanan

Nilai 2 : Mampu menahan gaya gravitasi tapi dengan sentuhan jatuh

Nilai 1 : Tampak kontraksi ada sedikit

Nilai 0 : Tidak ada kontarksi otot tidak mampu bergerak

Refleks fisiologi : Biseps (+) Tripseptif (+)

Patelia (+) Achilles (+)

Reflek patologis

Babinski kiri : [-] Positif [✓] Negatif

Kanan : [-] Positif [✓] Negatif

Clubbing jari jari : Tidak ada

Vasies tungkai : Tidak ada

i) Columna vertebralis

Inspeksi: [-] Lordosis [-] Kiposis [-] Skoliosis

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan, pasien mengatakan masih merasakan nyeri tulang belakang yang dirasakan tapi sudah berkurang.

e. Pola Tidur dan Istirahat

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit tidur siang biasanya ±1 jam, dan tidur malam ±8 jam yaitu mulai dari pukul 22.00 - 05.00. Pasien mengatakan jarang tidur siang karena sibuk bekerja. Pasien mengatakan dengar musik sebelum tidur dan pasien mengatakan dirinya merasa senang jika tidur dengan suasana gelap dan ketika bangun tidur pasien merasa segar.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan tidurnya kurang nyenyak karna badanya terasa hangat, pusing, mual sedangkan ulu hati dan nyeri tulang belakang berkurang. Pasien mengatakan sejak sakit tidur malam hanya ±6 jam dan tidur siang 1 jam.

3) Observasi

Ekspresi wajah mengantuk	:	✓ Positif	-	Negatif
Banyak menguap	:	- Positif	✓	Negatif
Palpebra inferior bewarna gelap	:	- Positif	✓	Negatif

f. Pola Persepsi Kognitif

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan tidak menggunakan alat bantu penglihatan dan pendengaran serta daya ingatnya berfungsi dengan baik.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan semenjak sakit tidak menggunakan alat bantu pendengaran dan penglihatan pasien juga mengatakan penciuman serta daya ingat masih berfungsi dengan baik.

3) Observasi

Pasien tampak tidak menggunakan alat bantu pendengaran maupun penglihatan.

4) Pemeriksaan fisik

a) Kornea : Tampak jernih

Pupil : Tampak isokor kiri dan kanan

Lensa mata : Tampak jernih

Tekanan intra ovukuler (TIO) : Sama antar kiri dan kanan

b) Pendengaran

Pina : Simetris antara kiri dan kanan

Konolis : Bersih tidak tampak adanya serume

Membran timpani : Tampak utuh dan memancarkan cahaya politzner

c) pengenalan rasa pada gerakan : Mampu merasakan sentuhan lengan atas dan tungkai pada lengan dan tungkai

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan bahwa anak ke 5 dari 9 bersaudara. Pasien mengatakan bahwa dirinya adalah orang biasa biasa saja, terbuka kepada keluarga dan teman temannya tidak pemalu dan mudah bergaul.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sudah sangat merepotkan keluarga karna penyakit yang dideritanya. Pasien mengatakan bersyukur karena keluarga selalu memberi dukungan dan berharap agar cepat sembuh.

3) Observasi

a) Kontak mata : Baik, pasien dapat mepertahankan kontak mata saat berkomunikasi

b) Rentang perhatiaan : Penuh

c) Suara dan cara bicara : Jelas dan lacar

d) Postur tubuh : Tampak postur tubuh pasien tegap

4) Pemeriksaan fisik

a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada

b) Bentuk/postur tubuh : Tampak tegap

c) Kulit : Tidak ada lesi pada kulit dan tampak bintik bintik merah pada lengan atas

h. Pola Peran dan Hubungan Sesama

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan tinggal bersama tantenya dan adiknya, sedangkan ayah dan ibunya berada di palopo. Pasien mengatakan hubungannya dengan orang tua, tante, saudara saudarinya dan teman temannya baik baik saja serta di tempat kerjanya pasien akrab dengan siapa saja, pasien tidak pernah memilih milih teman dalam bergaul.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit biasa bercerita dengan keluarga dan temannya.

3) Observasi

Pasien dijenguk oleh keluarga dan teman temannya.

i. Pola Reproduksi dan Seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan umurnya masih 22 tahun dan belum menikah pasien juga mengatakan tidak pernah mengalami masalah dalam fungsi reproduksi dan seksualitasnya.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan semenjak sakit tidak ada masalah pada reproduksi dan seksualitasnya.

3) Observasi

Tampak tidak adanya kelainan atau penyimpangan seksual.

4) Pemeriksaan fisik

Tidak dikaji karena pasien menolak.

j. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stres

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit ia sibuk bekerja dengan pekerjaannya apabila pasien mengalami masalah dalam pekerjaannya biasanya pasien mengalami stres. Pasien juga mengatakan untuk mengendalikan stresnya ia bercerita kepada teman temannya atau keluarganya.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien merasa takut dengan penyakit yang dideritanya karna baru pertama kalinya terkena DHF dan dirawat di rumah sakit tetapi pasien berharap agar cepat sembuh untuk bisa beraktivitas seperti biasanya. Pasien juga mengatakan tidak mengetahui apa penyebab penyakit yang dideritanya.

3) Observasi

Tampak pasien gelisah dan bertanya tanya tentang penyakitnya, tampak ekspresi wajah pasien bingung saat ditanya mengenai penyebab dari penyakit yang dideritanya (DHF).

k. Pola Sistem Nilai dan Kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan ia menganut agama islam dan pasien jarang melaksanakan sholat 5 waktu kecuali sholat jumat karena kesibukan kerja.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan selama masuk rumah sakit, pasien lebih sering berdoa agar cepat sembuh.

3) Observasi

Tampak tidak ada alquran didekat tempat tidur pasien.

5. Uji saraf kranial

a. N I : *OLFAKTORIUS*

Pasien mampu menghidu bau minyak kayu putih dengan mata tertutup.

b. N II : *OPTIKUS*

Pasien mampu membaca papan nama perawat dari jarak 30 cm.

c. N III, IV, VI : *OCULOMOTORIUS, TROCHLEARES, ABDUSCENS*

Pasien mampu menggerakkan bola mata kesegala arah ,tekanan intraokuler antara mata kiri dan kanan sama ,pupil tampak isokor dan pasien mampu menentukan area rangsangan.

d. N V : *TRIGEMINUS*

Sensorik : Pasien mampu merasakan gesekan kapas pada wajahnya

Motorik : Pasien mampu menguyah keras.

e. N VII : *FASCIALIS*

Sensorik : Pasien mampu merasakan rasa manis pada gula

Motorik : Pasien mampu mengangkat kedua alis ,mengerutkan dahi dan tersenyum.

f. N VIII : *VESTIBULO-ACUSTICUS*

Vestibularius : Pasien tidak mampu berdiri tegak karena pusing.

Acusticus : Pasien mampu mendengarkan gesekkan jari tangan perawat pada telinga kiri dan kanan.

g. N IX : *GLOSSOPHARYNGEUS*

Tampak uvula berda di tengah

h. N X : *VAGUS*

Pasien mampu menelan dengan baik .

i. N XI : *ASCESORUS*

Pasien mampu mengangkat bahu kiri dan kanan.

j. N XII : *HYPOGLOSUS*

Pasien mampu menjulurkan lidah.

6. Pemeriksaan penunjang

a. Pemeriksaan laboratorium

Tanggal 22-03 2018

Parameter	Hasil	Flags	Nilai Normal
WBC	10,1		{4.8-10,8}
RBC	5.2		{4.7-6.1}
HGB	16.0		{14-18}
HCT	41.07		{42-52}
MCV	87.4		{80-99}
MCH	31.0		{27-31}
MCHC	36		{33-37}
PLT	42	-	{150-450}
RDW-CV	13.3		{11.5-14.5}
PDW	18.9	+	{9-13}
MPV	12.7	+	{7.2-11.1}
P-LCR	44.1	+	{15-25}
NEUT%	56.0		{40-74}
LYM%	15.5	-	{19-48}
MXD%	28.5	+	{4-18}
NEUT#	5.6		{40-74}
LYM	1.6		{1-3.7}
MXD	2.9	+	{0-1.2}

Catatan : Trombositopenia

b. Test Imuno-Serologi

Test/Jenis pemeriksaaan	Hasil	Nilai rujukan
Anti Dengue IgG	Negatif (-)	Negatif (-)
Anti Dengue IgM	Positif (+)	Negatif (-)

7. Terapi
   a. Paracetamol 500 mg/8 jam/oral (kp)
   b. Ondansentron 4 mg/12 jam/iv
   c. Methylprednisolone 2 mg/12 jam/iv
   d. Omeprazole 20 mg/12 jam/iv
   e. Psidi 500 mg/8 jam/oral

B. ANALISA DATA

Nama/umur : Tn.”I”/22 tahun

Kamar/ruangan : 510/Bernadeth IIa

No	Data	Etiologi	Problem
1	DS: - Pasien mengatakan demam, pusing, mual dan nyeri ulu hati, nafsu makan berkurang dan nyeri tulang belakang sejak ±3 hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit tetapi pasien mengatakan tidak terdapat bintik bintik merah pada lengan atas selama dilakukan pengobatan secara mandiri dirumahnya DO : - Keadaan umum pasien tampak lemah - Tampak bintik bintik merah pada lengan atas pasien (uji torniquet) - Hasil PLT tanggal 22-03-2018 42 10ˆ3/uL	Dengan faktor Resiko Koagulopati Inheren (Trombositopenia)	Resiko Perdarahan
2	DS : - Pasien mengatakan demam ± dirasakan 3 hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit - Pasien mengatakan selama masuk rumah sakit meminum obat paracetamol untuk mengobati demam yang dibeli diapotik terdekat tetapi tidak ada perubahan karna panasnya naik turun - Pasien mengatakan badanya terasa panas dan berkeringat	Penyakit	Hipertermi

	DO : - Keadaan umum pasien tampak lemah - Badan pasien teraba panas dan berkeringat - Kulit pasien teraba basah - Perfusi kapielr kuku kembali dalam < dari 3 detik - Observasi TTV TD : 120/80 mmHg S : 38° C P : 22×/Menit N : 72×/Menit - Hasil laboratorium HCT 41.07 % PLT 42 10^3/uL PDW 18.9 fL MPV 12.7 fL PLCR 44.1 % LYM 15.5 % MXD% 28.5 % MXD# 2.9 10^3/uL Catatan :trombositopenia Test Imuno Serologi Anti dengue IgG (+) Anti dengue IgM (-)		

3	DS: - Pasien mengatakan tidak mengetahui apa penyebab penyakit yang diderita - Pasien mengatakan takut dengan penyakit yang diderita karena untuk pertama kali terkena DHF DO : - Tampak pasien gelisah dan bertanya tanya tentang penyakit - Tampak ekspresi wajah bingung saat ditanya mengenai penyebab dari penyakit yang dideritanya (DHF)	Kurang Sumber Pengetahuan	Defisiensi Pengetahuan

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama/umur : Tn.”I”/22 tahun

Kamar/ruangan : 510/Bernadeth lia

No	Diagnosa Keperawatan
1	Resiko Perdarahan dengan faktor Resiko Koagulopati Inheren (Trombositopenia)
2	Hipertermi b/d Penyakit
3	Defisiensi Pengetahuan b/d Kurang Sumber Pengetahuan

C. INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama/umur : Tn.”I”/22 tahun

Kamar/ruangan : 510/Bernadeth IIa

Tanggal	Diagnosa keperawatan	NOC	NIC
22-03-2018 I	Resiko Perdarahan dengan faktor Resiko Koagulopati Inheren (Trombositopenia) DS : • Pasien mengatakan demam, pusing , mual dan nafsu makan berkurang dan nyeri tulang belakang sejak ± 3 hari sebelum masuk rumah sakit tetapi pasien mengatakan tidak terdapat bitik bintik merah pada lengan atas selama dilakukan pengobatan secara mandiri dirumahnya DO : • Keadaan umum pasien tampak lemah • Tampak bintik bintik merah pada lengan atas selama uji torniquet • Hasil PLT tanggal 22-03-2018 : 42 10^3/UL	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3X24 jam diharapkan pasien dapat menunjukkan kontrol risiko dengan indikator skala target outcome • Mengenal faktor risiko individu dipertahankan pada skala 2 (jarang menunjukkan) ditingkatkan ke skala 4 (sering menunjukkan) • Monitor faktor risiko individu dipertahankan pada skala 3 (kadang kadang menunjukkan) ditingkatkan ke skala 4 (sering menunjukkan) • Monitor perubahan status kesehatan dipertahankan pada skala 3 (kadang kadang	➢ Pencegahan perdarahan 1. Monitor dengan ketat tanda tanda terjadinya perdarahan pada pasien 2. Monitor jumlah trombosit hitung dengan cara yang tepat 3. Berikan penjelasan tentang pengaruh trombosit tupenia yang disertai dengan tanda tanda klinis 4. Instruksikan pasien dan keluarga untuk memonitor tanda tanda perdarahan dan mengambil tindakan yang tepat jika terjadi perdarahan (misalnya lapor kepada perawat) 5. Pertahakan agar pasien tetap tirah baring (istirahat banyak)

		menunjukkan) ditingkatkan ke skala 4 (sering menunjukkan)	6. Monitor hasil laboratorium trmbosit hitung (RBC dan HCT) ➢ Manejemen obat 1. Berikan dan jelaskan obat yang diperlukan (terapi trombolitik)
II	Hipertermi b/d Penyakit DS : • Pasien mengatakan demam ± dirasakan 3 hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit • Pasien mengatakan selama sakit meminum obat paracetamol untuk mengobati demam yang dibeli diapotik terdekat tetapi panasnya masih naik turun • Pasien mengatakan badannya terasa panas DO: • Keadaan umum pasien tampak lemah – Badan pasien teraba panas dan berkeringat • Kulit pasien teraba basah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3X24 jam diharapkan pasien dpat menunjukkan termoregulasi dengan indikator skala target outcome • Hipertermi dipertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) ditingkatkan ke skala 4 (sedikit terganggu) • Peningkatan suhu kulit diperthankan pada skala 3 (cukup tergganggu)	➢ Pengaturan suhu 1. Monitor suhu paling tidak setiap 2 jam sesuai kebutuhan 2. Monitor intake dan output 3. Monitor tekanan darah, nadi, respirasi 4. Tingkatkan intake cairan dan nutrisi adekuat 5. Anjurkan pasien untuk menggunakan selimut yang mensirkulasi air, pakaian yang tipis mandi air hangat

	• Perfusi kapiler kembali dalam waktu < dari 3 detik • Observasi TTV TD : 120/80 mmHg S : 38°C N : 72×/menit P : 22×/menit • Hasil Laboratorium PLT 42 10^3/uL HCT 41.07 % PDW 18.9 fL MPV 12.7 fL P.LCR 44.5 % LYM% 15.5 % MXD% 28.5 % MXD # 2.9 10^3/UL Catatan : Trombositopenia Test Imuno Serologi Anti dengue IgG (+) Anti dengue IgM (-)	ditingkatkan pada skala 4(sedikit terganggu) • Berkeringat saat panas dipertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) ditingkatkan ke skala 4 (sedikit terganggu)	untuk menurunkan suhu tubuh sesuai kebutuhan 6. Sesuaikan suhu lingkungan untuk kebutuhan pasien 7. Berikan pengobatan antipiretik, antimetik, dan analgesik sesuai kebutuhan ➢ Aplikasi panas/dingin 1. Pilih metode stimulasi yang nyaman dan tersedia (misalnya kompres basah (dingin) untuk menurunkan suhu tubuh 2. Pertimbangkan ketersediaan dan kondisi kerja yang aman dari semua peralatan yang digunakan untuk mengaplikasikan perangkap panas atau dingin 3. Aplikasikan panas atau dingin secara langsung atau didekat lokasi yang

			diperlukan jika memungkinkan 4. Evaluasi kondisi umum, keamanan, kenyamanan seluruh perawatan (aplikasi panas atau dingin) ➢ Pengajaran proses penyakit
III	Defisiensi Pengetahuan b/d Kurang Sumber Pengetahuan DS : • Pasien mengatakan tidak mengetahui penyebab penyakit yang dideritanya • pasien mengatakan takut dengan penyakit yang dideritanya karena untuk pertama kalinya terkena penyakit DHF DO : • Tampak pasien gelisah dan bertanya tanya tentang penyakitnya	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3X24 jam diharapkan pasien mampu mengetahui manajemen infeksi (DHF) dengan indikator skala target outcome : • Faktor yang berkonstribusi terhadap penurunan infeksi dipertahankan pada skala 3 (pengetahuaan sedang) ditingkatkan ke skala 4 (pengetahuaan banyak) • Tanda dan gejala infeksi dipertahankan pada skala 3	1. Kaji tingkat pengetahuaan pasien terkait dengan proses penyakit yang spesifik 2. Jelaskan mengenai proses penyakit (pengertian, etiologi, tanda dan gejala, patofisiologi, pemeriksaan diagnosis, penataklaksanaan media, komplikasi dan discharge planning), sesuai kebutuhan 3. Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah

	• Tampak ekspresi pasien wajah pasien bingung saat ditanya mengenai penyebab dari penyakit yang dideritanya (DHF)	(pengetahuaan sedang) ditingkatkan ke skala 4 (pengetahuaan banyak) • Komplikasi infeksi diperthankan pada skala 3 (pengetahuan sedang) ditingkatkan ke skala 4 (pengetahuan banyak) • Pengobatan infeksi yang terdiagnosis dipertahankan pada skala 3 (pengetahuan sedang) ditingkatkan ke skala 4 (pengetahuan banyak) • Tindak lanjut untuk infeksi yang terdiagnosis dipertahankan pada skala 3 (pengetahuaan sedang) ditingkatkan ke skala 4 (pengetahuaan banyak)	komplikasi yang akan datang/atau mengontrol proses penyakit 4. Kaji pengetahuaan pasien mengenai kondisinya

D. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama/umur : Tn.”I”/22 tahun
Kamar/ruangan : 510/Bernadeth IIa

Tanggal	DP	Waktu	Pelaksanaan keperawatan	Nama Perawat
23 Maret 2018	II	07.00	Memonitor suhu paling tidak setiap 2 jam sesuai kebutuhan. hasil : S = 37,9°C	Velaria
	II	07.10	Memberikan pengobatan antipiretik sesuai kebutuhan hasil :	Perawat ida
	II	07.13	- paracetamol 500 mg/oral - tampak pasien minum setelah gelas air hangat (100 cc)	Ausebia
	II	07.18	Menyesuaikan suhu lingkungan untuk kebutuhan pasien Hasil : suhu ruangan sesuai dengan keadaan pasien (suhu ac dinaikkan untuk menyesuaikan keadaan pasien)	Ausebia
	II	07.25	Menganjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang tipis untuk menurunkan suhu tubuh sesuai kebutuhan hasil : - tampak pasien mengerti dan mau mengikuti anjuran perawat - tampak pasien menggunakan pakaian tipis	Indan

	II	07.40	Mengaplikasikan panas atau dingin (kompres basah (hangat)) secara langsung atau di dekat lokasi yang di perlukan jika memungkinkan hasil : tampak pasien di berikan kompres hangat oleh perawat	Indan
	II	08.00	Mengevaluasi kondisi umum keamanan, dan kenyamanan seluruh perawatan (aplikasi panas atau dingin) hasil : - badan pasien masih teraba hangat - pasien masih berkeringat - suhu tubuh 37,5°C - tampak tidak terjadi iritasi pada kulit pasien - pasien mengatakan merasa nyaman setelah dilakukuan kompres oleh perawat.	Ausebia
	II	09.45	Meningkatkan intake cairan dan nutrisi adekuat hasil : - tampak pasien minum setengah gelas air hangat (100 cc) - tampak terpasang infuse RL 500 cc dengan jumlah tetesan 22/permenit - tampak pasien hanya menghabiskan 1 sendok makan, makanan yang di sediakan pada	Indan

			saat sarapan pagi karna pasien masih merasa mual, tetapi nyeri ulu hati sudah berkurang	
	II	10.00	Memonitor tekanan darah, nadi, respirasi dan keadaan pasien sesuai kebutuhan hasil : - pasien mengatakan badannya masih teraba hangat tetapi sudah merasa nyaman setelah di lakukan kompres hangat - pasien mengatakan masih merasa pusing, mual, dan nafsu makan berkurang tetapi nyeri ulu hati dan nyeri tulang belakang sudah berkurang - observasi TTV: TD : 120/90 mmHg N : 76x/menit P : 21x/menit S : 37,5 °C	Perawat ida
	I	10.22	Memonitor dengan ketat tanda-tanda terjadinya perdarahan pada pasien hasil : - pasien mengatakan masih terdapat bintik-bintik merah pada lengan atas. - tampak masih ada bintik-bintik merah pada lengan atas paien	Velaria
	I	10.28	Menginstruksikan pasien dan keluarganya untuk memonitor tanda	Ausebia

			-tanda perdarahan dan mengambil tindakan yang tepat jika terjadi perdarahan (misalnya lapor perawat) hasil : Tampak pasien dan keluarga mengerti dan mau mengikuti instruksi yang di berikan oleh perawat	
	I	10.35	Memonitor hasil laboratorium (Trombosit hitung, RBC, dan HCT) Hasil : RBC : 5,6 10^6/uL PLT : 48 10^3/uL HCT :42,20 %	Ausebia
	I	11.00	Memberikan penjelasan tentang pengaruh trombosit tupenia yang disertai dengan tanda-tanda klinis hasil : tampak pasien dapat mengerti dengan penjelasan yang diberikan oleh perawat	Velaria
	I	11.05	Mempertahankan agar pasien tetap tirah baring (istirahat yang banyak) hasil : tampak pasien dalam keadaan tirah baring dan semua kebutuhannya dibantu oleh perawat dan keluarga	Ausebia
	II	12.00	Meningkatkan intake/cairan dan nutrisi yang adekuat hasil : - tampak pasien minum setengah gelas air hangat (100 cc)	Velaria

			- tampak pasien hanya menghabiskan setengah porsi makanan yang disediakan karena pasien masih merasa mual tetapi nyeri ulu hati sudah berkurang	
	II	12.05	Memonitor suhu paling tidak setiap 2 jam sesuai kebutuhan hasil : suhu = 37°C	Velaria
	II	12.15	Menyesuaikan suhu lingkungan untuk kebutuhan pasien hasil : suhu ac dalam ruangan sesuai dengan keadaan pasien	Ausebia
	I	13.00	Memberikan dan menjelaskan obat yang di perlukan (terapi trombolitik) hasil : - psidi 500 mg/oral - tampak pasien minum setengah gelas air hangat (100 cc) - tampak pasien mengerti dengan pemberian obat terhadap penyakitnnya	Ausebia
	III	13.15	Mengkaji tingkat pengetahuan pasien terkait dengan proses penyakit yang spesiffik hasil : Pasien mengatakan tau apa itu DHF yaitu penyakit demam berdarah tetapi pasien belum mengetahui apa itu penyebab tentang penyakit DHF	Ausebia
	III	13.30	Menjelaskan apa proses penyakit	Velaria

			(DHF) sesuai kebutuhan Hasil : tampak perawat menjelaskan mengenai proses penyakit DHF kepada pasien	
	III	14.00	Mendiskusikan tentang perubahan gaya hidup yang mungkin di perlukan untuk mencegah komplikasi dimasa yang akan datang/atau mengontrol proses penyakit hasil : tampak pasien mengerti penjelasan yang di berikan oleh perawat mengenai perubahan gaya hidup yang mungkin mencegah komplikasi yang akan datang.	Febrianti
	III	14.15	Mengkaji pengetahuan pasien mengenal kondisinya hasil : - pasien mengatakan penyebab penyakit DHF itu adalah lingkungan kotor dan menggantung pakaian di sembarang tempat - tampak pasien sudah dapat menjelaskan menggunakan bahasa sendiri mengenai proses penyakit	Sherly
	II	15.45	Memonitor suhu paling tidak setiap 2 jam sesuai kebutuhan hasil : suhu 37,2˚C	Sherly
	II	15.50	Memonitor tekanan darah, nadi, respirasi dan keadaan umum	Sherly

			hasil : _ pasien mengatakan badannya masih teraba hangat _ pasien mengatakan masih merasa pusing, mual dan nafsu makan berkurang tetapi nyeri ulu hati dan nyeri tulang belakang sudah berkurang - observasi TTV TD : 120/80 mmHg N : 74×/menit P : 20×/menit	
	II	16.00	Memonitor suhu paling tidak 2 jam sesuai kebutuhan hasil : suhu = 37,6˚C	Sherly
	II	18.30	Memberikan pengobatan antimetik dan analgesik hasil : - ondensentrone 4 mg /IV - methlyprednisolone 12 mg/IV - omeprazone 20 mg/IV	Perawat waldy
	II	19.15	Meningkatkan intake cairan dan nutrisi adekuat hasil : - tampak pasien minum setengah gelas air hangat (100 cc) - terpasang infuse RL (500 cc) dengan jumlah tetes 22/menit - tampak pasien hanya	Sherly

	II		menghabiskan setengah porsi yang disediakan karna pasien masih merasa mual tetapi nyeri ulu hati dan nyeri tulang belakang sudah berkurang	
	I	19.20	Memberikan dan menjelaskan obat yang di perlukan (terapi trombolitik) hasil : - psidi 500 mg/ oral - tampak pasien minum setengah gelas air hangat - tampak pasien mengerti tujuan pemberiaan obat terhadap penyakit yang di alaminya	Perawat waldy
	II	19.30	Memonitor suhu paling tidak 2 jam sesuai kebutuhan hasil : Suhu = 37˚C	Sherly
	II	20.00	Menyesuaikan suhu lingkungan untuk kebutuhan pasien hasil : Suhu ac dalam ruangan sesuai dengan keadaan pasien	Sherly
	I	21.19	Mempertahankan agar pasien tetap tirah baring (istirahat yang banyak) hasil : - tampak pasien dalam keadaan tirah baring dan semua kebutuhannya di bantu oleh perawat dan keluarganya	Yohanes
	II	21.30	Memonitor tekanan darah, nadi, respirasi, dan keadaan umum sesuai kebutuhan	Yohanes

			hasil : - pasien mengatakan badannya masih teraba hangat - pasien mengatakan masih merasa puing, mual, dan nafsu makan berkurang tetapi nyeri ulu hati dan nyeri tulang belakang sudah betkurang - Observasi TTV : TD : 120/80 mmHg N : 72×/menit P : 18x/menit	
	II	22.00	Memonitor suhu paling tidak 2 jam sesuai kebutuhan hasil : suhu = 37,5˚C	Yohanes
	I	02.15	Mempertahankan agar pasien tetap tirah baring (istirahat yang banyak) Hasil : - tampak pasien dalam keadaan tirah baring dan semua kebutuhannya dibantu oleh perawat dan keluarga	Yohanes
	I	04.00	Memberikan dan menjelaskan obat yang di perlukan (terapi trombolitik) Hasil : - psidi 500 mg/oral - tampak pasien minum setengah gelas air hangat (100 cc) - tampak pasien mengerti dengan pemberian obat terhadap penyakitnnya	Yohanes
	II	05.00	Memberikan obat antimetik dan	Perawat

			analgesik hasil : - ondensentrone 4 mg/IV - mthylprednisolone 12 mg/IV - omeprazone 20 mg/IV	mery
	II	05.10	Memonitor tekanan darah, nadi, respirasi, dan keadaan umum pasien hasil : - pasien mengatakan badannya masih teraba hangat - pasien mengatakan masi merasa mual, nafsu makan berkurang tetapi nyeri ulu hati dan nyeri tulang belakang sudah mulai berkurang - Observasi TTV : TD : 120/80 mmHg N :77×/menit P :20×/menit	Yohanes
	II	05.15	Memonitor suhu paling tidak 2 jam sesuai kebutuhan hasil : suhu :38˚C	Yohanes
	II	05.35	Mengaplikasikan panas atau dingin (kompres basah(hangat)) secara langsung atau di dekat lokasi yang di perlukan jika memungkinkan hasil : tampak pasien diberikan kompres hangat	Yohanes
	II	06.00	Mengevaluasi kondisi umum keamanan dan kenyamanan seluruh	Yohanes

			perawatan (aplikasi panas atau dingin) hasil : - badan pasien masih teraba hangat - pasien masih berkeringat - tampak tidak terjadi iritasi pada kulit pasien pasien mengatakan merasa nyaman setelah di lakukan kompres oleh perawat	
24 maret 2018	II	07.00	Memberikan pengobatan antipiretik sesuai kebutuhan Hasil : - paracetamol 500 mg/0ral - tampak pasien minum setengag gelas air hangat (100 cc)	Perawat mery
	II	07.10	Memonitor intake dan output hasil : 15 X 68 = 1.020 + 200 X (38-36,8) 1,2 X 200 240 + 1.020 =1.260 CC Balanca Cairan CM – (CK + IWL demam) = 1.990 – (600 + 1.260) = 1.900 – 1.860 = + 40	Ausebia
	II	07.20	Memonitor suhu paling tidak 2 jam sesuai kebutuhan hasil : suhu 37,5˚C Menyesuaikan suhu lingkungan untuk kebutuhan pasien	Velaria

			hasil : suhu ac dalam ruangan sesuai dengan keadaan pasien	
	II	07.22	Menganjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang tipis untuk menurunkan suhu tubuh sesuai kebutuhan hasil : - tampak pasien mengerti dan mau mengikuti sesuai anjuran perawat - tampak pasien menggunakan pakaian tipis	Ausebia
	II	07.30	Meningkatkan intake cairan dan nutrisi ade kuat hasil : - tampak pasien minum setengah gelas air hangat (200 cc) - terpasang infuse RL (500 cc) dengan jumlah tetes 22/menit - tampak pasien hanya menghabiskan setengah porsi makanan yang disediakan karna pasien masih merasa mual tetapi nyeri ulu hati sudah berkurang	Ausebia
	II	09.40	Memonitor tekanan darah , nadi, respirasi, dan keadaan umum pasien hasil : - pasien mengatakan badannya masih teraba hangat tetapi sudah merasa nyaman setelah dilakukan	Velaria

	I	10.00	kompres hangat oleh perawat - pasien mengatakan masih merasa pusing, mual, dan nafsu makan berkurang tetapi nyeri ulu hati dan nyeri tulang belakang sudah berkurang - Observasi TTV : TD : 120/80 mmHg N :74×/menit P :18×/menit Memberikan dan menjelaskan obat yang di perlukan (trombolitik) hasil : - psidi 500 mg/ oral tampak pasien minum setengah gelas air hangat (100 cc) - tampak pasien mengerti dengan pemberian obat terhadap penyakitnnya	Ausebia
	I	10.15	Memonitor dengan ketat tanda-tanda pendarahan pada pasien hasil : Pasien mengatakan masih terdapat bintik - bintik merah pada lengan atas pasien	Velaria
	I	10.25	Menginstruksikan pasien dan keluarga untuk memonitor tanda-tanda perdarahan dan mengambil tindakan yang tepat jika terjadi perdarahan (misalnya lapor perawat) hasil :	Perawat desy

	I	10.32	Tampak pasien dan keluarga mengerti dan mau mengikuti instruksi yang diberikan oleh perawat Memonitor hasil laboratorium (Trombosit Hitung, RBC, HCT) hasil : RBC 5.8 10^6/UL PLT 53 10^3/UL	Ausebia
	I	10.50	HCT 42.56 %	Ausebia
	I	11.00	Memberikan penjelasan tentang pengaruh trombosit tupenia yang disertai dengan tanda - tanda klinis hasil : tampak pasien dapat mengerti dengan penjelasan yang di berikan oleh perawat Mempertahankan agar pasien tetap tirah baring (istirahat yang banyak) hasil : tampak pasien dalam keadaan tirah baring dan semua kebutuhan di bantu oleh perawat dan keluarga Meningkatkan intake cairan dan nutrisi adekuat Hasil : - tampak pasien hanya menghabiskan setengah gelas air hangat (100 cc) - tampak pasien hanya menghabiskan setengah porsi makan yang di sediakan karna	Velaria
	I	11.25		Ausebia

			pasien masih merasa mual tetapi nyeri ulu hati sudah berkurang - tampak teropasang infuse RL 500 cc 22 tetes/menit	
	II	11.50	Memonitor suhu paling tidak 2 jam sesuai kebutuhan	Ausebia
	II	12.00	hasil : suhu = 37,9˚C Memberikan obat antipiretik sesuai kebutuhan	Velaria
	II	12.10	hasil : - paracetamol 500 mg/oral - tampak pasien minum setengah gelas air hangat (100 cc) Menyesuaikan suhu lingkungan untuk kebutuhan pasien	Ausebia
	II	12.16	hasil : Suhu ruangan sesuai dengan keadaan pasien (suhu ac di naikkan untuk menyesuaikan keadaan pasien) Menganjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang tipis untuk menurunkan suhu tubuh sesuia kebutuhan	Velaria
	II	12.25	hasil : - tampak pasin mengerti dan mau mengikuti sesuai anjuran perawat - tampak pasien menggunakan pakaian tipis Mengaplikasikan panas atau dingin (kompres basah (hangat)) secara langsung atau lokasi yang di perlukan	Velaria

	II	12.42	jika memungkinkan hasil : tampak pasien di berikan kompres hangat oleh perawat Mengevaluasi kondisi umum, keamanan, dan kenyamanan seluruh perawatan (aplikasi panas atau dingin) hasil : - badan pasien masih teraba hangat - pasien masih berkeringat - tampak tidak terjadi iritasi pada kulit pasien - pasien mengatakan merasa nyaman setelah dilakukan kompres oleh perawat	Ausebia
	III	13.10	- suhu = 37,6˚C Menjelaskan proses penyakit (DHF) sesuai kebutuhan hasil : tampak perawat menjelaskan mengenai proses penyakit DHF kepada pasien	Ausebia
	III	13.50	Mendiskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin di perlukan untuk mencegah komplikasi di masa yang akan datang/atau mengontrol proses penyakit hasil : tampak pasien mengerti penjelasan yang diberikan oleh perawat	Velaria

	III	13.55	mengenai perubahan gaya hidup yang mungkin di perlukan untuk mencegah terjadinya komplikasi yang akan datang. Mengkaji pengetahuan pasien mengenai kondisinya hasil : - pasien mengatakan penyebab penyakit DHF itu lingkungan yang kotor dan menggantung pakaian di sembarang tempat - tampak pasien sudah dapat menjelaskan menggunakan bahasa sendiri mengenai penyakit proses penyakit DHF	Ausebia
	II	14.00	Memonitor suhu paling tidak 2 jam sesuai kebutuhan	Yohanes
	II	15.50	Hasil : suhu = 37,5˚C Memonitor tekanan darah, nadi, respirasi dan keadaan umum sesuai kebutuhan hasil : - pasien mengatakan badannya teraba hangat - pasien mengatakan masih merasa pusing, mual, nafsu makan berkurang tetapi nyeri ulu hati dan nyeri tulang belakang sudah berkurang - Observasi TTV TD : 120/80 mmHg	Yohanes

			N : 76×/menit	
	II	15.55	P : 20×/menit Memonitor suhu paling tidak 2 jam sesuai kebutuhan	Yohanes
	II	16.00	Hasil : suhu = 37,5˚C Memberikan pengobatan antimetik dan analgesik hasil : - ondensentrone 4 mg/IV - methylprednisolone 12 mg/IV	Perawat ida
	II	18.25	- omeprazone 20 mg/IV Meningkatkan intake cairan dan nutrisi adekuat hasil : - tampak pasien minum setengah gelas air hangat (100 cc) - terpasang infuse RL (500 cc) dengan jumlah tetes 22/menit - tampak pasien hanya menghabiskan setengah porsi makan yang di sediakan karna pasien masih merasa mual tetapi nyeri ulu hatidan nyeri tulang belakang sudah berkurang	Yohanes
	I	19.15	Memberikan dan menjelaskan obat yang di perlukan (terapi trombolitik) hasil : - psidi 500 mg/oral - tampak pasien minum setengah gelas air hangat (100 cc) - tampak pasien mengerti tujuan	Yohanes

			pemberiaan obat terhadap penyakit yang di alami	
	II	19.20	Memonitor suhu paling tidak 2 jam sesusai kebutuhan	Yohanes
	II	19.30	hasil : suhu = 37,2˚C Menyesuaikan suhu lingkungan untuk kebutuhan pasien hasil : suhu ac dalam ruangan sesuai dengan keadan pasien	Yohanes
	I	20.05	Mempertahankan agar pasien tetap tirah baring (istirahat yang banyak) hasil : tampak pasien dalam keadaan tirah baring dan semua kebutuhannya di bantu oleh perawat dan keluarga	Yohanes
	II	21.15	Memonitor tekanan darah, nadi, respirasi dan keadaan umum sesuai kebutuhan hasil : - pasien mengatakan badanya masih teraba hangat - pasien mengatakan masih merasa pusing, mual, dan nafsu makan berkurang tetapi nyeri ulu hati dan nyeri tulang belakang sudah berkurang - Observasi TTV : TD : 120/90 mmHg N : 78×/menit P : 20×/menit	Perawat imel
	II	21.25		Perawat

			Memonitor suhu paling tidak 2 jam sesuai kebutuhan	imel
	II	21.55	hasil : suhu = 37,4˚C	Perawat imel
			Mempertahankan agar pasien tetap tirah baring (istirahat yang banyak) hasil : tampak pasien tetap tirah baring semua kebutuhannya dibantu oleh perawat dan keluarga	
	I	02.15	Memberikan dan menjelaskan obat yang diperlukan hasil : - psidi 500 mg/oral - tampak pasien minum setengah gelas air hangat (100 cc) - tampak pasien mengerti dengan pemberian obat terhadap penyakitnnya	Perawat imel
	I	04.00	Memberikan antimetik dan analgesic hasil : - ondensentrone 4 mg/IV - methylprednisolone 2 mg/IV - omeprazone 20 mg/IV	Perawat imel
	II	05.10	Memonitor tekanan darah, nadi, respirasi dan keadaan pasien sesuai kebutuhan hasil : - pasien mengatakan badanya teraba hangat - pasien mengatakan masih merasa mual , nafsu makan berkurang	Perawat imel

			tetapi nyeri ulu hati sudah berkurang - observasi TTV TD : 120/80 mmHg N : 75×/menit	
	II	05.15	P : 21×/menit Memonitor suhu paling tidak 2 jam sesuai kebutuhan	Perawat imel
	II	05.18	hasil : suhu = 37,9˚C Mengaplikasikan panas atau dingin (kompres basah (hangat)) secara langsung atau di dekat lokasi yang di perlukan jika memungkinkan hasil :	Perawat imel
	II	05.22	tampak pasien di berikan kompres hangat oleh perawat Memberikan pengobatan antipiretik Sesuai kebutuhan hasil : - paracetamol 500 mg/oral	Perawat imel
	II	05.30	- tampak pasien minum setengah gelas air hangat (100 cc) Mengevaluasi kondisi umum keamanan, kenyamanan seluruh perawatan hasil : - badan pasien masih teraba hangat - pasien masih berkeringat - tampak tidak terjadi iritasi pada kulit pasien - pasien mengatakan merasa nyaman setelah dilakukan kompres oleh	Perawat imel

	II	07.00	perawat Memonitor intake dan output Hasil : 15 X 68 = 1.020 + 200 X (37,9-36,8) 1,1 X 200 220 + 1.020 =1.240 CC Balanca Cairan CM – (CK + IWL demam) = 1.800 – (500 + 1.240) = 1.800 – 1.740	Yohanes
25 MARET 2018	II	07.15	= + 60 Memonitor suhu paling tidak 2 jam sesuai kebutuhan	Yohanes
	II	07.15	hasil : suhu 37,5˚C Menyesuaikan suhu lingkungan untuk kebutuhan pasien hasil : Suhu ac dalam ruangan sesuai	Yohanes
		07.25	dengan keadaan pasien Menganjurkan pasien untuk menggunakan pakain tipis untuk menurunkan suhu tubuh sesuai kebutuhan hasil : - tampak pasien mengerti dan mau mengikuti sesuai anjuran dari perawat - tampak pasien menggunakan	Yohanes
	II	07.28	pakaian tipis Meningkatkan intake cairan dan	Yohanes

	II	09.45	nutrisi ade kuat hasil : - tampak pasien minum dua gelas air hangat (200 cc) - terpasang infuse RL 500 cc dengan jumlah tetes 22/menit - tampak pasien menghabiskan setengah porsi makan yang di sediakan karna pasien masih merasa mual tetapi nyeri ulu hati mulai berkurang Memonitor tekanan darah, nadi, respirasi sesuai kebutuhan hasil : - pasien mengatakan badanya masih teraba hangat tetapi sudah merasa nyaman setelah dilakukan kompres hangat oleh perawat - pasien mengatakan masih merasa pusing,mual,dan nafsu makan berkurang tetapi nyeri ulu hati dan nyeri tulang belakang sudah berkurang - obsevasi TTV TD : 120/80 mmHg N : 75×/menit P :19×/menit S : 37,5˚C Memberikan obat dan menjelaskan obat yang di perlukan hasil :	Yohanes
	I	10.15		Yohanes

	I	10.27	- psidi 500 mg/oral - tampak pasien minum setengah gelas air hangat (100 cc) - tampak pasien mengerti dengan pemberian obat terhadap penyakitnnya Memonitor dengan ketat tanda tanda terjadinya perdarahan pada pasien hasil : - pasien mengatakan masih terdapat bintik bintik merah pada lengan atas - tampak terdapat bintik bintik merah pada lengan atas pasien	Yohanes
	I	10.33	Memonitor hasil laboratorium (Trombosi Hitung, RBC, HCT) hasil : RBC 5,6 10^6/UL PLT 96 10^3/UL HCT 43.20 %	Yohanes
	I	11.05	Memberikan penjelasan tentang pengaruh trombosit tupenia yang di sertai dengan tanda tanda klinis hasil : tampak pasien mengerti dengan penjelasan yang di berikan oleh perawat	Perawat ida
	I	11.20	Mempertahankan agar pasien tetap tirah baring (istirahat yang banyak) hasil : tampak pasien dalam keadaan tirah baring dan semua kebutuhan	

	I	12.00	dibantu oleh perawat dan keluarga Meningkatkan intake cairan dan nutrisi yang ade kuat hasil : - tampak pasien hanya menghabiskan 1 gelas air hangat (100 cc) - tampak pasien hanya menghabiskan setengah porsi makan yang di sediakan karna pasien Masih merasa mual dan nyeri ulu hati sudah berkurang - tampak terpasang cairan RL 500 cc 22 tetes/menit	Yohanes
	I	12.05	Monitor suhu paling tidak 2 jam sesuai kebutuhan	
	II	12.08	hasil : suhu = 38˚C Memberikan obat antipiretik sesuai kebutuhan hasil : - paracetamol 500 mg/oral	Yohanes
	II	12.14	- tampak pasien minum setengah gelas air hangat (100 cc) Menyesuaikan suhu lingkungan untuk kebutuhan pasien hasil : suhu ruangan sesuai dengan keadaan pasien (suhu ac dinaikkan untuk menyesuaikan keadaan pasien) Menganjurkan pasien untuk menggunakan pakaian tipis untuk	Yohanes
	II	12.18		Yohanes

			menurunkan suhu tubuh sesuai kebutuhan hasil : - tampak pasien mengerti dan mau mengikuti anjuran perawat - tampak pasien menggunakan pakaian tipis	
	II	12.25	Mengaplikasikan panas atau dingin (kompres basah (hangat)) secara langsung atau lokasi yang di perlukan jika memungkinkan hasil : tampak pasien diberikan kompres hangat oleh perawat	Yohanes
	II	12.55	Mengevaluasi kondisi umum, keamanan dan kenyamanan seluruh perawatan (aplikasi panas atau dingin) hasil : - badan pasien teraba hangat - pasien masih berkeringat - tampak tidak terjadi iritasi pada kulit pasien - pasien mengatakan merasa nyaman setelah di lakukan kompres oleh perawat	Yohanes
	III	13.00	Menjelaskan proses penyakit (DHF) sesuai kebutuhan hasil : tampak perawat menjelaskan mengenai proses penyakit DHF	Yohanes

	III	13.15	kepada pasien Mendiskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin di perlukan untuk mencegah komplikasi di masa yang akan datang dan/atau mengontrol proses penyakit hasil : tampak pasien mengerti penjelasan yang di berikan oleh perawat mengenai perubahan gaya hidup yang mungkin di perlukan untuk mencegah komplikasi yang akan	Yohanes
	III	13.30	datang Mengkaji pengetahuaan pasien mengenai kondisinya hasil : pasien mengatakan penyebab penyakit DHF itu lingkungan yang kotor seperti membuang sampah di sembarang tempat ,tidak menguras air bak kamar mandi ,saluran got tergenang serta menggantung baju pakaian di sembarang tempat dan	Yohanes
	II	14.00	tidur tidak menggunakan selimut Memonitor suhu paling tidak 2 jam sesuai kebutuhan	Perawat olin
	II	15.55	hasil : suhu = 37,4˚C Memonitor tekanan darah, nadi, respirasi dan keadaan umum sesuai kebutuhan hasil :	Perawat olin

			- pasien mengatakan badannya teraba hangat - pasien mengatakan masih merasa pusing,mual,dan nafsu makan berkurang tetapi nyeri ulu hati dan nyeri tulang belakang sudah berkurang - observasi TTV TD : 120/80 mmHg N : 72×/menit P : 20×/menit	
	II	16.00	Memonitor suhu paling tidak 2 jam sesuai kebutuhan	Perawat olin
	II	16.08	hasil : suhu = 37,4˚C Memberikan pengobatan antimetik dan analgesik hasil : - ondensentrone 4 mg/IV - methylprednisolone 12 mg/IV - omeprazone 20 mg/IV	Perawat olin
	II	18.20	Meningkatkan intake cairan dan nutrisi adekuat hasil : - tampak pasien minum sebanyak satu gelas air hangat (100 cc) - terpasang infuse RL (500 cc) - tampak pasien hanya menghabiskan setengah porsi makan yang di sediakan karna pasien masih merasa mual tetapi	Perawat olin
	I	19.00		Perawat

			nyeri ulu hati sudah berkurang	olin
			Memberikan dan menjelaskan obat yang di perlukan (terapi tromboitik) hasil : - psidi 500 mg/oral - tampak pasien minum air setengah gelas air hangat (100 cc) - tampak pasien mengerti tujuan dengan pemberiaan obat terhadap penyakit yang di alaminya	
	II	19.15		Perawat imel
			Memonitor suhu paling tidak 2 jam sesuai kebutuhan hasil : suhu = 37,2˚C	
	I	19.20		Perawat olin
			Mempertahankan agar pasien tetap tirah baring (banyak isirahat) hasil : - tampak pasien dalam keadaan tirah baring dan semua kebutuhannya di bantu oleh perawat dan keluarganya	
	II	21.00		Perawat imel
			Memonitor tekanan darah, nadi, respirasi dan keadaan umum sesuai kebutuhan hasil : - pasien mengatakan masih merasa pusing,mual dan nafsu makan berkurang tetapi nyeri ulu hati dan nyeri tulang belakang sudah berkurang - observasi : TD : 120/80 mmHg	Perawat imel
	II	21.10	N : 80×/menit	Perawat

			P : 20×menit Memonitor suhu paling tidak 2 jam sesuai kebutuhan	imel
	I	22.00	hasil : suhu :37,5˚C Mempertahankan agar pasien tetap tirah baring (istirahat yang banyak) hasil : Tampak pasien dalam keadaan tirah	
	I	02.15	baring semua kebutuhan di bantu oleh perawat dan keluarga Memberikan dan menjelaskan obat yang di perlukan (terapi trombosit) Hasil : _ psidi 500 mg/oral _ tampak pasien minum setengah gelas air hangat (100 cc) _ tampak pasien mengerti dengan	Perawat imel
	II	04.00	pemberian obat terhadap penyakitnnya Memberikan antimetik dan analgesic hasil :	Perawat imel
	II	05.05	_ ondensentrone 4 mg/IV _ methylprednisolone 20 mg /IV Memonitor tekanan darah, nadi, respirasi dan keadaan umum pasien hasil : _ pasien mengatakan badannya masih teraba hangat _ pasien mengatakan masih merasakan pusing,mual,,nafsu	Perawat imel

			makan berkuran tetapi nyeri uluhati dan nyeri tulan belakang sudah berkurang	
	II	05.10	Memonitor suhu paling tidak 2 jam sesuai kebutuhan hasil : suhu = 37,2˚C	Perawat imel
	II	07.00	Memonitor intake dan output hasil : 15 X 68 = 1.020 + 200 X (37,2-36,8) 0.4 X 200 80 + 1.020 =1.100 CC Balanca Cairan CM – (CK + IWL demam) = 1.850 – (700 + 1.100) = 1.850 – 1.800 = + 50	Perawat imel
	II	07.15	Memonitor suhu paling tidak 2 jam sesuai kebutuhan hasil : suhu = 37˚C	Perawat imel

E. EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/umur : Tn.”I”/22 tahun

Kamar/ruangan : 510/Bernadeth II.A

Tanggal	Evaluasi (SOAP)	Perawat
23 MARET 2018 I	Resiko perdarahan dengan faktor risiko koagulopatin inheren (trombositopenia) S : - Pasien mengatakan masih terdapat bintik bintik merah pada lengan atas O : - Tampak masih ada bintik bintik merah pada lengan atas - Hasil laboratorium RBC 5,6 10ˆ6/UL PLT 48 10ˆ3/UL HCT 42,20 % A : Pasien masih mengalami resiko perdarahan P : lanjutkan intervensi	Yohanes
II	Hipertermi b/d Penyakit S : - Pasien mengatakan badannya masih teraba hangat - Pasien mengatakan masih merasa mual nafsu makan berkurang ,pusing,tetapi nyeri ulu hati dan nyeri tulang belakang sudah berkurang - Pasien mengatakan merasa nyaman setelah di lakukan kompres oleh perawat O: - Keadaan pasien lemah	Yohanes

III	- Pasien masih berkeringat - Tampak tidak terjadi iritasi pada kulit pasien - Balanca Cairan CM – (CK + IWL demam) = 1.990 – (600 + 1.260) = 1.900 – 1.860 = + 40 - Observasi TTV : TD : 120/80 mmHg N :72×/menit P : 20×/menit S : 37,8 ˚C A : Masalah hipertermi pada pasien belum teratasi P : lanjutkan intervensi Defisiensi pengetahuan b/d kurang sumber pengetahuaan S : - Pasien mengatakan penyebab penyakit DHF itu lingkungan kotor dan menggantung pakaian di sembarang tempak O : - Keadaan umum pasien masih lemah - Tampak pasien sudah dapat menjelaskan dengan menggunakan bahasa sendiri mengenai proses penyakit DHF A : Masalah defisiensi pengetahuan pada pasien belum teratasi P : lanjutkan intervensi	Yohanes

24 MARET 2018 I	Resiko perdarahan dengan faktor risiko koagulopatin inheren (trombositopenia) S : - Pasien mengatakan terdapat bintik bintik merah pada lengan atas O : - Tampak masih ada bintik bintik merah pada lengan atas pasien - Hasil laboratorium RBC 5,8 10^6/UL PLT 53 10^3/UL HCT 42,16 % A : Pasien masih mengalami resiko perdarahan P : lanjutkan intervensi	Yohanes
II	Hipertermi b/d penyakit S : - Pasien mengatakan badannya masih teraba hangat - Pasien mengatakan masih merasa pusing dan nafsu makan berkurang tetapi nyeri ulu hati dan nyeri belakang sudah berkurang - Pasien mengatakan merasa nyaman setelah di lakukan kompres hangat O : - Keadaan umum pasien masih lemah - Badan pasien teraba hangat - Tampak pasien berkeringat - Tampak tidak terjadi iritasi pada kulit pasien	Yohanes

III	- Balanca Cairan CM – (CK + IWL demam) = 1.800 – (500 + 1.240) = 1.800 – 1.740 = + 60 - Observasi TTV TD : 120/80 mmHg N : 78×/menit P : 21×/menit S : 37,9˚ C A : Masalah hipertermi pada pasien belum teratasi P : lanjutkan intervensi	Yohanes
25 MARET 2018 I	Defisiensi pengetahuan b/d kurang sumber pengetahuan S : - Pasien mengatakan penyebab penyakit DHF itu lingkungan kotor dan menggantung pakaian di sembarang tempat O : - Keadaan umum pasien lemah - Tampak pasien sudah dapat menjelaskan dengan menggunakan bahasa sendiri mengenai proses penyakit DHF A : Masalah defisiensi pengetahuan belum teratasi P : Lanjutkan intervensi Resiko perdarahan dengan faktor risiko koagulopatin inheren (trombositopenia) S : - Pasien mengatakan masih terdapat bintik bintik merah	Yohanes

II	pada lengan atas O : - Tampak bintik bintik merah pada lengan atas - Hasil laboratorium RBC 5,6 10ˆ6/UL PLT 96 10ˆ3/UL HCT 43,20 % A : Pasien masih mengalami resiko perdarahan P : Lanjutkan intervensi Hipertermi b/d penyakit S : - Pasien mengatakan badannya masih teraba hangat - Pasien mengatakan masih merasa pusing, mual, dan nafsu makan berkurang tetapi nyeri ulu hati dan nyeri tulang belakang sudah berkurang O : - Keadaan umum pasien masih lemah - Badan pasien masih masih teraba hangat - Balanca Cairan CM – (CK + IWL demam) = 1.850 – (700 + 1.100) = 1.850 – 1.800 = + 50 - Observasi TTV TD : 120/80 mmHg N : 78×/menit P : 21×/menit S : 37,2˚ C A :Masalah hipertermi pada pasien sudah teratasi	Yohanes

III	P : stop intervensi Defisiensi pengetahuaan b/d kurang sumber pengetahuaan S : - Pasien mengatakan penyebab penyakit DHF itu lingkungan yang kotor seperti membuang sampah di sembarang tempat, tidak menguras air di bak kamar mandi, saluran got tergenang serta menggantung baju di sembarang tempat dan tidur tidak menggunakan selimut O : - Keadaan umum masih lemah - Tampak pasien sudah dapat menjelaskan menggunakan bahasa sendiri mengenai proses penyakit DHF A : Pasien sudah mampu mengetahui tentang tanda dan gejala pasien,serta penyebab DHF P : Stop intervensi	Yohanes

BAB III
PENGAMATAN KASUS

Pasien Tn. “I” umur 22 tahun masuk Rumah Sakit Stella Maris Stella Maris Makassar pada tanggal 20 Maret 2018 dengan keluhan demam yang disertai pusing, mual, nyeri ulu hati, nafsu makan berkurang dan nyeri tulang belakang yang di rasakan sejak ± 3 hari sebelum masuk rumah sakit.

Pada saat pengkajian penulis mendapatkan data pasien mengatakan badannya terasa panas, pusing dan mual, nyeri ulu hati dan nyeri tulang belakang sudah berkurang (skala 3). Pasien juga mengatakan tidak mengetahui penyakit yang diderita dan merasa takut dengan penyakit yang diderita karena untuk pertama kali terkena DHF

Hasil observasi didapatkan pasien tampak berbaring lemah di tempat tidur, badan teraba panas dan berkeringat, kulit teraba basah serta terdapat bintik merah di lengan atas (uji tourniquet), kesadaran *composmentis* dengan GCS 15. Tanda-tanda vital didapatkan TD: 120/80 mmHg, N: 72×/menit, P: 22×/menit, S: 38˚C. Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 22 Maret 2018 berupa HCT: 41.07 % dan PLT: 42 $10^3/mm^3$ dan pemeriksaan Imuno serologi yaitu Anti Dengue IgG: Positif (+). Adapun terapi obat yang diberikan pada pasien yaitu obat Paracetamol 500 mg/8 jam/oral (kp), Ondansentron 4 mg/12 jam/iv, Methylprednisolone 2 mg/12 jam/iv, Omeprazole 20 mg/12 jam/iv, Psidi 500 mg/8 jam/oral.

Berdasarkan data diatas penulis mengangkat tiga diagnosa keperawatan yaitu: Resiko perdarahan dengan faktor resiko koagulopati inheren (trombositopenia), Hipertermia berhubungan dengan penyakit dan Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang sumber pengetahuan.

DAFTAR OBAT YANG DIBERIKAN PADA PASIEN

1. Nama Obat : Parasetamol
2. Klasifikasi/Golongan obat : Analgetik honopioid, antipieretik
3. Dosis umum : 325 - 1000 mg tiap 4 - 6 jam.
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 3 x 1 tablet 500 mg
5. Cara pemberian obat : Oral
6. Mekanisme Kerja dan Fungsi Obat :
   Menghambat sistesis prostaglandin yang berperan sebagai mediator nyeri dan demam.
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan
   Pasien merasakan badan terasa panas.
8. Kontara Indikasi :
   - Hipersensivitas sebelumnya.
   - Produk yang mengandung alkohol, aspartan.
9. Efek Samping Obat :
   - GI : Nekrosis hepatik (overdosis).
   - Dermatiitis: Ruam, utikaria.

DAFTAR OBAT YANG DIBERIKAN PADA PASIEN

1. Nama obat : Ondansentrone
   Klasifikasi atau golongan : Antimetik
   Dosis umum : 4-8 mg
   Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 2 x 1 .4 mg
2. Cara pemberian obat
3. Mekanisme kerja dan fungsi obat :
   ondansentron bekerja sebagai antagonis selektif yang bersifat kompetitif pada reseptor 5HT3, dengan cara menghambat aktivasi aferen aferen vagal sehingga menekan terjadinya refleks muntah
4. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan:
   pasien merasa mual
5. kontra indikasi : hipersensitif terhadap ondansentron
6. Efek samping obat :
   - sakit kepala dan pusing
   - mudah mengantuk
   - kepanasan
   - pusing ketika berdiri
   - mudah lelah
   - konstipasi
   - sakit perut

DAFTAR OBAT YANG DIBERIKAN PADA PASIEN

1. Nama obat : Methylprednisolone
2. Klasifikasi obat atau golongan : Kotrikostoroid
3. Dosis umum :
   - 10-40 mg 1 hingga beberapa menit
   - 30 mg setiap 4-6 jam
   - 100-250 mg setiap 2- 6 jam
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 2 x1 . 12 mg
5. Cara pemberian obat : IV
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat :
   menthyprednisolone bekerja dengan cara menembus mebran sel sehingga akan terbentuk suatu kompleks steroid-protein reseptor.didalam inti sel, kompleks steoroid – protein reseptor ini akan dengan kromatin DNA dan menstimulasi transkip mRNA yang merupakan bagian dari proses sintesa protein. Sebagai anti inflamasi, obat ini menekan migrasi neutrofil, mengurangi produksi postagladin (senyawa yang berfungsi sebagai mediator inflamasi dan menyebabkan dilatasi kapiler. Hal ini akan mengurangi respon tubuh terhadap kondisi peradangan (inflamasi).
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan
   obat yang digunakan sebagai anti alergi, imunosupresan dan anti inflamasi
8. Kontra indikasi :
   - infeksi jamur sistemik dan hipersensitivitas terhadap bahan obat
   - bayi prematur
   - pemberian jangka lama pada penderita ulkus duodenum peptikum, osteoporosis berat, penderita dengan riwayat penyakit jiwa, herpes
9. efek samping obat :

- retensi cairan dan natrium, hiperglekimia dan intoleransi glukosa, hipokalemia, gangguan pada saluran pencernaan, dan ulserasi, depresi, dan perubahan suasana hati seperti euphoria ringan, gugup, gelisah, depresi, delusi, halusinasi dan perilaku kekerasan.
- pembengkakan pada wajah, menstruasi tidak teratur, penyakit ulkus peptikum, kenaikan berat badan, hipertensi, katarak, dan peningkatan intraocular mata/glaucoma, gangguan penyembuhan luka, gangguan metabolisme karbohidrat, lemah otot dan fraktur komprehesif vertebral
- penurunan system imun
- kelenjar adrenal berhenti memproduksi kortisol alami

DAFTAR OBAT YANG DIBERIKAN PADA PASIEN

1. Nama obat : omeprazole
2. Klasifikasi obat atau golongan : penghambat pompa proton
3. Dosis umum : 40 mg
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 2 x 1 . 20 mg
5. Cara pemberian obat : IV
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat
   - omeprazone digunakan dalam pengobatan ganstroesophageal reflux disease (GERD). GERD adalah penyakit dimana penderita mengalami sensasi terbakar di area dada dan kerongkongan karena asam lambung naik kekerongkongan dan terjadi iritasi.
   - untuk mengobati tukak lambung dan tukak usus besar. Tukak lambung biasanya di sebabkan adanya infeksi bakteri helocobacter pylori dan pemakaian obat obat NSAID dalam jangka waktu panjang untuk tujuan ini omeprazole diberikan dalam kombinasi dengan amoxicillin dan clarithromycin
7. Alasan pemberian obat
   pada pasien yang bersangkutan
   digunakan untuk mengobati nyeri ulu hati
8. Kontra indikasi
   jangan menggunakan omeprazol dengan riwayat hipersensitif
9. Efek samping obat
   - demam
   - gejala flu, seperti hidung tersumbat, bersin bersin, sakit tengorokan
   - sakit perut,buang angin
   - mual, muntah, diare ringan, sakit kepala

DAFTAR OBAT YANG DIBERIKAN PADA PASIEN

1. Nama obat : psidi
2. klasifikasi obat atau golongan : kapsul
3. dosis umum : 500 mg
4. dosis untuk pasien yang bersangkutan : 3 x 1 500 mg
5. cara pemberian obat : oral
6. mekanisme kerja dan fungsi obat :
   membantu meningkatkan trombosit
7. alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :
   membantu meningkatkan trombosit
8. kontra indkasi : -
9. efek samping obat : -

Yang menutup kebocoran pada pembuluh darah. Keluhan pada saluran cerna seperti anoreksia, mual-muntah yang disebabkan oleh peningkatan asam lambung akibat dari intake yang tidak adekuat, nyeri pada daerah epigastrium, diare, konstipasi, pembesaran hati (hepatomegali) yang disebabkan karena terjadinya kebocoran plasma kerongga GI yang mengakibatkan plasma merembes kehepar melalui system vena aorta sehingga terjadi peningkatan cairan plasma dalam hepar, syok ditandai dengan tekanan darah menurun, nadi cepat, lemah kecil sampai tidak teraba, adanya akral dingin yang disebabkan karena terjadinya kebocoran plasma keruang intravaskuler mengakibatkan penurunan tekanan pegisian sirkulasi darah, penurunan aliran balik vena dan curah jantung menurun. Keluhan-keluhan sistem tubuh lainnya seperti nyeri otot dan persendian yang disebabkan karena adanya virus dalam darah (viremia).

Berdasarkan hasil laboratorium pemeriksaan darah rutin didapatkan nilai trombosit dibawah normal yaitu 42 10^3/uL. Keadaan ini disebut trombositopenia. Menurut teori trombosit berfungsi dalam pembekuan darah. Terjadinya trombosit topenia pada pasien DHF disebabkan karena virus *aedesaegipty* menginfeksi sum-sum tulang dan virus tersebut menyerang megakariosit dan myeloid sehingga terjadi dekstruksi megakariosit. Dekstruksi megakariosit ini menyebabkan penurunan produksi trombosit. Trombositopenia jika tidak ditangani dapat menyebabkan komplikasi perdarahan seperti ekimosis, epitaksis, melena dan hematemesis.

Hematokrit (HCT) tidak terjadi peningkatan, melainkan penurunan. Adapun nilai normal HCT 42 - 52 %. Pada pemeriksaan didapatkan 41,07 % tetapi bukan berarti nilai ini dalam batas aman, melainkan perlu pengawasan ketat karena penurunan HCT pada fase kritis menunjukkan tanda-tanda perdarahan dan dari hasil itulah, maka

penderita harus mendapatkan tambahan cairan/darah tergantung dari kebutuhan dan dibawah pengawasan.

Berdasarkan data diatas, penulis dapat menarik kesimpulan bahwa sebagian besar dari semua data-data yang terdapat pada tinjauan teoritis tidak ada pada data pasien karena pasien masih berada pada tahap derajat I.

1. Diagnosa Keperawatan

Secara teoritis diagnose keperawatan pada pasien dengan DHF ada 7. Namun penulis hanya mengangkat 3 diagnosa keperawatan berdasarkan data-data yang ditemukan pada pasien. Diagnosa keperawatan yang diangkat oleh penulis yaitu :

1. Resiko perdarahan dengan factor resiko koagolupati inheren (trombositopenia)

   Penulis mengangkat diagnosa ini sebagai diagnosa utama karena terdapat perdarahan pada kulit pasien (uji tourniquet positif) yang ditandai dengan munculnya bintik-bintik merah pada lengan atas pasien (peteqie). Nilai trombosit dibawah normal yaitu 42 10^3/uL.

2. Hipertermi b/d penyakit

   Penulis mengangkat diagnosa ini karena didapatkan data : pasien demam ±3 hari sebelum masuk rumah sakit, badan pasien teraba panas, pasien tampak berkeringat dan kulit pasien teraba basah, suhu tubuh : 38°C. Penulis mengangkat diagnosa ini sebagai diagnosa kedua karena peningkatan suhu pada pasien merupakan salah satu tanda dan gejala adanya infeksi virus yang menyerang tubuh dan apabila demam pasien tidak diatasi dengan cepat sehingga mengalami peningkatan yang mendadak pasien dapat mengalami kejang demam.

3. Defisiensi pengetahuan b/d kurang sumber pengetahuan

Penulis mengangkat diagnosa ini karena di temukan data bahwa pasien tidak mengetahui apa penyebab penyakit yang dideritanya serta pasien juga takut dengan penyakit yang diderita karena untuk pertama kali terkena DHF.

Adapun diagnosa keperawatan pada teori yang tidak diangkat oleh penulis yaitu:

1. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d faktor biologis

   Penulis tidak mengangkat diagnosa ini menjadi masalah karena IMT pasien masih dalam batas normal yaitu 23,8 kg/m^2 (berat badan berlebih).

2. Resiko syok dengan faktor resiko hipovolemi

   Penulis tidak mengangkat diagnosa ini menjadi masalah karena pada pasien tidak ditemukan tanda-tanda syok yaitu tekanan darah dan nadi dalam batas normal serta pada pasien tidak terjadi perdarahan hebat.

   Tindakan untuk menurunkan suhu tubuh pasien dengan cara memberikan obat dan mengompres pasien dengan menggunakan air hangat.

3. Kekurangan voleme cairan b/d kekurangan cairan aktif

   Penulis tidak mengangkat diagnosa ini menjadi masalah karena pada pasien tidak ditemukan tanda tanda kekurangan volume cairan.

4. Nyeri akut b/d agens cedera biologis

   Penulis tidak mengangkat diagnosa ini menjadi masalah karena pasien mengatakan nyeri pada ulu hati dan nyeri tulang belakang sudah berkurang sudah berkurang dan terletak pada skala 3 (nyeri ringan).

2. Rencana Keperawatan

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

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

   Pada diagnosa pertama intervensi yang diangkat terdapat pada teori yaitu Pencegahan perdarahan dengan indikator sebagai berikut : Monitor dengan ketat tanda tanda terjadinya perdarahan, monitor jumlah trombosit hitung dengan cara yang tepat, berikan penjelasan tentang pengaruh trombositopenia yang disertai dengan tanda tanda klinis, instruksikan pasien dan keluarga untuk memonitor tanda tanda perdarahan dan mengambil tindakan yang tepat jika terjadi perdarahan (misalnya lapor kepada perawat), pertahakan agar pasien tetap tirah baring (istirahat banyak), monitor hasil laboratorium trombosit hitung (RBC dan HCT), manajemen obat : berikan dan jelaskan obat yang diperlukan (terapi trombolitik).

2. Hipertermi b/d penyakit

   Pada diagnosa kedua terdapat 2 intervensi pada tinjauan teoritis yaitu Pengaturan suhu dan aplikasi panas/dingin.

   pengaturan suhu yaitu : monitor suhu paling tidak setiap 2 jam sesuai kebutuhan, monitor tekanan darah, nadi, respirasi, tingkatkan intake cairan dan nutrisi adekuat, anjurkan pasien untuk menggunakan selimut yang mensirkulasi air, pakaian yang tipis, mandi air hangat untuk menurunkan suhu tubuh sesuai kebutuhan, sesuaikan suhu lingkungan untuk kebutuhan pasien, memonitor intake dan output, berikan pengobatan antipiretik, antimetik, dan analgesik sesuai kebutuhan, Aplikasi panas/dingin yaitu: Pilih metode stimulasi yang nyaman dan tersedia (misalnya kompres

basah (hangat) untuk menurunkan suhu tubuh, pertimbangkan ketersediaan dan kondisi kerja yang aman dari semua peralatan yang digunakan untuk mengaplikasikan perangkat panas atau dingin, aplikasikan panas atau dingin secara langsung atau didekat lokasi yang diperlukan jika memungkinkan, evaluasi kondisi umum, keamanan, kenyamanan seluruh perawatan (aplikasi panas atau dingin). Kedua intervensi beserta masing masing indikatornya pada diagnosa pertama terdapat juga pada intervensi tinjauan kasus dan semua intervensi tersebut dilakukan pada pasien dengan tujuan agar pasien dapat menunjukkan termoregulasi dalam kurun waktu 3x24 jam.

3. Defisiensi pengetahuan b/d kurang sumber pengetahuaan

   Pada diagnosa ketiga intervesi yang diangkat terdapat pada teori yaitu pengajaran proses penyakit dan semuanya diintervensikan. Hal ini dilakukan agar pasien mampu mengetahui mengenai manajemen infeksi (DHF) Pengajaran proses penyakit terdapat 5 indikator yaitu: kaji tingkat pengetahuaan pasien terkait dengan proses penyakit yang spesifik, jelaskan mengenai proses penyakit (pengertian, etiologi, tanda dan gejala, pemeriksaan diagnosis, penataklaksanaan media, komplikasi dan discharge planning) sesuai kebutuhan, diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi yang akan datang/atau mengontrol proses penyakit, review pengetahuaan pasien mengenai kondisinya

3. Implementasi

Pada tahap ini penulis mengimplementasikan rencana yang disusun penulis sebelumnya.

1. Resiko perdarahan dengan faktor resiko koaglopatin inheren

Implementasi yaitu memonitor dengan ketat tanda tanda terjadinya perdarahan pada pasien, mengistruksikan pada pasien dan keluarga untuk memonitor tanda tanda perdarahan dan mengambil tindakan yang tepat jika terjadi perdarahan (misalnya lapor perawat), mempertahankan agar pasien tetap tirah baring, memberikan dan menjelaskan pemberian obat yang diperlukan (terapi trombolitik).

2. Hipertermi b/d penyakit

Implementasi sesuai dengan intervensi yaitu memantau suhu tubuh, memantau TTV, menyesuaikan suhu lingkungan, menganjurkan pasien untuk menggunakan pakaian tipis, mengaplikasikan panas atau dingin (kompres), mengevaluasi kondisi umum, keamanan, kenyamanan seluruh perawatan (aplikasi panas atau dingin), monitor intake dan output, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat antipiretik dan terapi vena.

3. Defisiensi pengetahuan b/d kurang sumber pengetahuaan

Implementasi yang dilakukan oleh penulis pada diagnosa ini yaitu mengkaji tingkat pengetahuan pasien tentang penyakit DHF, menjelaskan mengenai proses penyakit, mendiskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin di perlukan untuk mencegah komplikasi yang akan datang dan/atau mengontrol proses penyakit, review pengetahuan pasien mengenai kondisinya. Penulis melakukan semua intervensi diatas dari hari pertama sampai hari kedua sedangkan pada hari ketiga penulis hanya melakukan intervensi review pengetahuan pasien mengenai kondisinya. Intervensi tersebut diberikan kepada pasien karena pasien sudah mampu menjelaskan kembali mengenai proses penyakit DHF dengan menggunakan bahasa sendiri.

4. Evaluasi

Tahap ini merupakan tahap akhir dari asuhan keperawatan, yang mencakup tentang penentuan apakah hasil yang diharapkan bisa dicapai. Dari hasil evalusai yang dirumuskan penulis selama melaksanakan proses keperawatan pada pasien selama 3 hari (23 - 25 maret 2018) adalah sebagai berikut :

1. Resiko perdarahan dengan faktor resiko koagulopati inheren (trombositopenia) belum teratasi karena masih terdapat bintik-bintik merah pada lengan atas pasien (peteqie +) sedangkan jumlah trombosit mengalami peningkatan yaitu 96/mm^3 walaupun masih dibawah nilai normal yaitu150.000 /mm^3.
2. Hipertermi b/d penyakit sudah teratasi pada hari ketiga yang di tandai dengan suhu tubuh pasien 37˚C.
3. Defisiensi pengetahuaan b/d kurang sumber pengetahuaan sudah teratasi yang di tandai dengan pasien mampu mengetahui tentang tanda dan gejala serta penyebab penyakit DHF dengan menggunakan bahasa sendiri.

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

Dalam Bab ini penulis membahas kesenjangan proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana tindakan, implementasi dan evaluasi.

1. Pengkajian

   Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan. Pada dasarnya pengkajian dilaksanaantara teori dan pengamatan kasus yang diperoleh dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada Tn. “I” dengan gangguan sistem Hematologi (DHF) yang dirawat di Bernadeth 2a Rumah Sakit Stella Maris Makassar selama 6 hari sejak tanggal 20-25 Maret 2018 dengan menggunakan pendekatakan sesuai dengan teori. Saat pengkajian penulis memperoleh data dari pasien, keluarga pasien, catatan medis, dan pengamatan langsung pada pasien. Dari hasil pengkajian pada Tn. “I” (22 tahun), ditemukan data/keluhan : pasien mengeluh badannya terasa panas sejak 3 hari yang lalu disertai, pusing dan mual sedangkan nyeri ulu hati dan nyeri tulang belakang sudah berkurang serta terdapat peteqie pada lengan atas pasien. TD: 120/80 mmHg, N: 72 x/menit, S: 38°C, dan P: 22 x/menit. Pada pemeriksaan diagnostic diperoleh hasil laboratorium: trombosit dan hematokrit mengalami penurunan.

   Dari tinjauan teori tanda dan gejala dari DHF adalah demam mendadak 2 – 7 hari mencapai 40°C atau lebih yang disebabkan oleh adanya viremia (adanya virus dalam darah) yang menyebabkan infeksi sehingga terjadi demam dan sakit kepala. Perdarahan dengan terdapatnya peteqie, perdarahan spontan pada kulit, epitaksis, purpura, ekimosis, gusi berdarah yang disebabkan oleh karena trombosit yang berfungsi sebagai pembekuan darah berkurang sehingga tidak ada

1. Dari rencana pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan 3 hari penulis melibatkan/bekerja sama dengan keluarga, pasien, sesama perawat dan tim kesehatan lainnya.
2. Setelah 3 hari mengimplementasikan rencana keperawatan yang ada, hasil evaluasi dari ke-3 diagnosa keperawatan yang ada pada kasus Tn.“I”, masalah hipertemi sudah teratasi yang ditandai dengan penurunan suhu tubuh yaitu 37˚c, masalah defisiensi pengetahuan mampu diatasi karena pasien sudah dapat menjelaskan proses penyakit DHF menggunakan bahasa sendiri, masalah resiko perdarahan belum dapat diatasi karena masih terdapat bintik-bintik merah pada lengan atas pasien (peteqie +) dengan jumlah trombosit 96/mm^3.

B. Saran

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

1. 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).*
2. Bagi Penulis

   Mengaplikasikan ilmu dan pengetahuan yang didapatkan selama pendidikan, terutama dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan Sistem Hematologi, *Dengue Haemorragic Fever (DHF).*

3. Institusi Rumah Sakit
   a) Diharapkan pihak rumah sakit dapat memberikan informasi secara relevan untuk mengenal lebih awal akan tanda dan gejala dari penyakit demam berdarah.
   b) Mengoptimalkan informasi tentang cara untuk menjaga kesehatan pasien dan untuk mengatasi penyebab demam berdarah dengan memberikan pertolongan pertama dirumah yaitu pemberian minum yang banyak, kompres basah (dingin) bila demam tinggi dan segera membawa kepuskesmas/ rumah sakit terdekat.
   c) Memberikan informasi tentang tindakan pencegahan yang dapat dilakukan yaitu: mempertahankan lingkungan yang bersih dan sehat dengan pedoman 3M.

4. Pasien dan keluarga

   Menjaga lingkungan sekitar dengan mempertahankan lingkungan yang bersih, hal itu merupakan prioritas utama agar kasus demam berdarah tidak terjadi lagi.

BAB V
PENUTUP

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem hematologi “DHF” diruang Bernadeth 2a Rumah sakit Stella Maris Makassar, maka penulis dapat menarik kesimpulan sekaligus saran seperti dibawah ini.

A. Kesimpulan

1. Dengue *Hemoragic Fever* (DHF) adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh virus dengue yang masuk kedalam tubuh melalui gigitan nyamuk *Aedes Aigypti* yang ditandai dengan demam, sakit kepala, mual dan muntah, nyeri otot dan sendi serta terdapat adanya peteqie.
2. Metode yang digunakan dalam menyelesaikan masalah tersebut adalah melalui pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi untuk mengatasi kesenjangan yang ditemukan.
3. Masalah keperawatan yang diangkat yaitu:
   a) Resiko perdarahan dengan faktor resiko koagulopati inheren (trombositopenia)
   b) Hipertermi b/d penyakit
   c) Defisiensi pengetahuan b/d kurang sumber pengetahuan
4. Dari intervensi keperawatan yang penulis susun pada prinsipnya sama dengan yang terdapat dalam tinjauan teoritis ini disebabkan teori yang ada, yang juga sesuai dengan keadaan dan kondisi pasien. Intervensi keperawatan itu meliputi : tindakan keperawatan mandiri, observasi keperawatan dan tindakan evaluasi.

DAFTAR PUSTAKA

Kementerian Kesehatan RI. 2016. *Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI*. infodatin dbd 2016 (hlm. 1 - 9). Kementerian Kesehatan RI: Jakarta

Dinas Kesehatan Kota Makassar. 2016. *Profil Kesehatan Kota Makassar Kota Makassar Tahun 2016.* Dinas Kesehatan Kota Makassar: Makassar

Desmawati Ayu. 2013. *Demam Berdarah Dengue: Epidemiologi, Patogenesis, dan Faktor Risiko Penularan*. 53636-ID-demam-berdarah-dengue-epidemiologi-patog Vol.2 No.2 (hal. 110 – 119). Universitas Sumatera Utara: Medan

Padila. 2012. *Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta: Nuha medika

Hardhi Kusuma. 2015. Gambaran Praktik Pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD) di Wilayah Endemik DBD. P- ISSN: 2086-3071, E-ISSN: 2443-0900 Versi online: Vol. 9, No. 1 (hal. 17- 24). Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sint Carolus:Jakarta

Caroline Bunker. 2013. Buku Ajar Keperawatan Dasar. Brunner dan Suddarth. Vol. I &II .Editor : Monica Ester, Ellen panggabean, Edisi : 8, Jakarta. EGC.

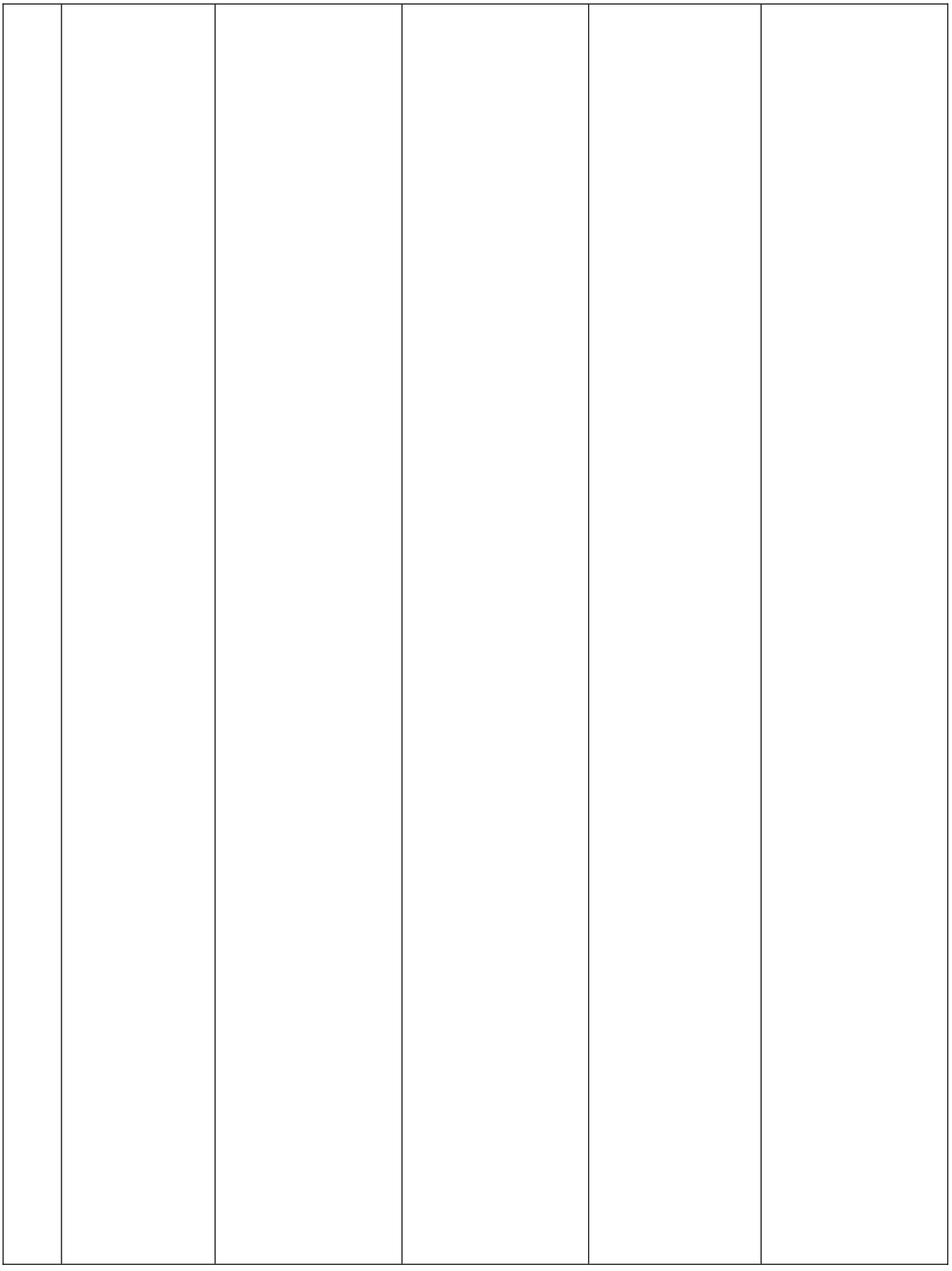
WWW. Geogle. Com. 2016. *Demam Berdarah*. Jakarta.

Firdaus j.kunoli, SKM,M.Kes ;jakarta TIM, 2012

DAFTAR LEMBAR KONSUL
KARYA TULIS ILMIAH

Nama : yohanes ronaldo eman susanto
Nim : E. 1514401052
Judul KTI : Asuhan keperawatan pada Tn“I” dengan Dengue Hemoragic Fever di ruangan St.Bernadeth II a Rumah Sakit Stella Maris Makassar
Pembimbing : Yunita Gabriela Madu, S.Kep.,Ns

No	Hari Tanggal	Materi Konsul	Perbaikan	Paraf Mahasiswa	Paraf pembimbing
.					



DAFTAR LEMBAR KONSUL
KARYA TULIS ILMIAH

Nama : yohanes ronaldo eman susanto
Nim : E. 1514401052
Judul KTI : Asuhan keperawatan pada Tn"I" dengan Dengue Hemoragic Fever di ruangan St.Bernadeth II a Rumah Sakit Stella Maris Makassar
Pembimbing : Rosmina Situngkir, SKM,Ns.,M.Kes

No	Hari Tanggal	Materi konsul	Perbaikan	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1	07/05/2018	BAB I Latar Belakang ,Pengantar untuk DHF	Perbaiki Latar belakang . Pengantar untuk DHF		
2	14/05/2018	BAB I BAB II	Perbaiki latar belakang + data data tentang prevelensi DHF BAB II Pada konsep dasar keperawatan . berdasarkan pola gordon		
3.	15/05/2018	Bab I Bab II	Perbaiki teori tentang konsep dasar keperawatan . sesuaikan pengkajian teori berdasarkan pola gordon		
4.	16/05/2018	Bab I Bab II Bab IV	Bab I ACC Bab II Croscek tentang pola reproduksi Bab IV PADA		

			Intervensi dan implementasi sesuai dengan yang dilakukan oleh penulis dan alasan tidak melakukan		
5	31/05/2018	Bab IV,V	Perbaiki untuk evaluasi pada Bab IV. Bab V kesimpulan dan saran		
6.	04/06/2018	Bab IV Dan V	ACC Buat kata pengantar,sampul,daftar isi,riwayat hidup,lembar persetujuan dan daftar pustaka		