

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. "T" DENGAN *DENGUE HAEMORAGIC FEVER* DIRUANG PERAWATAN ST. BERNADETH II RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH :

WINNY BULAWAN
E1714401052
YULIANA OLE KOPAN LEWAR
E1714401048

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM DIII KEPERAWATAN
MAKASSAR
2020

Edit dengan WPS Office

Edit dengan WPS Office

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah dengan judul **"ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. "T" DENGAN *DENGUE HAEMORAGIC FEVER* DI RUANGAN PERAWATAN ST. BERNADETH II RUMAH SAKIT STELLA MARISMAKASSAR"** telah disetujui oleh dosen pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh :
WINNY BULAWAN
E. 1714401052
YULIANA OLE KOPAN LEWAR
E. 1714401048

Disetujui Oleh :

Pembimbing

(Jenita Laurensia Saranga', Ns., M.Kep)
NIDN: 0922019105

Mengetahui
Wakil Ketua Bidang Akademik

(Fransiska Anita E.R.S, Ns,.M.Kep.,Sp.KMB)
NIDN : 0913098201

Edit dengan WPS Office

LEMBAR PENGESAHAN

PROGRAM D III KEPERAWATAN
STIK STELLA MARIS

Karya Tulis Ilmiah dengan judul **"ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. "T" DENGAN *DENGUE HAEMORAGIC FEVER* (DHF) DI RUANG PERAWATAN ST. BERNADETH II A RUMAH SAKIT STELLA MARIS"** telah dipertanggungjawabkan dan telah diujikan dihadapan Tim penguji yang telah dilaksanakan pada :

Hari/Tanggal : Rabu, 17 juni 2020
Pukul :09.20 s/d 10.40
Tempat : STIK STELLA MARIS MAKASSAR

Tim Penguji :

1. Fransiska Anita E.R.S, Ns., M.Kep., Sp.KMB
2. Rosmina Situngkir, Ns., M.Kep
3. Jenita Laurensia Saranga', Ns.,M.Kep(Moderator)

Mengetahui
Kepala STIK Stella Maris Makassar

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

Edit dengan WPS Office

NIDN: 0928027101

Edit dengan WPS Office

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas penulis

Nama	: Winny Bulawan
Tempat/Tanggal Lahir	: Buntu-Buntu 13 juni 1998
Jenis Kelamin	: perempuan
Agama	: Protestan
Alamat	: Jl. Maipa Lr 35

II. Orang Tua Identitas

Ayah/Ibu	: Dominggus P/Marlina
Agama	: Khatolik
Pekerjaan	: Petani
Alamat	: Mamasa Sulawesi Barat

III. Riwayat Pendidikan

SDN 022 BALLA	: 2003-2019
SMPN 5 MAMASA	: 2009-2013
SMKN 1 MAMASA	: 2013-2015
STIK STELLA MARIS	: 2017-2020

Edit dengan WPS Office

Edit dengan WPS Office

Edit dengan WPS Office

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas pribadi

Nama	: Yuliana Ole Kopan Lewar
Tempat/Tanggal Lahir	: Timika, 14 juli 1997
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Khatolik
Alamat	: Jln. Rajawali 1 Lr.13 b

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Dominikus Duru Lewar/ Theresia Tuto L.B
Agama	: Khatolik
Pekerjaan	: petani/IRT
Alamat	: Block pasar swadaya (Timika Papua)

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN Timika 5	: Tahun 2005 - 2011
SMPN 3 Mimika	: Tahun 2011 - 2015
SMAN 2 Mimika	: Tahun 2015 - 2017

STIK Stella Maris Makassar: Tahun 2017 – 2020

Edit dengan WPS Office

Edit dengan WPS Office

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah (KTI) dengan judul "Asuhan Keperawatan pada Tn. "T" dengan *Dengue Haemoragic Fever* di ruang perawatan St. Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Penulis menyadari bahwa proses penyelesaian karya tulis ini tidak terlepas dari berbagai pihak yang telah memberikan bimbingan, masukan, petunjuk, saran, dan bantuan lainnya pada penulis. Oleh sebab itu penulis menyampaikan terimakasih kepada :

1. Siprianus Abdu., S. Si., Ns., M. Kes selaku ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis menimba ilmu di STIK Stella Maris.

2. Fransiska Anita E.R.S, Ns,.M.Kep.,Sp.KMB. selaku Wakil Ketua bidang akademik Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar yang turut mendidik dan membantu penulis selama penulis mengikuti pendidikan.

3. Mery Solon, Ns.,M.Kes selaku Ketua Program DIII Keperawatan STIK Stella Maris Makassar yang senantiasa memberikan bimbingan dan motifasi kepada penulis sejak awal masuk kuliah.

4. Sr.DR. Teorocci Luisa Nunuhitu., S.JMJ, M.Kes selaku Direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah memberikan izin untuk melakukan praktek di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, terutama dalam menyusun karya tulis ini.

5. Jenita Laurensia Saranga', Ns.,M.Kep selaku pembimbing yang senantiasa memberi arahan dan masukan bagi penulis dalam pembuatan karya tulis ini.

6. Segenap Dosen dan Staf Kependidikan yang telah banyak memberikan ilmu dan pengalaman selama penulis selama menempu pendidikan di STIK Stella Maris Makasar.

7. Dosen Penguji yang telah memberikan arahan, masukan, pengawasan, dan saran untuk penulis untuk kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Edit dengan WPS Office

8. Tn. “T” selaku penerima asuhan keperawatan dan keluarga yang telah bersedia bekerja sama dengan penulis dalam melakukan asuhan keperawatan.

9. Teristimewa kepada kedua orang tua terkasihku bapak Dominggus dan Ibu Marlina serta saudara dan semua keluarga yang telah memberikan dukungan, inspirasi, motifasi, bantuan doa, materi,dan kasih sayang selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.

10. Teristimewa kepada orang tua Yuliana bapak Dominikus Lewar da Ibu Theresia L.B yang selalu memberikan doa, semangat, dukungan, bantuan berupa materi sehingga penyususnan KTI ini dapat terselesaikan.

11. Seluruh Teman-Teman seangkatan 2017 program DIII Keperawatan yang selalu saling mendukung, membantu dan bekerja sama dengan baik selama mengikuti proses perkuliahan dan menyusun Karya Tulis Ilmiah di STIK Stella Maris Makassar.

12. Seluruh pihak yang penulis tidak bisa sebutkan satu per satu yang telah mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Akhir kata penulis berharap agar karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pembaca guna meningkatkan asuhan keperawatan pada pasien dengan DHF. Penulis menyadari bahwa masih terdapat/ada kekurangan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, oleh karena itu penulis mengharapkan adanya kritik dan saran yang membangun untuk dapat melengkapi karya tulis ini.

Edit dengan WPS Office

Makassar,……..2020

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL

HALAMAN PERSETUJUAN

HALAMAN PENGESAHAN

RIWAYAT HIDUP

KATA PENGANTAR i

DAFTAR ISI iii

DAFTAR GAMBAR v

DAFTAR TABEL vi

BAB I PENDAHULUAN 1

A. Latar Belakang 1

B. Tujuan Penulisan 2

C. Manfaat Penulisan 3

D. Metode Penulisan 3

E. Sistematika Penulisan 4

BAB II TINJAUAN TEORITIS.....6

A. Konsep Dasar Medis 6

1. Pengertian 6

2. Anatomi Fisiologi 7

Edit dengan WPS Office

3. Etiologi 11
4. Patofisiologi 12
5. Manifestasi klinik 13
6. Tes Diagnostik 14
7. Penatalaksanaan Medis 15
8. Komplikasi 15
B. Konsep Dasar Keperawatan16
1. Pengkajian 16
2. Diagnosa Keperawatan 17
3. Intervensi Keperawatan 18
4. Discharge Planning 24
C. Patoflodiagram 26
BAB III TINJAUAN KASUS28
A.Pengamatan kasus 28
B.Pengkajian 29
C.Analisa Data 43
D.Diagnosa Keperawatan 45
E.Rencana Keperawatan 46
F.Pelaksanaan Keperawatan 50
G.Evaluasi Keperawatan 58
H.Terapi 63
I.Daftar obat 64
BAB IV PEMBAHASAN KASUS 65
A.Pengkajian 65
B.Diagnosa Keperawatan 66

Edit dengan WPS Office

C.Intervensi Keperawatan 66

D.Implementasi Keperawatan 67

E.Evaluasi Keperawatan 67

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN 69

A. Kesimpulan 69

B. Saran 70

DAFTAR PUSTAKA

LEMBAR KONSUL

Edit dengan WPS Office

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Pembuluh Darah 7

Gambar 2.2 Sel-Sel Darah 7

Gambar 2.3 Patoflowdiagram DHF 27

Gambar 3.1 Genogram Pasien 31

Edit dengan WPS Office

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pemeriksaan Laboratorium 32

Tabel 3.2 Analisa Data 45

Tabel 3.3 Diagnosa Keperawatan 46

Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan 50

Edit dengan WPS Office

Tabel 3.5 Implementasi 58

Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan 64

Edit dengan WPS Office

Edit dengan WPS Office

BAB 1
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit Demam Berdarah *Dengue* (DBD) 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. Di Indonesia Demam Berdarah pertama kali ditemukan di kota Surabaya pada tahun 1968, dimana sebayak 58 orang terinfeksi dan 24 orang diantaranya meninggal dunia (Angka kematian : 41,3 %). Dan sejak saat itu, penyakit ini menyebar luas keseluruh Indonesia (Kemenkes Ri, 2019).

Kesehatan merupakan keseimbangan yang dinamis antar fungsi dan bentuk tubuh dalam kaitannya dengan lingkungan sekitar yang mempengaruhi kedua elemen tersebut. Indonesia sebagai salah satu Negara yang saat ini sedang berkembang, telah berupaya mencanangkan program pemerintah Indonesia sehat. dengan salah satu bentuk kebijakan adalah menekankan kesehatan sebagai titik sentral pembangunan nasional. Tujuan dari pembangunan kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya (Profil Indonesia Sehat, 2016).

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

Menurut WHO bahwa terdapat kasus Demam Berdarah dalam beberapa *decade* pada tahun 1996-2005 sebanyak 1,3 juta kasus meningkat menjadi 5,4 juta kasus pada *decade* ke 2 tahun 2006-2015. Berdasarkan pemodalan matematis terjadi kejadian diseluruh dunia

Edit dengan WPS Office

telah diperkirakan sebanyak 50-100 juta kasus DHF pertama di Asia Amerika latin dan Afrika (WHO 2016).

Di dunia terutama Negara-negara berkembang, jumlah penderita DBD pada tahun 2014 sebanyak 100.347 orang, tahun 2015 meningkat sebanyak 129.650, pada tahun 2016 sebanyak 204.171, pada tahun 2017 jumlah penderita menurun menjadi 68.407, tahun 2018 sebanyak 53.075 kemudian ditahun 2019 sebanyak 13,683 (Kemenkes RI, 2019). Memasuki awal tahun 2019 di Indonesia jumlah kasus penyakit DBD mengalami peningkatan yang cukup bermakna dari tahun ke tahun. Berdasarkan laporan dari 34 provinsi bahwa mulai 01 hingga 29 januari 2019 tercatat 133 jiwa. (Sry Sayekti Heni Sunaryanti, Sri Iswayuni).

Berdasarkan data di Sulawesi Selatan selama bulan januari 2019, tercatat sebanyak 658 kasus penderita DBD di Sulawesi Selatan. Dari total kasus itu, sebanyak 8 orang diantaranya meninggal dunia akibat penyakit tersebut. Penderita DBD meninggal di januari 2019 yakni 1 warga di kabupaten maros, 2 warga di kabupaten soppeng, 1 warga di kabupaten wajo, 3 warga di kabupaten pangkep, 1 warga di kota Makassar. Dimana tertinggi penderita DBD di Sulselyakni di Kabupaten Pangkep dengan jumlah penderita sebanyak 150 orang, disusul Kabupaten Bulukumba 75 penderita, Kabupaten Takalar sebanyak 68 penderita, Kabupaten Wajo sebanyak 66 penderita, Kabupaten Gowa sebanyak 62 penderita (Kompas.com,2019)

Berdasarkan Data pada Medical Record MRO RS.Stella Maris Makassar tercatat jumlah penderita DHF pada tahun 2016 sebanyak 711 pasien dengan pravelensi terbesar ditemukan pada umur 15-24 tahun laki-laki sebanyak 108 dan perempuan sebanyak 130 pasien dan meninggal dunia sebanyak 4 orang. pada tahun 2017 terjadi peningkatan pada penderita DHF dimana jumlah penderita sebanyak 334 pasien dengan pravelensi terbesar ditemukan lagi-lagi berkisar usia 15-24 tahun laki-laki sebanyak 54 orang, perempuan 38 orang dan yang meninggal 2 orang. pada tahun 2018 presentasi penyakit DHF mengalami peningkatan lagi dengan jumlah penderita sebanyak 468 orang dengan pravelensi terbesar ditemukan pada usia 15-24 tahun laki-laki sebanyak 65 orang dan perempuan 72 orang dengan jumlah 137 kasus yang dinyatakan meninggal sebanyak 1 kasus.

Dengan melihat masih adanya angka kematian pada kasus DHF

Edit dengan WPS Office

yang disebabkan oleh keterlambatan penanganan maka dibutuhkan peran tenaga kesehatan terutama perawat dalam melakukan asuhan keperawatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative yang dilakukan secara komprehensif dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan. Berdasarkan hal tersebut penulis tertarik untuk mengelola kasus dengan judul Asuhan Keperawatan pada pasien Tn. "T" dengan *Dengue Haemoragic Fever* di ruang perawatan ST.Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

   Mengetahui gambaran dan pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit *Dengue Haemoragic Fever* (DHF) di ruang perawatan ST.Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

2. Tujuan Khusus

   Penulis dapat memperoleh pengalaman dalam menerapkan asuhan keperawatan pada Tn."T" dengan *Dengue Haemoragic Fever* (DHF) secara komprehensif yang mencakup:

   a. Melakukan pengkajian keperawatan dan menganalisa Data pada Tn. "T" dengan *Dengue Haemoragicfever.*

   b. Menentukan diagnosis keperawatan pada Tn. "T" dengan *Dengue Haemoragic Fever.*

   c. Menentukan rencana tindakan keperawatan pada Tn. "T" dengan *Dengue Haemoragic Fever.*

   d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada Tn. "T" dengan *Dengue Haemoragic Fever*.

   e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada Tn."T" dengan *Dengue Haemoragic Fever.*

   f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Tn. "T" dengan *Dengue Haemoragic Fever.*

C. Manfaat Penulisan

Edit dengan WPS Office

1. Bagi Institusi/Pendidikan

   Sebagai sumber informasi dan tolak ukur keberhasilan program pendidikan keperawatan untuk lebih meningkatkan mutu pendidikan dimasa yang akan datang.

2. Bagi Rumah Sakit

   Dapat menjadi sumber informasi bagi perawat dan rumah sakit dalam melakukan asuhan kperawatan pada Tn. “T” dengan *Dengue Haemoragic Fever.*

3. Keluarga/Pasien

   Pasien dapat memperoleh asuhan keperawatan yang berkesinambungan, menyadari pentingnya pengobatan serta mau berpartisipasi dalam program pengobatan dan mau melakukan perubahan pola hidup untuk mencegah komplikasi dan berulangnya penyakit.

4. Penulis

   a. sebagai syarat dalam menyelesaikan program studi DIII keperawatan di STIK Stella Maris Makassar.

   b. Menambah pengetahuan dan pengalaman bagi penulis dalam mengaplikasikan ilmu yang didapat selama pendidikan.

D. Metode Penulisan

Dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan pada pasien dalam masalah *Dengue Haemoragic Fever* di Rumah Sakit Stella Maris Makassar penulis menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus yaitu :

1. studi kepustakaan

   Dengan memperoleh informasi-informasi terbaru di internet dengan berbagai situs, materi dan literature-literatur di perpustakaan dan buku-buku dari berbagai sumber.

Edit dengan WPS Office

2. Studi kasus

Melalui pendekatan proses keperawatan yang dimulai dengan : mengkaji, dan menganalisa data pasien, merumuskan diagnosa keperawatan, merencanakan tindakan keperawatan dan mengevaluasi hasil tindakan keperawatan.

Tehnik pengumpulan data yang dilakukan adalah :

a. Wawancara

dengan melakukan Tanya jawab dengan pasien, keluarga, dan perawat.

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 Hemoragic Fever* yang terjadi dalam satu tahun terakhir.

d. Pemeriksaan Fisik

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

E. Sistematika Penulisan

Karya Tulis Ilmiah ini disusun secara sistematika yang dimulai dari penyusunan bab I Pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan, bab II Tinjauan teoritis yang disusun dari berbagai topik yaitu konsep dasar medik yang terdiri dari pengertian, anatomi, fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, tes diagnostic, dan komplikasi.

Edit dengan WPS Office

kemudian konsep dasar keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, dan *discharge planning*, setelah itu pada akhir bab ini dibuat patoflowdiagram, bab III pengamatan kasus yang diawali dengan ilustrasi kasus, setelah itu pengkajian data dari pasien, analisa data, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Bab IV pembahasan kasus berisi tentang pembahasan kesenjangan yang dapat dibandingkan melalui teori dengan pengamatan kasus pasien yang dirawat, bab V sebagai akhir dari karya tulis ilmiah yaitu penutup yang berisi tentang uraian kesimpulan dan saran bagi pihak-pihak yang terkait dengan penyusunan karya tulis ilmiah ini.

BAB II
TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Medik

1. Pengertian

Edit dengan WPS Office

Penyakit *Dengue Hemoragic Fever* merupakan penyakit yang disebabkan karena gigitan nyamuk *Aedes Aegypti* yang terinfeksi salah satu dari empat tipe virus *dengue* dengan manifestasi klinis deman, nyeri otot, atau nyeri sendi yang disertai leucopenia, ruam, limfadenopati, trombositopenia (Depkes, 2016).

Dengue Hemoragic Fever (DHF) adalah penyakit infeksi akut yang disebabkan oleh virus *Dengue* yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes Aegypti*, suatu virus termasuk dalam marga (genus) *flavivirus* dari *family flaviridae* (IDAI 2019).

Menurut Aryu Candra (2019)DBD atau DHF adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus *Dengue* dengan manifestasi klinis demam, nyeri otot dan nyeri sendi yang disertai lekopenia, ruam, limfadenopati, trombositopenia dan *diathesis hemoragic*. penyakit DBD mempunyai perjalanan penyakit yang sangat cepat dan sering menjadi fatal karena banyak pasien yang meninggal akibat penanganan yang terlambat (Aryu Candra,2019).

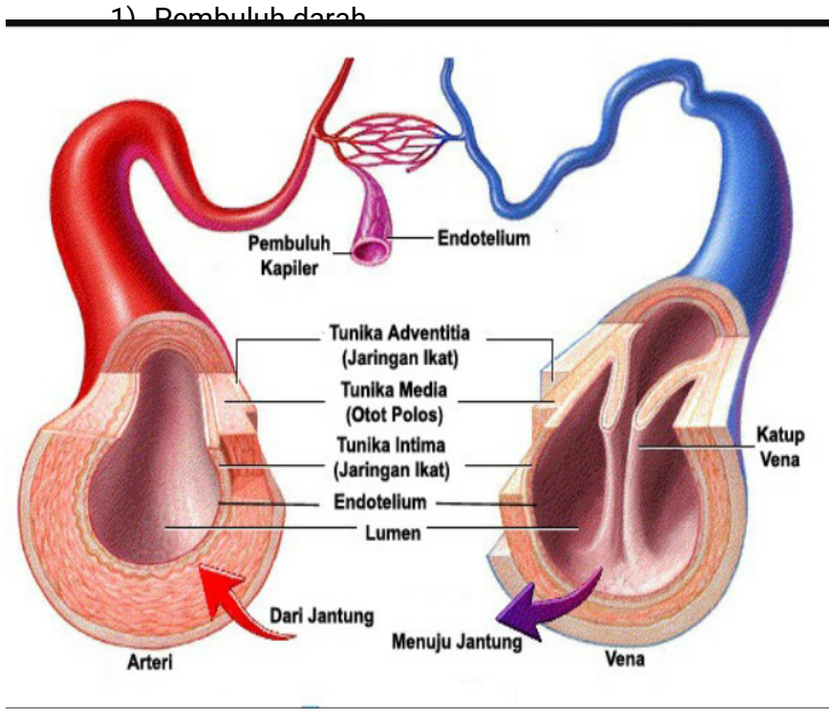
Berdasarkan pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa DHF adalah penyakit infeksi akut yang disebabkan oleh virus *dengue* yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes Aegypti* dan suatu virus yang termasuk dalam marga (genus) *flavivirus* dari *family flaviridae* dengan manifestasi klinis Demam, nyeri otot dan nyeri sendi yang disertai *leucopenia*, ruam, *limfadenopati*, *trombositopenia* dan *diathesis hemoragic.*

Edit dengan WPS Office

2. Anatomi Fisiologi

a. Anatomi

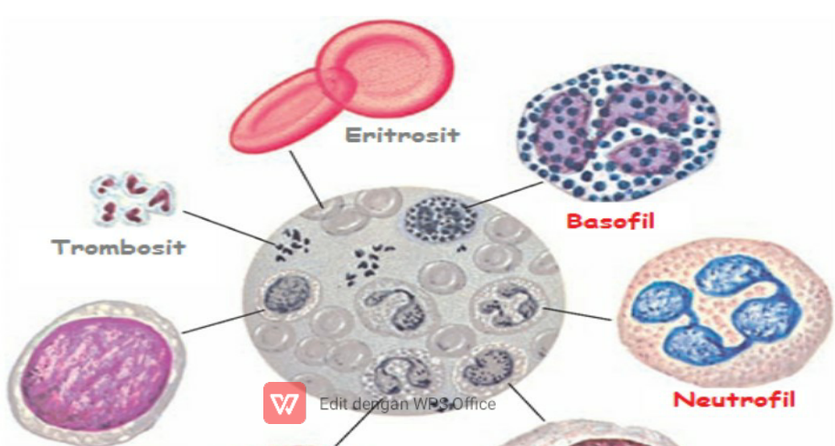
1) Pembuluh darah



Gambar 2.1 : Anatomi Pembuluh Darah

Sumber : Nurhayati Evi, 2013

2) Sel-sel darah



Edit dengan WPS Office

Gambar 2.2 : Sel-sel darah

Sumber : Nurhayati Evi, 2013

b. Fisiologi

1) Pembuluh darah

a) Pembuluh darah arteri

Pembuluh darah arteri terdiri dari tiga lapisan yaitu: lapisan terluar terdiri atas jaringan ikat *februs* disebut *tunika advantisa*, lapisan ini bersifat sebagai pelindung. Lapisan tengah yang memiliki otot elastik

Edit dengan WPS Office

disebut tunika media, lapisan ini bersifat kuat berfungsi menjaga pembuluh darah tetap terbuka dan memiliki otot yang dapat berkonsentrasi membesar dan menyempit untuk mempertahankan tekanan darah. Lapisan terdalam disebut tunika intima, lapisan ini dibentuk oleh endothelium yang bersifat sangat licin untuk mengurangi gesekan dengan dinding pembuluh-pembuluh darah arteri terdiri dari dua jenis yaitu: pembuluh aorta dan pembuluh pulmonalis. pembuluh aorta merupakan pembuluh arteri yang datang dari bilik jantung sebelah kiri dan berfungsi megangkut oksigen untuk diedarkan ke seluruh tubuh sedangkan pembuluh pulmonalis merupakan pembuluh arteri yang berasal dari bilik kanan dan berfungsi membawa darah yang telah terkontaminasi oleh karbondioksida dan seluruh tubuh menuju ke paru-paru.

b) Pembuluh dara vena

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

c) Pembuluh darah kapiler

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

Edit dengan WPS Office

2010).

2) Struktur darah

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

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

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

a) Sel Darah

(1) Eritrosit (sel darah merah)

Eritrosit normal berbentuk cakram bikonkraf dan tidak mempunyai inti. Ukuran diameter kira-kira 5 juta dalam 1 mm3, warnanya kuning kemerahan karena di dalamnya mengandung suatu zat yang disebut hemoglobin. Normal hemoglobin dalam darah laki-laki adalah 14-18 gr/dl dan pada wanita 12 -16 gr/dl. Eritrosit dibentuk dalam sum-sum tulang belakang, limfe dan hati. Fungsi eritrosit adalah mentransportasi hemoglobin, selanjutnya membawa oksigen dari paru-paru ke jaringan. Nilai sel darah merah normal berdasarkan (Kemenkes, 2018) :

Edit dengan WPS Office

(a) Laki-Laki dewasa : 4,3 jt-5,9 jt/ml

(b) Wanita dewasa : 3,9 jt-4,8 jt/ml

(c) Bayi : 5,0 jt-7,0 jt/ml

(2) Leukosit (sel darah putih)

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

(3) Trombosit (keeping darah)

Trombosit merupakan partikel kecil berdiameter 2 sampai , yang terdapat dalam sikulasi plasma darah. Dibentuk oleh fragmentasi sel raksasa sum-sum tulang yang disebut megakarosit. Produksi trombosit diatur oleh trombopoetin. Normal trombosit adalah 150.000 – 450.000 mm3. Trombosit berperan penting dalam pembentukan bekuan darah. Trombosit dalam keadaan normal bersirkulasi ke seluruh tubuh melalui aliran darah. Namun dalam beberapa detik setelah kerusakan suatu pembuluh darah, trombosit tertarik ke daerah tersebut sebagai respons terhadap kolagen yang terpajan di lapisan subendotel pembuluh. Trombosit melekat pada permukaan yang rusak dan mengeluarkan beberapa zat (serotonin dan histamine) yang menyebabkan terjadinya

Edit dengan WPS Office

vasokontriksi pembuluh. Fungsi lain dari trobosit yaitu untuk mengubah bentuk dan kualitas setelah berikatan dengan pembuluh yang cedera, trombosit akan menjadi lengket dan menggumpal bersama membentuk sumbatan trombosit yang secara efektif menambal daerah yang luka.

b) Plasma Darah

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

(1) Fibrinogen yang berguna dalam peristiwa pembekuan darah.

(2) Garam-Garam mineral yang berguna dalam metabolisme dan juga mengadakan osmotic.

(3) protein darah (albumin, globulin) meningkatkan viskositas. darah juga menimbulkan tekanan osmotik untuk memelihara keseimbangan cairan dalam tubuh.

(4) Zat makanan (asam amino, glukosa, lemak, vitamin).

(5) Hormon, yaitu suatu zat yang dihasilkan dari kelenjar tubuh.

3. Etiologi

DHF adalah penyakit akut yang disebabkan oleh virus *Dengue*, yang ditularkan oleh nyamuk *Aedes Aegypti*. nyamuk *Aedes* terdiri dari 5 jenis yaitu: *aedes aegypti*, *aedesalbapictus*, *aedes polynesiensis*, *aedes scutetelleris*, dan *aedes pseudoscutellaris*. Di Indonesia yang paling banyak sebagai vector virus *dengue* adalah *aedes aegypti* dan *aedes albopictus*.

a. *Aedes Aegypti*

Edit dengan WPS Office

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

b. *Aedes Albopictus*

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

4. Patofisiologi

Virus *Dengue* masuk kedalam tubuh manusia melalui gigitan nyamuk *Aedes Aegypti* atau *Aedes Albopictus* yang akan mengakibatkan viremia. hal tersebut akan mengakibatkan reaksi oleh pusat pengukur suhu tubuh di hipotalamus sehingga menyebabkan (pelepasan zat bardikinin, serotonin, thrombin, dan histamine) terjadinya peningkatan suhu. selain itu viremia menyebabkan pelebaran pada dinding pembuluh darah yang menyebabkan perpindahan cairan dan plasma dari intravaskuler ke intertisiel yang menyebabkan hipovolemia. Trombositopenia dapat terjadi akibat dari, penurunan produksi trombosit sebagai reaksi dari antibody melawan virus (Murwani, 2011).

Pada pasien dengan *trombositopenia* terdapat adanya pendarahan baik kulit seperti peteki atau pendarahan mukosa di mulut. hal ini mengakibatkan adanya kehilangan kemampuan tubuh untuk melakukan mekanisme hemostatis secara normal. Hal tersebut dapat menimbulkan pendarahan dan jika tidak tertangani akan mengakibatkan terjadinya syok. masa inkubasi virus *dengue* 3-15 hari, rata-rata 5-8 hari (Soegijanto, 2006).

Menurut Ngastiyah (2005) virus akan masuk kedalam tubuh manusia melalui gigitan nyamuk *aedes aegypty*. pertama-

Edit dengan WPS Office

tama yang terjadi adalah viremia yang akan mengakibatkan penderita mengalami demam, sakit kepala, mual, nyeri otot, pegal-pegal di seluruh tubuh, ruam atau bintik-bintik merah pada kulit, hiperemia tenggorokan dan hal lain yang mungkin terjadi pembesaran kelenjar geta bening, pembesaran hati (hepatomegali). Kemudian virus bereaksi dengan antibody dan terbentuklah kompleks virus antibodi. Dalam sirkulasi dan mengaktivasi sistim koplemen. Akibat aktivasi c3 dan c5 akan dilepas c3a dan c5a dua peptida yang berdaya untuk melepaskan histamine dan merupakan mediator kuat sebagai factor meningkatnya permebilitas dinding kapiler pembuluh darah yang mengakibatkan terjadinya pembesaran plasma ke ruang ekstraseluler mengakibatkan kekurangan volume plasma terjadi hipotensi, hemokonsentrasi dan hipoproteinemia serta efusi dan renjatan (syok). Hemokonsentrasi (peningkatan hematokrit >20%) menunjukkan atau menggambarkan bahwa adanya kebocoran (perembesan) sehingga nilai hematokrit menjadi penting untuk patokan pemberian cairan intravena (Noersallam, 2005).

Adanya kebocoran plasma ke daerah ekstra vaskuler dibuktikan dengan ditemukan cairan yang tertimbun dalam rongga serosa yaitu rongga peritoneum, pleura, pericardium, yang pada otopsi ternyata melebihi cairan yang diberikan melalui infus. Setelah pemberian cairan intravena, peningkatan jumlah trombosit menunjukkan kebocoran plasma telah teratasi, sehingga pemberian cairan intravena harus dikurangi kecepatan dan jumlahnya untuk mencegah terjadinya edema paru dan gagal jantung, sebaliknya jika tidak mendapatkan cairan yang cukup penderita akan mengalami kekurangan cairan yang akan mengakibatkan terjadinya renjatan. jika syok hipovolemik berlangsung terus menerus akan mengakibatkan anoksia jaringan, metabolic asidosi, dan kematian apabila tidak segera di atasi dengan baik (Murwani, 2011).

5. Manifestasi Klinis

a. Gambaran klinis yang timbul pada penyakit *Dengue Haemoragic Fever* (Menurut Ridha N, 2014)

Edit dengan WPS Office

1) Demam tinggi mendadak yang berlangsung selama 5-7 hari

2) pendarahan terutama pendarahan di bawah kulit, hematoma, *ecymosis*.

3) Epitaksis, hematemesis melena, hematuri.

4) Mual, muntah, nafsu makan menurun, diare, konstipasi.

5) nyeri otot, tulang sendi, abdomen dan ulu hati

6) sakit kepalah

7) pembengkakan sekitar mata

8) pembesaran hati, limpa, dan kelenjar geta bening

9) Tanda-tanda rejatan (sianosis, kulit lembab dan dingin, tekanan darah menurun, gelisah, nadi cepat dan lemah).

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

1) Derajat 1

ditandai dengan :

a) Demam

b) Mual muntah

c) Anoreksia

d) Sakit kepala terus-menerus

e) Nyeri bagian epigastrium

f) Nyeri di perputaran bola mata

g) Tourniquet tes positif

2) Derajat II

Tanda-tanda seperti derajat I ditambah dengan perdarahan spontan pada kulit (peteqie, echimosis, dan purpura) dan

Edit dengan WPS Office

perdarahan lain seperti epitaksis, hematermesis, dan melena.

3) Derajat III

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

4) Derajat IV

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

6. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Nadesul (2013) pemeriksaan penunjang meliputi :

a. Darah Lengkap

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

b. Pemeriksaan Dengue Blood (metode rapid)

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

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

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

d. Urinalisis

Edit dengan WPS Office

Pasien yang menderita DHF mungkin ditemukan albuminaria ringan.

e. Pemeriksaan CT Scan

1) untuk menunjukkan apakah hepar menunjukkan pembesaran lobus hepar (hepartomegali).

2) Limfa menunjukkan adanya pembesaran (spientomegali)

f. Rontgen Torax untuk melihat apakah terjadi efusi pleura.

7. Penatalaksanaan Medik

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

a. Baring dan istirahat

b. Diet makan lunak

c. Minum banyak (1,5-2 liter,24 jam)

d. Pemberian cairan melalui infuse

e. Monitor TTV tiap 4 jam. jika keadaan pasien memburuk observasi ketat 3 jam.

f. Pemeriksaan darah lengkap setiap hari.

g. Monitor adanya tanda-tanda perdarahan lebih lanjut

h. Pemberian antibiotic bila ada infeksi sekunder

i. Monitor adanya tanda-tanda renjaan meliputi keadaan umum, perubahan tanda-tanda vital, hasil pemeriksaan laboratorium yang memburuk. (Desmawati, 2013)

8. Komplikasi

Adapun komplikasi DHF adalah sebagai berikut :

a. Anoxsia jaringan

Edit dengan WPS Office

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

b. Hepatomegali

Dapat disebabkan karena terjadinya kebocoran plasma keruang intravaskuler yang mengakibatkan plasma merembes melalui system vena sehingga terjadi peningkatan cairan plasma dalam hepar.

c. Efusi Pleura

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

d. Asidosis Metabolik

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

e. Syok Hipovolemik

Dapat terjadi karena kebocoran plasma ke ruang intrvaskuler mengakibatkan penurunan tekanan, pengisian sirkulasi darah, penurunan aliran darah vena dan cura jantung menurun, maka terjadi syok hipovolemik. (Desmawati, 2013).

B. Konsep Dasar Keperwatan

Proses keperawatan terdiri dari lima tahap yaitu pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi

Edit dengan WPS Office

keperawatan.

1. Pengkajian Pola Kesehatan Gordon

   a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

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

      DO : Kurangnya pengetahuan yang dimiliki

   b. Pola Nutrisi dan Metabolik

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

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

   c. Pola Eliminasi

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

      DO : Distensi abdomen, hiperperistaltik usus, perubahan

      warna urine dan feses.

   d. Pola aktivitas dan latihan

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

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

   e. Pola tidur dan istrahat

      DS : Perubahan pola tidur

      DO : Ekspresi wajah klien tampak mengantuk

Edit dengan WPS Office

f. Pola persepsi dan kognitif

DS : Mengungkapkan rasa sakit, gangguan penghiduan, dan pengecapan

DO : Tampak pasien lemah dan ekspresi wajah pasien meringis

g. Pola persepsi dan konsep diri

DS : Frustasi dengan penyakit, kehilangan waktu untuk bekerja

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

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

DS : Tidak bersemangat, tidak suka diganggu

DO : Diam, rasa tidak berdaya

i. Pola reproduksi dan seksualitas

DS : Penurunan libido

DO : Penurunan libido

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stres

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

DO : Perilaku berhati-hati, gelisah, dan fokus pada diri sendiri

k. Pola nilai system kepercayaan

DS : Keyakinan, tata nilai budaya

DO : Alat-alat ibadah

2. Diagnosa Keperawatan

Edit dengan WPS Office

1. Kekurangan volume cairan b/d kehilangan cairan aktif.
2. Resiko perdarahan dengan factor resiko *koagulopati inheren* (trombositopenia).
3. Nyeri akut b/d agen cedera biologis.
4. Hipertermia b/d penyakit
5. ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d kurangnya asupan makanan..
6. Resiko syok dengan factor resiko hipovolemia.
7. Defisit pengetahuan b/d tidak familiar dengan sumber informasi.

3. Intervensi keperawatan (NIC dan NOC)

   a. Kekurangan volume cairan b/d kehilangan cairan aktif

      Hasil yang diharapkan : setelah dilakukan keperawatan selama 3x24 jam, kekurangan volume cairan akan teratasi dibuktikan oleh keseimbangan cairan dan hidrasi yang adekuat, asupan cairan yang adekuat dengan criteria hasil:

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

      Intervensi :

      a) Pantau jumlah, warna, dan frekuensi kehilangan cairan

         R/ : kehilangan cairan dapat menyebabkan dehidrasi

      b) Pantau status hidrasi (kelembapan mukosa, keadekuatan nadi dan tekanan darah)

Edit dengan WPS Office

R/ : Mukosa bibir menunjukkan pasien mengalami dehidrasi. Membantu mengidentifikasi kondisi pasien dalam dehidrasi ringan, sedang atau berat.

c) Monitor intake dan output cairan

R/ : Intake dan output harus seimbangan

d) Tentukan cairan yamg masuk dalam 24 jam

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

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

R/ : Terjadinya leucopenia dan trombositopenia menunjukkan pasien mengalami invasi virus Dengue.

f) Kolaborasi dengan Dokter dalam pemberian terapi cairan IV sesuai program

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

b. Resiko perdarahan dengan factor resiko trombositopenia

Hasil yang diharapkan : Tidak dapat terjadi perdarahan lebih lanjut dan trombosit mengalami peningkatan mencapai batas normal .

Intervensi :

1) Monitor tanda-tanda penurunan trombosit yang disertai tanda-tanda klinis
R/ : Penurunan jumlah trobosit merupakan tanda-tanda kebocoran pembuluh darah yang pada tahap tertentu dapat menimbulkan tanda klinis berupa perdarahan nyata seperti epitaksis, peteqie dan melena.

Edit dengan WPS Office

2) Monitor jumlah trombosit setiap hari

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

3) Berikan penjelasan kepada pasien tentang pengaruh trombositopenia

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

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

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

5) Anjurkan pasien untuk istrahat

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

6) Pertahankan kebutuhan cairan

R/ : Membantu dalam mencapai keseimbangan cairan tubuh

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

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

c. Nyeri akut b/d agen cedera biologis

Hasil yang diharapkan : setelah dilakukan keperawatan selama 3x24 jam, akan memperlihatkan pengendalian dan tingkat nyeri dengan criteria hasil : Mengenali kapan

Edit dengan WPS Office

nyeri terjadi

Menggambarkan factor penyebab :

1. Menggunakan tindakan pencegahan nyeri
2. melaporkan nyeri terkontrol
3. Ekspresi nyeri pada wajah berkurang

Intervensi :

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

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

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

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

c) Ajarkan tehnik nonfarmakologi (misalnya tehnik relaksasi)

R/ : Tehnik relaksasi dapat mengurangi nyeri

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

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

e) Kolaborasi dengan Dokter dalam hal pemberian obat analgetik,

Edit dengan WPS Office

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

d. Hipertermia b/d penyakit

Hasil yang diharapkan :

1) Suhu tubuh kembali normal

2) Pasien tidak mengalami demam

Intervensi :

a) Observasi TTV seperti tekanan darah, nadi, suhu dan pernafasan.

R/ : Untuk mengetahui keadaan umum pasien

b) Pantau status hindrasi

R/ : Membran mukosa kering, menunjukkan status hidrasi pasien buruk

c) Anjurkan pasien minum air 2-3 liter per 24 jam

R/ : Peningkatan suhu tubuh mengakibatkan penguapan sehingga diimbangi dengan asupan cairan yang cukup.

d) Beri kompres hangat

R/ : Menyebabkan vasoditasi sehingga terjadi perpindahan panas secara evaporasi.

e) Anjurkan pasien memakai pakaian yang tipis

R/ : pakaian yang tipis mengurangi peningkatan suhu tubuh pasien.

f) Catat intake dan output cairan.

R/ : untuk mengetahui keseimbangan cairan.

g) Kolaborasi dengan Dokter dalam pemberian cairan intravena, obat antipiretik, dan antibiotic sesuai dengan program dokter

Edit dengan WPS Office

R/ : Untuk membantu menurunkan suhu tubuh kembali dalam batas normal.

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

Hasil yang diharapkan : setelah dilakukan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien dapat memperlihatkan status gizi : asupan makanan dan cairan yang dibutuhkan oleh indikator cukup adekuat sampai sangat adekuat dengan criteria hasil :

1) Tampak pasien tidak mual dan muntah
2) Nafsu makan membaik
3) Tampak pasien mampu menghabiskan porsi makanan yang disediakan
4) Asupan cairan oral dan iv adekuat
5) Melaporkan tingkat energy yang adekuat

Intervensi :

a) Indentifikasi faktor pencetus mual dan muntah

R/ : Dengan mengidentifikasi maka dapat diberikan tindakan yang tepat

b) Identifikasi faktor yang mempengaruhi kehilangan selera makan pasien.

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

c) Mengintruksikan pasien mengambil nafas dalam, perlahan dan menelan secara sadar untuk mengurangi mual dan muntah

R/ : Untuk mengurangi mual dan muntah saat menelan makanan

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

Edit dengan WPS Office

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

e) Pertahankan makanan pasien sesuai jadwal makan dan kudapan.

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

f) Kolaborasi dengan Dokter dalam pemberian obat antiemetic.

R/ : Obat antiemetik mengatasi mual dan muntah.

f. Resiko syok dengan factor resiko hipovolemia

Hasil yang diharapkan :

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

Intervensi :

1) Monitor keadaan umum pasien.

R/ : Mengetahui jika terjadi tanda-tanda syok sehingga dapat ditangani dengan segera.

2) Observasi TTV

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

3) Monitor tanda-tanda perdarahan.

R/ : Perdarahan cepat diketahui dan dapat di atasi sehingga pasien tidak sampai syok

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

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

Edit dengan WPS Office

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

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

6) kolaborasi dengan Dokter dalam pemberian cairan, obat dan transfusi.

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

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

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

Intervensi :

1) Kaji tingkat pengetahuan pasien/keluarga tentang penyakit DHF

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

2) Kaji latar pendidikan pasien/keluarga :

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

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

R/ : Agar informasi muda di terima sehingga tidak terjadi kesalapahaman.

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

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

Edit dengan WPS Office

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

R/ : Mengurangi kecemasan dan motivasi pasien untuk kooperatif.

6) Gunakan leaflet atau gambar dalam memberikan penjelasan

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

4. Discharge planning

Hal-hal yang perluh disampaikan kepada pasien atau keluarga sebelum pulang adalah

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

Ada 2 pemberantasan vector antara lain :

1) Menggunakan insektisida

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

2) Tanpa insektisida

Caranya adalah :

a) Menguras bak mandi dan tempat penampungan air minimal 1x seminggu (perkembangan telur nyamuk lamanya 7-10 hari).

b) Menutup penampungan air dengan rapat.

c) Menganjurkan pasien untuk minum obat yang telah diresepkan oleh Dokter secara teratur.

Edit dengan WPS Office

d) Membersikan halaman rumah dari kaleng bekas, botol pecah dan benda lain.

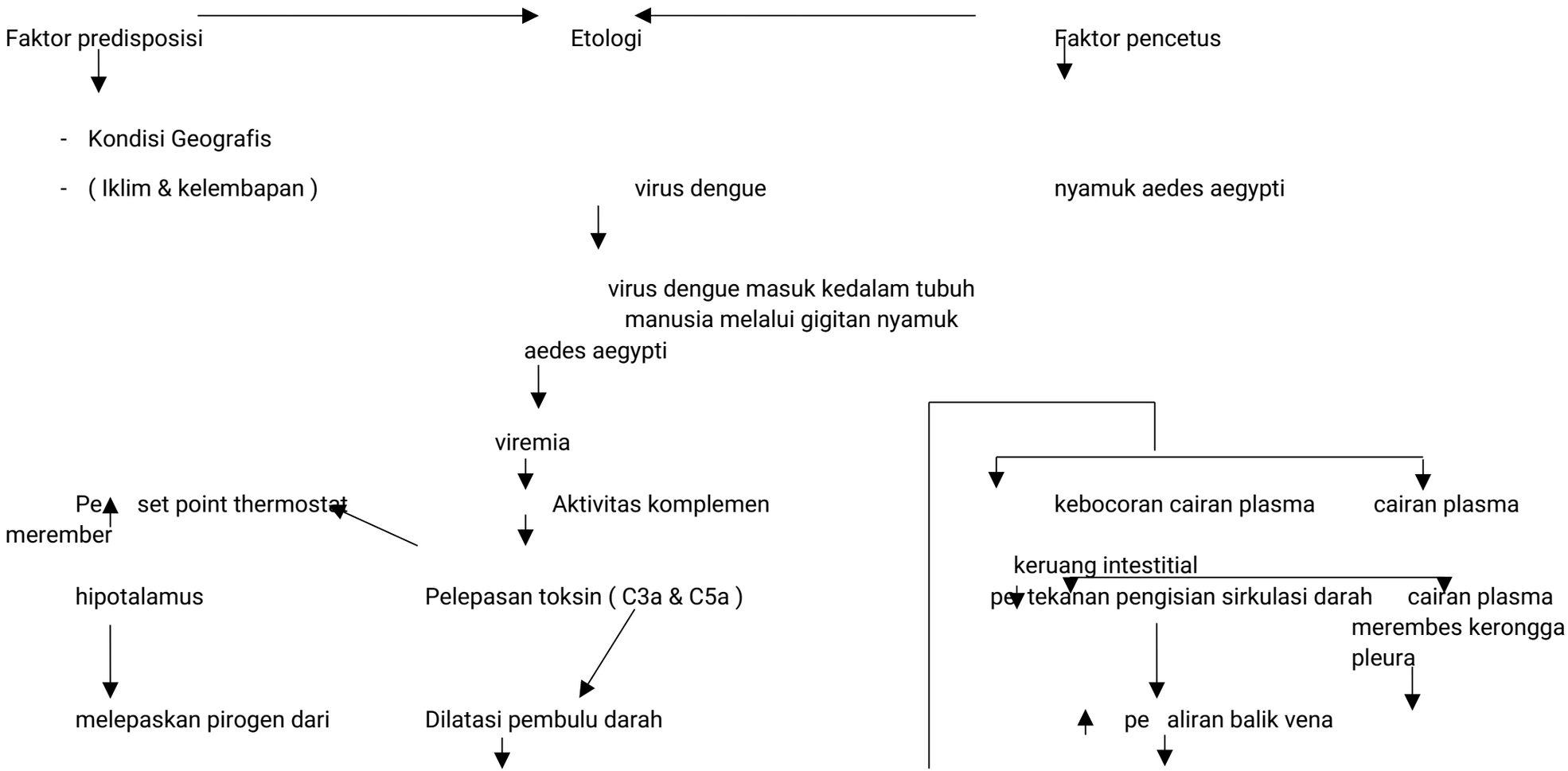
e) Menganjurkan kepada pasien agar beberapa hari ini tetap istirahat yang cukup dan kurangi aktivitas yang berat.

f) Memberi informasi jika tidur sebaiknya menggunakan kelambu untuk mencegah gigitan nyamuk *Aedes* (Amin Huda Nuralif,S. 2015).

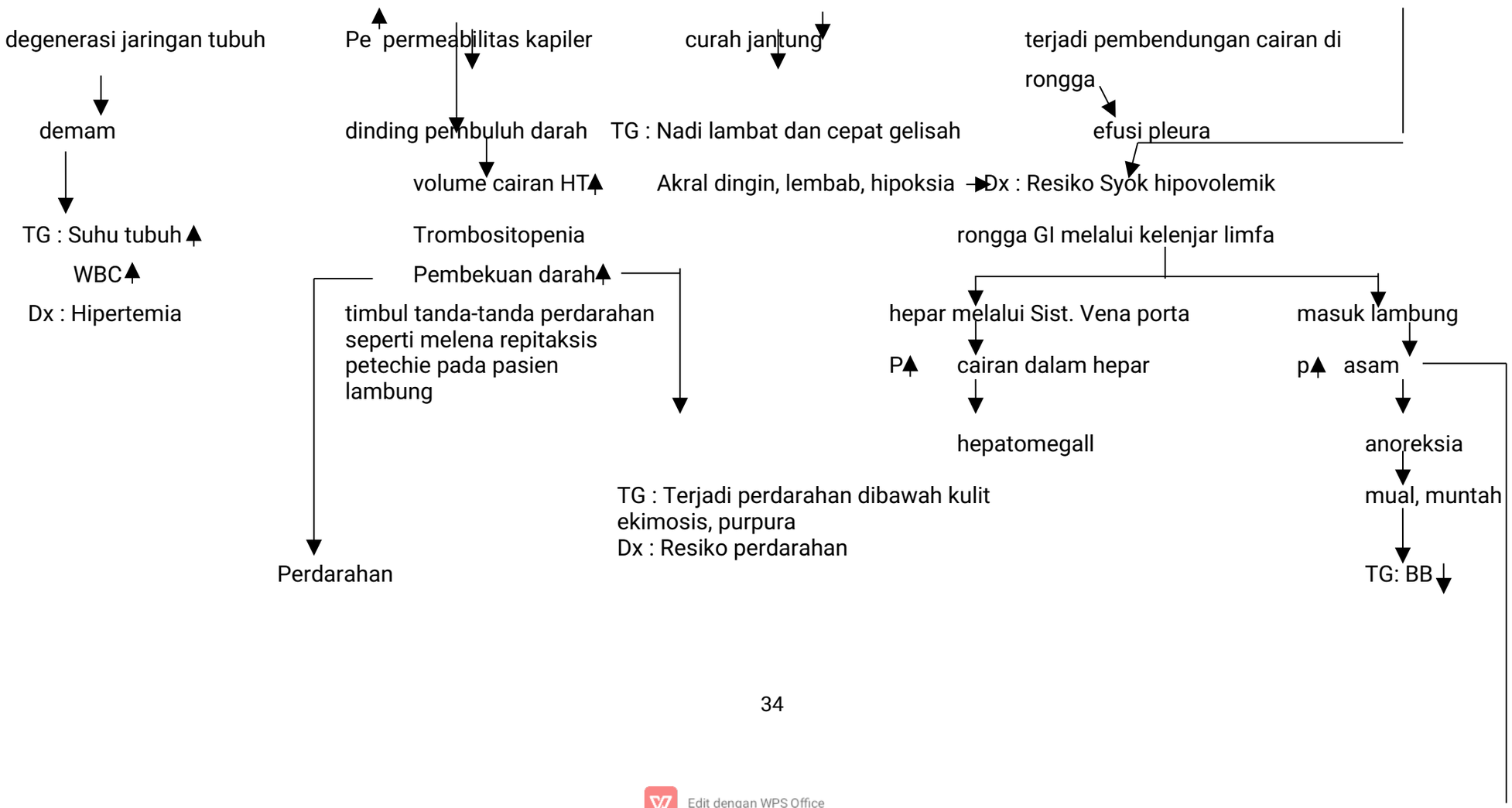
Edit dengan WPS Office

Edit dengan WPS Office

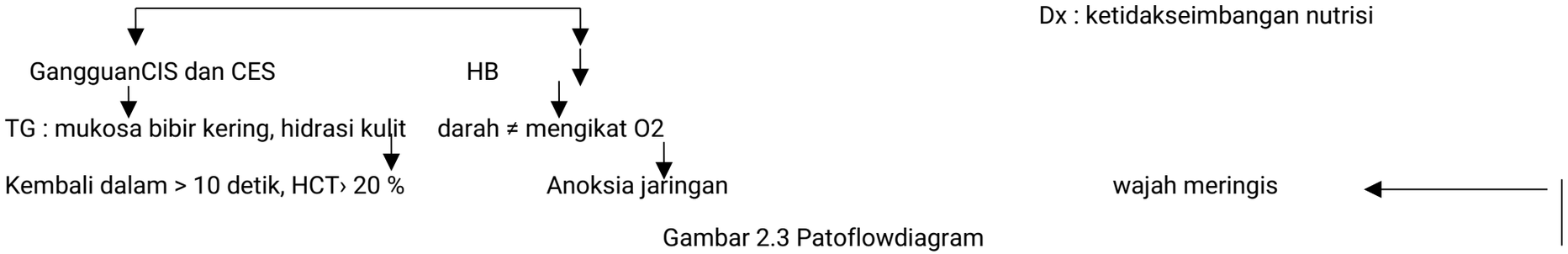
C. Patoflowdiagram



Edit dengan WPS Office



Edit dengan WPS Office



Gambar 2.3 Patoflowdiagram

Edit dengan WPS Office

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengamatan Kasus

Tn " t "usia 38 tahun, berjenis kelamin laki-laki, masuk Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 09 Maret 2020 dirawat di ruang Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar dengan diagnosa Trombositopenia dan diagnosa saat pengkajian DHF dengan keluhan utama : demam ± 3 hari disertai sakit kepala, nyeri otot, persendian dan merasa lemas.

Pada saat pengkajian pada tangga 13 maret 2020 diperoleh data: badan pasien masih teraba hangat, suhu 38,5°c, nyeri otot dan persendian sakit kepala dan merasa lemah, Pasien juga mengatakan bahwa pasien merasa lemas, sakit kepala, nyeri otot, dan penglihatan kabur. tampak mukosa bibir kering, tampak pasien pucat, tampak bintik-bintik merah pada kulit, tampak pasien sakit sedang, terpasang infus RL 20 tetes per menit pada tangan kanan pasien dari hasil pengkajian dan pemeriksaan diagnostik menunjukkan bahwa pasien terkena penyakit *Dengue Haemoragic Fever*. Adapun hasil observasi pada pengkajian didapatkan TD : 110 /80 mmHg, nadi : 86 x /menit, suhu : 38,5°c, dan pernapasan 20 x/menit. Teraphy obat yaitu : paracetamol 3x1/oral, Novaldo 1 ampul/18 jam melalui IV, ambroxol 3x1/oral, Methylprednisolune 3x1/oral, antasida 3x1/oral, dan hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 09 maret 2020 didapatkan hasil : WBC 3.20 10^3.uL, PLT 80 10^3/uL, MPV 9.2%.

Berdasarkan data-data yang di dapatkan saat pengkajian baik melalui wawancara, pengamatan, observasi maupun pemeriksaan fisik, dan pemeriksan diagnostik. penulis mengangkat 3 diagnosa keperawatan yaitu : Kekurangan volume cairan b/d berpindahnya cairan intravaskuler ke ekstravaskuler, hipertermi b/d penyakit, dan nyeri akut b/d agen cedera biologis.

Edit dengan WPS Office

B. Pengkajian Keperawatan

Nama Mahasiswa yang mengkaji

Nama : Winny Bulawan

Nim : E1714401052

Nama : Yulianti Ole Kopan Lewart

Nim : E17144010

Unit	: St. Bernadeth II	Autoanamnese	: √
Kamar	: 501 Bad 1	Alloanamnese	: √
Tanggal Masuk RS	: 09 Maret 2020		
Tanggal Pengkajian	: 13 Maret 2020		

1. Identitas

a. Pasien

Nama Initial	: Tn " T "
Umur	: 38 Tahun
Jenis Kelamin	: Laki-Laki
Status Perkawinan	: Menikah
Jumlah Anak	: 4
Agama / Suku	: Protestan / Toraja
Warga Negara	: Indonesia
Bahasa yang digunakan	: Indonesia
Pendidikan	: SMA
Alamat Rumah	: Jl. Haji Kalla

b. Penanggungjawab

Nama	: Tn " I "

Edit dengan WPS Office

Umur : 23 Tahun

Alamat : Jl. Haji Kalla

Hubungan Dengan Pasien : Keponakan

2. Data Medik

Diagnosa medik

Saat masuk : Trobositopenia

Saat pengkajian : DHF

3. Keadaan Umum

a. Keadaan Sakit

Pasien tampak sakit sedang

Alasan : Keadaan umum pasien lemah, kesadaran compos mentis, paien mengatakan demam, sakit kepala, nyeri otot, tampak badan pasien teraba hangat dan terpasang cairan infus RL 400 cc ditangan sebelah kanan dengan 20 tetes / menit

b. Tanda–tanda vital

1. Kesadaran (Kualitatif) : Compos mentis (sadar penuh)

Skala Koma Glasgow (Kuantitatif)

Respon Motorik : 6

Respon Verbal : 5

Respon membuka mata : 4

Jumlah : 15

Kesimpulan : Tidak Koma

2. Tekanan Darah : 110 / 80 mmHg

MAP : 90 mmHg

Kesimpulan : perpusi ginjal memadai

3. Suhu : 38,5°c Oral Axilla Rectal

4. Pernafasan : 20 x / menit

Edit dengan WPS Office

Irama : ☐

Jenis : ☐

Nadi : 82 x / menit

Irama : Teratur ☐ Bradikardi ☐ Takikardi ☐

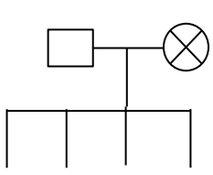
Lemah ☐ Kuat ☐

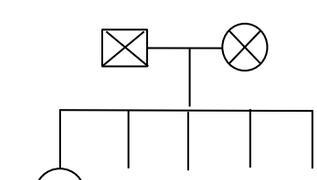
c. Pengukuran

1. Lingkar Lengan Atas : 17 Cm
2. Tinggi Badan : 162 Cm
3. Berat Badan : 60 Kg
4. IMT (Indeks Massa Tubuh) : 22,8 kg

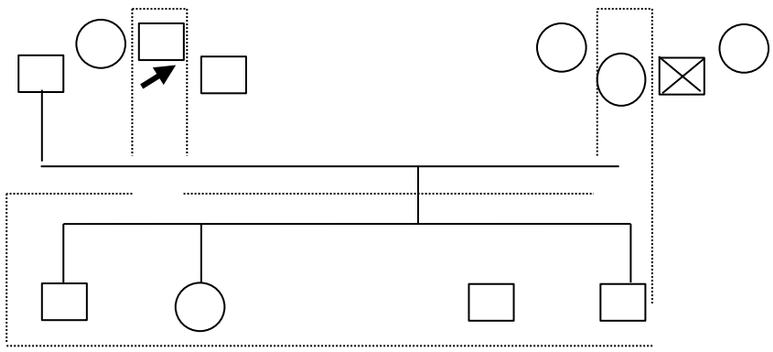
Kesimpulan : Berat badan normal

d. Genogram





Edit dengan WPS Office



Gambar 3.1 Genogram

Keterangan : = Laki-laki

= Perempuan

= Garis keturunan

= Garis perkawinan

= Meninggal

= Pasien

= Tinggal serumah

4. Pengkajian Pola Kesehatan

A. Pola Persepsi Kesehatan Dan Pemeliharaan Kesehatan

1. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan kesehatan itu sangat penting dimana dengan kondisi sehat kita dapat melakukan aktivitas sehari-hari, Pasien mengatakan lingkungan sekitar rumah pasien selalu dbersihkan tetapi bersebelahan dengan kandang ternak babi dan ayam. Pasien mengatakan jarak dari rumah kekandang ternak kurang dari 10 meter, tidak biasa melakukan 3 M (Menguras, Menutup dan Mengubur). Dan Pasien mengatakan banyak nyamuk didalam kamar tidurnya dan menggantung baju disembarang tempat, tidak menggunakan obat nyamuk maupun kelambu saat tidur.

2. Riwayat penyakit saat ini

a) Keluhan utama : Demam

b) Riwayat keluhan utama :

Edit dengan WPS Office

Pasien mengatakan bahwa sebelum masuk Rumah Sakit pada Tanggal 07 Maret 2020, saat pasien pulang dari sawah pasien terkena hujan dalam perjalanan pulang ke rumah, sesampainya ke rumah pasien tidak mandi hanya berganti pakaian dan langsung tidur, saat bangun dari tidur pasien mengatakan badannya terasa panas sekali (demam) disertai sakit kepala, pusing, penglihatan kabur dan seluruh badan terasa sakit. Pasien mengalamainya selama tiga hari di rumah dan saat itu pasien memutuskan berobat kemakassar di Rumah Sakit Stella Maris. Saat pengkajian pasien tampak lemah terbaring ditempat tidur, melakukan aktivitas ditempat tidur dan badan teraba panas.

3. Riwayat penyakit yang pernah dialami

   Pasien dan keluarga mengatakan bahwa pasien tidak pernah mengalami sakit penyakit yang dialami seperti saat ini ataupun penyakit lainnya.

4. Riwayat kesehatan keluarga

   Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga lain yag sakit saat ini selain pasien, semua anggota keluarga dalam keadaan sehat.

5. Pemeriksaan fisik

   a) Kebersihan rambut : Tampat sedikit lembab

   b) Kulit kepala : Tampat bersih dan tidak ada lesi

   c) Kebersihan kulit : Tampak kulit bersih

   d) Hygiene rongga mulut :Tampak kotor dan gigi kuning

   e) Kebersihan genetalia : Tidak dikaji pasien menolak

   f) Kebersihan anus : Tidak dikaji pasien menolak

B. Pola Nutrisi dan Metabolik

Edit dengan WPS Office

1. Keadaan sebelum sakit

   Pasien mengatakan sebelum sakit pola makan teratur makan tiga kali sehari dan minum air putih ± 5 gelas (1.200 cc). sebelum sakit makanan yang dikomsumsi pasien adalah nasi, sayur, ikan kering, daging, dimana setiap porsi dihabiskannya. Pasien mengatakan tidak pernah mengkonsumsi vitamin maupun penambah nafsu makan.

2. Keadaan saat sakit

   Pasien dan keluarga mengatakan semenjak sakit nafsu makannya menurun pasien hanya menghabiskan setengah dari porsi yang diberikan dan disediakan oleh Rumah Sakit. dan mengkomsumsi air mineral ± 3 gelas per hari (600 cc).

3. Observasi

   Tampak pasien tidak menghabiskan makanan yang disedikan oleh Rumah Sakit dan tampak pasien berbaring lemah di tempat tidur.

4. Pemeriksaan fisik

   a) Keadaan rambut : Tampak rambut sedikit lembab

   b) hidrasi kulit :Kembali dalam waktu 3 menit

   c) Palpebra/ konjungtifa :Tampak tidak ada edema /tidak tampak anemis

   d) Scelera : Tidak ada tanda-tanda ikterik

   e) Hidung : Spotum berda di tenganh

   f) Rongga mulut : Tampak bersih

   g) Gusi : Tampak bersih

   h) Gigi : Tampak bersih dan utuh

   i) Gigi palsu : Tidak ada

Edit dengan WPS Office

j) Kemampuan mengunya keras : Tidak ada peradangan

k) Lidah : Tidak teraba adanya pembesaran

l) Pharing : Tidak ada peradangan

m) Kelenjar getah bening : Tidak teraba adanya pembesaran

n) Kelenjar parotis : Tidak ada pembesaran

o) Abdomen

Inspeksi : Tampak tidak kembung dan tidak ada benjolan

Palpasi : Tampak tidak ada benjolan, nyeri tekan dan tidak ada pembesaran hati

Auakultasi : Terdengar adanya perestaltik usus 28 kali/menit

Perkusi : Apdomen tampak tidak kembung

p) Kulit

Edema : Negatif

Interik : Negatif

Tanda Radang : Tampak tidak ada peradangan

q) Lesi : Tampak tidak ada lesi

C. Pola Eliminasi

Edit dengan WPS Office

1. Keadaan sebelum sakit

   Pasien mengatakan sebelum sakit biasa BAB 2 x sehari dan BAK 3 x sehari dan tidak ada kesulitan

2. Keadaan sejak sakit

   Pasien mengatakan semenjak sakit BAB dan BAK nya tidak lancar lagi seperti biasanya dimana BAB berwarna kuning dan frekuensi agak keras serta BAK nya 5 x sehari berwarna kuning pekat.

3. Observasi

   Tampak pasien BAB hanya 1 x sehari dan volume urinenya kurang lebih 250 ml dalam sehari dan berwarna kuning pekat.

4. Pemeriksaan fisik

   a. Peristalik usus : 28 x per menit

   b. Palpasi kandung kemih : Kosong

   c. Nyeri ketuk ginjal : Negatif

   d. Mulut Uretra : Tidak dikaji

   e. Anus

      Peradang : Tidak dikaji

      Hemoroid : Tidak tampak

      Fistula : Tidak tampak

D. Pola Aktivitas dan Latihan

1. Keadaan sebelum sakit

   Pasien mengatakan sebelum sakit pasien selalu melakukan kegiatan sehari – hari sebagai seorang petani, beternak, dan menggarap sawah, setiap hari pasien pergi kesawah untuk bekerja.

2. Keadaan saat sakit

Edit dengan WPS Office

Pasien mengatakan semenjak sakit sangat sulit melakukan aktivitas karena merasa pusing, lemas dan sakit seluruh tubuh pasien hanya terbaring di tempat tidur.

3. Observasi

Tampak pasien hanya melakukan aktivitas ditempat tidur dan tampak pasien lemah.

a. Aktivitas harian

Makan	: 0
Mandi	: 0
Pakaian	: 0
Buang air besar	: 0
Buang air kecil	: 0
Mobilitas di tempat tidur	: 0

b. Postur tubuh : Tampak Tegak

c. Gaya jalan : Tampak membungkuk

d. Anggota gerak yang cacat : Tidak ada

e. Fiksasi : Tidak ada

f. Tracheostomi : Tidak ada

4. Pemeriksaan fisik

a. Tekanan Darah

Berbaring	: 110/70 mmHg
Duduk	: Tidak dikaji
Berdiri	: Tidak dikaji
Kesimpulan	: HIpotensi ortostatik : Negatif

b. HR : 80x / menit

c. Kulit

Edit dengan WPS Office

Keringat dingin : Tampak pasien keringat dingin

Basah : Tampak pasien basah

d. JVP : Tidak dikaji

Kesimpulan : -

e. Perfusi Kapiler pembuluh kuku : Kembali dalam waktu ± 3 detik

f. Thorax dan pernafasan :

Inspeksi :

Bentuk Thoraks : Simetris kiri dan kanan

Retraksi Interkostal : Tidak tampak

Sianosis : Tidak tampak

Stridor : Tidak tampak

Palpasi :

Vocal Premitus : Tidak tampak

Krepitasi : Tidak tampak

Perkusi :

Sonor ☐ Redup ☐ Pekak ☐

Auskultasi :

Suara nafas : veskular

Suara ucapan : Tidak jelas

Suara Tambahan : Tidak ada

g. Jantung

Inspeksi

Ictus cordis : Teraba pada ICS 5 linea madra klafikularis sinistra

Edit dengan WPS Office

Palpasi

Ictus cordis :

Perkusi

Batas atas jantung : ICS 2 eksternalis dextra

Batas bawah jantung : ICS 3 linea strenalis sinistra

Batas kanan jantung : ICS 4 linea strenalis dexstra

Batas kiri jantung : ICS 5 linea mid axilaris

Auskultasi

Bunyi jantung II A : ICS linea sternalis dexstra

Bunyi jantung II P : ICS 2 3 dan 4 linea strenalis sinistra

Bunyi jantung I T : ICS 4 linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I M : ICS 5 linea media klavikula

Bunyi jantung III :

Irama Gallop : Tidak ada

Murmur : Tidak terdengar

Bruit : Aorta

A Renalis : Tidak terdengar

A Femoralis : Tidak terdengar

h. Lengan dan tungkai

Atrofi otot : Negatif

Rentang gerak : Tampak pasien aktivitas di tempat tidur

Kaku Sendi : Tidak ada

Nyeri Sendi : Tidak ada

Fraktur : Tidak ada

Edit dengan WPS Office

Parese : Tidak ada

Paralisis : Tidak ada

Uji kekuatan otor

	Kanan	Kiri
Tangan	5	5
Kaki	5	5

Keterangan :

Nilai 5 : Kekuatan penuh

Nilai 4 : kekuatan kurang dibandigkan dengan sisi yang lain

Nilai 3 : Mampu menahan tegak tapi tidak mampu x sentuhan akan jatuh

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

Nilai 1 : tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0 : tidak ada kontraksi otot tidak mampu bergerak

Reflex fisiologis :

Babinski : Kiri : Negatif

Kanan : Negatif

Clubbing jari-jari : Tidak ada

Varises tungkai : Tidak ada

i. collumna vertebralis

Inspeksi : Bentuk normal

Palpasi : Nyeri tekan tidak ada

Edit dengan WPS Office

Kaku kuduk : Tidak tampak

E. Pola Tidur dan Istrahat

1. Keadaan sebelum sakit

   Pasien mengatakan sebelum sakit, pasien biasanya tidur malam dan siang baik, biasanya tidur malam dari jam 22.00 – 06: 00, tidur siang dari jam 14:30-15:30 dan pasien mengatakan jarang istrahat atau tidur siang.

2. Keadaan sakit

   Keluarga pasien dan pasien mengatakan bahwa semenjak sakit, pasien kurang tidur karena seluruh tubuhnya sakit dan lemah dan juga panas tinggi (demam) jadi pasien gelisah tidak bisa istrahat atau tidur dengan baik.

3. Observasi

   Tampak pasien tidak tidur

   Ekspresi wajah mengantuk : Positif

   Banyak menguap : Positif

   Palbrea inferior berwarna gelap : Negatif

F. Pola Persepsi Kognitif

1. Keadaan sebelum sakit

   Pasien mengatakan bahwa pasien tidak menggunakan alat pendengaran penglihatan dan pasien juga mengatakan bahwa ingatan asien masih bagus dan pasien mampu mendengar melihat dengan baik.

2. Keadaan saat sakit

   Pasien mengatakan bahwa semenjak sakit pasien tidak konsentrasi mudah marah gelisah dan penglihatan kabur.

3. Observasi

   Tampak pasien tidak konsentrasi dan gelisah

Edit dengan WPS Office

Pemeriksaan fisik

a. Penglihatan

Kornea : Tampak bersih

Pupil : Tampak Isokor

Lensa Mata : Tampak jernih

Tekanan Indra Okuler : Kenyal sama antara kiri dan kanan

b. Pendengaran

Pina : Simetris kiri dan kanan

Kanalis : Tampak tidak ada serumen

Membran timpani : Tutuh dan memancarkan sinar polizer

c. Pengenalan pada gerkan tangan

G. Pola Persepsi dan Konsep Diri

1. Keadaan sebelum sakit

pasien mengatakan ia adalah seorang ayah dari 4 anak dan pekerjaannya adalah seorang petani setiap hari ia selalu menghabiskan waktunya di sawa. pasien mengatakan ia menyukai profesi yang ditekuninya sebagai seorang petani dan mensyukuri apa yang dimilikinya saat ini termasuk gambaran dirinya

2. Keadaan saat sakit

Pasien mengatakan saat sakit ia tidak putus asa dengan keadaanya ia tetap berpkiran untuk cepat sembuh dan pasien mengatakan ia suka dengan tubuhnya.

3. Observasi

Edit dengan WPS Office

Tampak pasien malakukan aktivitas di tempat tidur

- Konyak mata : Tampak pandangan pasien terarah
- Retang perhatian : Tampak memperhatikan
- Suara dan cara bicara : Bisa bersuara dan jelas
- Postur tubuh : Tidak dikaji

Pemeriksaan fisik

Kelemahan bawaan yang nyata : Tidak ada

bentuk atau postur tubuh : Tidak dikaji

Kulit : Tampak tidak ada

H. Pola Peran dan Hubungan Dengan Sesama

1. Keadaan sebelum sakit

   Pasien mengatakan pasien tinggal bersama-sama dengan istri dan keempat anaknya, dalam bersosialisasi pasien berhubungan baik dengan tetangga sekitar dan jika ada kegiatan di Desa pasien selalu bergotong royong bersama s pasien mengatakan saat sakit hubungannya dengan keluarga baik, dengan orang lain juga menjalin hubungan baik dengan perawat.

2. Observasi

   Tampak keluarga pasien menjaga menjaga dengn baik dan setia, tampak pasien mengikutin perintah perawat dan mendengarkan perintah atau penjelasan dari perawat dengan baik.

I. Pola Reproduksi dan Seksualitas

1. Keadaan sebelum sakit

   Pasien mengatakan tau tentang reproduksi dan pasien mengatakan pasien mulai mimpi basa pada saat kelas 2 SMA.

Edit dengan WPS Office

2. Keadaan saat sakit

   Pasien mengatakan alat reproduksinya baik

3. Observasi

   Tampak pasien dalam masa reproduksi

J. Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stres

1. Keadaan Sebelum sakit

   Keluarga pasien mengatakan kalau ada masalah selalu di sampaikan kepada istrinya, kalau ada masalah tentang sesuatu dalam rumah tangga atau dalam kekeluargaan lainnya ia menyelesaikannya dengan baik

2. Keadaan saat sakit

   pasien mengatakan semenjak sakit pasien cemas dan stress karena tidak bisa bekerja dan hanya terbaring lemah di tempat tidur.

3. Observasi

   Pasien tampak gelisah dan cemas ditempat tidur

K. Pola Nilai Sistem Kepercayaan

1. Keadaan sebelum sakit
   Pasien mengatakan selalu beribadah setiap hari minggu dan mengandalkan Tuhan dalam hidupnya. mempercayai Tuhan yesus dalam hidupnya dan selalu melindungi dia dimanapun dia berada.
2. Keadaan saat sakit
   Pasien mengatakan ia selalu mengandalkan Tuhan / Allah dan pasien mengatakan selama ia sakit ia tidak pernah lupa berdoa dalam hati mohon untuk kesembuhan dari sakitnya.

3. Observasi

   Tidak diuji

Edit dengan WPS Office

5. Uji Saraf cranial

a. N I (*Olfaktorius*) :

Pasien dapat mencium bau minyak kayu putih.

b. N II (*Opticus*) :

Pasien tidak mampu membaca papan nama perawat dengan jarak ± 20 cm.

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

Pasien mampu mengikuti gerakan tangan perawat dengan menggerakkan bola matakesegala arah dan pupil mengecil saat di beri reflex cahaya.

d. N V (*Trigeminus*) :

Sensorik : Pasien mampu merasakan goresan kapas pada wajahnya dengan mata tertutup

Motorik : Pasien mampu menggigit

e. N VII (*Fascialis*) :

Sensorik : Pasien mampu merasakan rasa asin dan manis

Motorik : Pasien mampu mengangkat alis dan tersenyum

f. N VIII (*Vestibulo acusticus*) :

Vestibularis : Tidak dikaji karena pasien berbaring.

Akustikus : Pasien dapat mendengarkan gesekan jari tangan perawat pada kedua telinganya

g. N IX (*Glossopharyngeus*) :

Tampak Ovula berada di tengah.

h. N X (*Vagus*) :

Pasien mampu menelan dengan baik.

i. N XI (*Acsesorius*) :

Edit dengan WPS Office

Pasien mapu mengangkat bahu kiri dan kanan.

j. N XII (*Hypoglossus*) :

Pasien mampu menjulurkan lidah pada posisi lurus dan mampu mendorong pipi kiri dan kanan menggunakan lidah.

6. Pemeriksaan Penunjang

a.Laboratorium

Pemeriksaan darah rutin, tanggal 11 maret 2020

Nama / umur : Tn " T "/ 38 tahun

Ruang / Kamar : Bernadeth II / 501 bad 1

TEST	RESULT	UNIT	REFERENCE RANGES
HEMATOLOGY			
COMPLETE, BLOOD, COUNT			
WBC	L 4.10		
RBC	H 6.71	10^3/uL	4.6 – 10.2
HGB	H 19.6	10^6/uL	4.7 – 6.1
HCT	H 54.2	g/dl	14.1 – 18.1
MCV	80.8	%	43.5 – 53.7
MCH	29.2	fl	80.0 – 97.0
MCHC	H 36.2	pg	27.0 – 31.2
PLT	L 11	g/dl	31.8 – 35.4
RDW	12.6	10^3/uL	130.0 – 400.0
PDW	_	fL	11.5 – 14.5
MPV	_	fL	9.0 – 13.0
P-LCR	_	fL	7.2 – 11.1

Edit dengan WPS Office

		%	15.0 – 25.0
DIFF			
LYMPH	23.2	%	10.0 – 50.0
MXD	11.9	%	1.0 – 20.0
NEUT	64.6	%	37.0 – 80.0
LYMPH#	1.00	10^3/uL	1.00 – 3.70
MXD#	0.5	10^g/L	0 – 1.2
NEUT#	2.60	10^3/uL	1.50 – 7.00

KESAN / SARAN

-Trombositopenia

Test / Jenis Pemeriksaan	Hasil	NIlai Rujukan	Satuan	Metode
IMONO- SEROLOGI				
INFEKSI LAIN				
Anti DengueIgG & IgM				
ANTI DENGUE IgG	**Positif ***	NEGATIF		
ANTI DENGUE IgM	**Positif ***	NEGATIF		

Edit dengan WPS Office

C. . Analisa Data

Nama/umur : Tn. “T” /38 Tahun

Ruangan/kamar: Bernadeth II/501 Bad I

Tanggal	No	Data	Problem	Etiologi
13-03 2020	1	Ds: - Pasien mengatakan demam ± 3 hari lalu di rumah - Pasien mengatakan banyak berkeringat - Pasien mengatakan badan terasa lemas - Pasien mengatakan sejak sakit hanya mampu menghabiskan air mineral ± (800-1000 cc)/ hari Do: - Keadaan umum pasien tampak lemas	Kekurangan volume cairan	Berpindahnya cairan intravaskuler ke ekstravaskuler

Edit dengan WPS Office

	II <

		DS: - Pasien mengatakan nyeri kepala, nyeri otot dan persendian - Pasien mengatakan nyeri yang di rasakan seperti tertusuk –tusuk - Pasien mengatakan nyeri skala 6 (1-10) - Pasien mengatakan nyeri hilang timbul Do: - Pasien tampak meringis kesakitan - Pasien tampak memegang kepala - Pasien tampak gelisah - skala nyeri 6 TTV: TD : 110/70 mmHg N : 82x/menit S : 38,5°c P : 20x/menit		

Edit dengan WPS Office

Edit dengan WPS Office

D. Diagnosa keperawatan

Nama/umur : Tn. “ T”/38 Tahun

Ruangan/ kamar : Bernadeth II/501 Bad I

No	Diagnosa keperawatan
1.	Kekurangan volume cairan b/d perpindahnya cairan intravaskuler ke ekstravaskuler.
	Hipetermi berhubungan dengan penyakit.
2.	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis.
3.	

Gambar 3.3 Diagnosa keperawatan

Edit dengan WPS Office

Edit dengan WPS Office

E. Rencana Keperawatan

Nama / umur : Tn " T " / 38 Tahun

Kamar/unit : 501 bad 1 / B2

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Hasil yang di harapkan NOC	Rencana tindakan Meliputi : tindakan Keperawatan, observasi Penyuluhan, kolaborasi Dengan dokter.	Rasional
14-03- 2020	Kekurangan volume cairan b/d kehilangan cairan aktif yang di tandai dengan: DS: a. pasien mengatakan demam ± 3 hari yang lalu di rumah	Setelah di lakukuan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan pasien dapat memperlihatkan volume cairan yang adekuat di buktikan oleh indikator sedang, ringan dengan kriteria hasil: - keadaan umum baik - tanda- tanda vital dalam	1. Kaji tingkat kebutuhan pasien dalam 24 jam	1. Mengetahui tingkat cairan pasien berdasarkan berat badan maka kita akan mengetahui berapa kebutuhan asupan cairan yang di butuhkan oleh pasien dalam 24 jm 2. Tanda – tanda vital menggambarkan mekanisme kerja organ –orga nvital tubuh

Edit dengan WPS Office

	b. pasien mengatakan banyak berkeringat c. pasien mengatakan badannya terasa lemas d. pasien mengatakan sejak sakit hanya mampu menghabiskan air mineral ± (800-1000 cc)/hari DO: e. keadaan umum pasien tampak lemas	batas normal: TD: 120/80mmHg N : 80x/menit S : 36,5°c P : 16-20x/menit - mukosa bibir lembab - turgor kulit elastis - hasil laboratorium dalam batas normal PLT:150.000-450.000 WBC: - Balance cairan intake dan output seimbang	2. Observasi TTV (tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan) 3. Anjurkan pasien untuk minum air mineral ± 1.500-2000 cc 4. Monitor intake dan output pasien	sehingga perlu di ketahui apakah ada perubahan atau tidak, misalnya takikardi dan demam merupakan respon terhadap efek kehilangan cairan. 3. Air mineral dapat membantu mengganti cairan plasma yang 4. Dengan monitor intake dan output cairan maka kita dapat mengetahui apakah cairan yang masuk dan keluar bisa di katakan seimbang atau tidak

Edit dengan WPS Office

	f. tampak pasien banyak berkeringat g. tampak turgor kulit tidak elastis h. tampak mukosa bibir kering - tampak badan pasien teraba hangat - hasil laboratorium PLT: 88 10˘ 3/uL WBC 3,8		(balance cairan 24 jam) 5. Pantau status hidrasi (turgor kulit, finger print, mukosa bibir) 6. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian cairan IV sesuai indikasi 20 tetes/ menit	5. Turgor kulit yang jelek, finger print yang kembali >3 detik dan mukosa bibir yang kering 6. Pemberian cairan IV sangat efektif dalam membantu memenuhi kebutuhan cairan atau mengganti cairan yang hillang. 1. Dehidrasi biasanya di awali dengan tanda –tanda:turgor kulit tidak elastis, kulit dan

Edit dengan WPS Office

15-03-2020	Hipetermi b/d penyakit DS: - pasien mengatakan demam ± 3 hari di rumah - pasien mengatakan badan masih terasa panas - pasien mengatakan sakit kepala dan pusing - pasien mengatakan penglihatan kabur DO: - tampak pasien badan teraba panas - tampak pasien lemah	Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, pasien menunjukan termogulasi tidak ada gangguan dengan kriteria hasil: - Pasien melaporkan tidak demam lagi - Suhu tubuh dalam rentang normal(36-37°c) - Badan tidak berkeringat lagi - Badan tidak teraba hangat	1. Pantau hidrasi misalnya: turgor kulit, kelembapan membran mukosa 2. Pantau tekanan darah, denyut nadi dan pernapasan 3.Pantau suhu tubuh minimal setiap 2 jam	membran mukosa kering sehingga perlu di lakukan pemantauan untuk mengethui tingkat dehidrasi pasien. 2. Tanda –tanda vital dapat menunjukan gambaran keadaan pasien dan dapat menunjukantindakan selanjutnya 3. Perubahan suhu tubuh dapat menunjukan proses infeksisu 4. Pakaian yang tipis dapat membantu mengurangi penguapan dan memberikan rasa nyaman 5. Kompres hangat dapat memberikan vasodilatasi pembuluh darah sehingga mempercepat penguapan panas tubuh

Edit dengan WPS Office

	- tampak pasien berkeringat - tampak pasien gelisah - TTV: TD:110/70mmHg N :82x/menit S :38,5°c P :20x/menit		4. .Anjurkan pasien untuk memakai pakaian yang tipis dan menyerap keringat 5. Berikan kompres air hangat bila nyeri timbul 6. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberin obat antipiretik	6. Antipiretik untuk menurunkn panas 1. Membantu doagnose dini agar dapat memberikan tindakan selanjutnya

Edit dengan WPS Office

16-03-2020	Nyeri akut b/d agens cedera biologis DS: - Pasien mengatakan sakit kepala - Pasien mengatakan nyeri otot dan persendian - Pasien mengatakan nyeri yang di rasakan seperti tertusuk –tusuk - Pasien mengatakan skala nyeri 5(0-10) hilang timbul ± 4-5 menit DO: - Tampak pasien lemah - Tampak pasien meringis kesakitan - Tampak pasien gelisah	Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam memperlihatkan pengendalian nyeri yang di buktikan oleh indicator tidak ada nyeri, dengan kriteria hasil: - Mengenali awitan nyeri - Menggunakan tindakan pengendalian nyeri - Melaporkan nyeri dapat di kendalikan (skala 0-3) - Ekspresi nyeri pada wajah - Merinti dan menangis	1. Lakukan pengkajian yang komprehensif, meliputi lokasi, karakteristik, awitan dan durasi, frekuensi kualitas, intensitas atau keparahannya dan faktor prepisitasinya 2. Ajarkan menggunakan teknik nonfarmakologi (misalnya teknik relaksasi) 3. Lakukan perubahan posisi	2. Teknik relaksasi dapat mengurangi nyeri 3. Dengan melakukan posisi tidur dapat merigankan nyeri karena tubuh tidak tertekan akibat baring lama 4. Dengan mengendalikan perhatian saat nyeri sedang biasanya meninggalkan rasa nyeri karena pasien tidak berfokus pada nyeri yang di rasakan

Edit dengan WPS Office

	- Tampak pasien pucat - TTV TD:110/70mmHg N :82x/menit S :38°c P :20x/menit		4. Bantu pasien untuk lebih fokus pada aktivitas bukan pada nyeri, dan rasa tidak nyaman dengan melakukan pengalihan melalui interaksi dengan pengunjung	

Edit dengan WPS Office

Gambar 3.4 Intervensi keperawatan

Edit dengan WPS Office

F. Pelaksanaan keperawatan

Nama/umur : Tn. “ T “/38 Tahun

Ruangan/kamar : Bernadeth II/501 Bad

Tanggal	DP	waktu	Pelaksanaan keperawatan	Nama perawat
14-03 2020	I	08:30	Memantau status hidrasi Hasil : - Tampak turgor kulit tidak elastis - Finger print kembali dalam 3 detik - Tampak mukosa bibir kering	Winny bulawan
	II	08:50	Melakukan kompres hangat Hasil: - Tampak pasien di kompres di bagian dahi	Winny bulawan
	II	09:00	Menganjurkan pasien untuk memakai pakaian yang tipis Hasil: - Pasien mengatakan bersedia dengan anjuran perawat - Tampak pasien menggunakan pakaian kaos tipis	Winny bulawan
	III	09:30	Mengajarkan pasien untuk melakukan teknik pengendalian nyeri secara relaksasi dengan teknik latihan nafas dalam Hasil: - Pasien mengatakan setuju mengikuti anjuran perawat - Pasien tampak melakukan teknik nafas dalam saat nyeri muncul	Winny bulawan
	I,II	10:00	Melakukan pengukuran tekanan darah, denyut nadi, pernafasan Hasil:	Winny bulawan

Edit dengan WPS Office

	II	11:05	TD :110/70mmHg N :82x/menit S :38°c P :20x/menit	Winny bulawan
	I	12:00	Melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat Hasil: antasida 3x1, 1biji 500mg/6jam/oral	Winny bulawan
	II	13:30	Melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian cairan IV sesuai dengan program Hasil: - Tampak terpasang RL 500 cc 20 tetes/ menit	Winny bulawan
	I	16:20	Melakukan kompres hangat Hasil: - Tampak pasien di kompres di bagian dahi	Winny bulawan
	II	18:10	Menentukan jumlah cairan yang masuk Hasil: - Air mineral ± 400 cc - Cairan infus ± 600 cc - CM: 100 cc	Yuliana lewar
	I	20:15	- Urine: 500 cc - CK; 650 cc Melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat Hasil: antasida 3x1 1biji 500mg/6jam/oral	Yuliana lewar
	I,III	22:00	Membantu status hidrasi Hasil: - Tampak turgor kulit tidak elastis - Finger print kembali dalam 3 detik - Tampak mukosa bibir kering	Yuliana lewar

Edit dengan WPS Office

	II	22:05	Memantau tekanan darah, denyut nadi, suhu, pernafasan Hasil: TD :110/70mmHg N :82x/menit P :20x/menit	Susanti
	I	00:05	Mengukur suhu tubuh pasien Hasil: Suhu :38,5°c	Merry
	II	05:15	Melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi cairan IV sesuai program Hasil: - terpasang RL 500 cc20 tetes/menit	Susanti
	III	06:30	Mengukur suhu tubuh pasien Hasil: Suhu: 37,3°c	Susanti
15-03 2020	II	08:20	Melakukan pengukuran tekanan darah, denyut nadi, suhu,pernafasan Hasil: TD :110/70mmHg N :82x/menit P :20x/menit	Merry
	II	08:30	Melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat Hasil: novaldo 1 ampul/8jam/IV	Winny bulawan
			Melakukan pengkajian nyeri yang komprehensif Hasil:	

Edit dengan WPS Office

	I	09:00	- Pasien mengatakan nyeri di bagian kepala dan persendian - Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk –tusuk - Pasien mengatakan skala nyeri 6 - Pasien mengatakan nyeri yang di rasakan kurang 2-3 menit - Tampak pasien meringis kesakitan - Tampak pasien memegang kepalanya	Yohanes berlin
	III	09:20	Memantau asupan cairan oral Hasil: - Pasien mengatakan ia sudah banyajk minum air mineral - Tampak pasien minum ± 300 cc	Winny bulawan
	II	09:45	Menganjurkan pasien untuk melakukan teknik relaksasi latihan nafas dalam	Yohanes berlin
	I	10:00	Hasil: - Tampak pasien melakukan teknik relaksasi latihan nafas dalam	Winny bulawan
	II	10:15	Mengukur suhu tubuh pasien Hasil: Suhu: 37,3° Melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi cairan IV sesuai program	Winny bulawan

Edit dengan WPS Office

	III	10:30	Hasil: tampak terpasang cairan RL 500 cc 28 tetes/menit	
			Menganjurkan pasien untuk memakai pakaian yang tipis	Winny bulawan
			Hasil: - Pasien mengatakan mau mengikuti anjuran dari perawat	
	I	11:37	- Tampak pasien menggunakan pakaian yang tipis	
			Memantau tekanan darah, denyut nadi, dan pernafasan	Winny bulawan
	I	12:00	Hasil : TD :120/80mmHg N :82x/menit P :20x/menit	Winny bulawan
	III	12:30	S :37,8°C	
			Melaksanakan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi cairan IV sesuai program	Winny bulawan
			Hasil: tampak terpasang cairan RL 500 cc 28 tetes/ menit	
	II	13:20	Memantau status hidrasi	
			Hasil: - Tampak mukosa bibir kering	Winny bulawan
			- Finger print kembali dalam 3 deti	
			Menganjurkan pasien untuk melakukan teknik relaksasi latihan nafas dalam	
			Hasil: - Tampak pasien melakukan teknik relaksasi latihan nafas dalam	

Edit dengan WPS Office

	I	14:20	Melakukan kompres hangat Hasil: - Tampak pasien di kompres di bagian dahi - Memantau tekanan darah, denyut nadi, dan pernafasan	Winny bulawan
	I	15:10	Hasil: TD:120/70mmHg N:82x/menit P:20x/menit Memantau hasil laboratorium yang relevan dengan keseimbangan cairan Hasil: PLT : 88 10˘3/ul WBC: 3,8	Winny bulawan
	II	15:50	Memantau jumlah cairan yang masuk selama 24. Menghitung asupan yang di ingin kan sepanjang sif siang malam dan pagi Hasil: Balance cairan 24 jam Intake Oral : 1.150 cc ParenteraL :2.050 cc CM: 3.200 cc	Maria jessica
	I	16:30		
	III	16:45	Menganjurkan pasien untuk memakai pakaian yang tipis Hasil: - Pasien mengatakan mau mengikuti	Yuliana lewar Yuliana lewar

Edit dengan WPS Office

			anjuran dari perawat	
	II	17:15	- Tampak pasien menggunakan pakaian kaos yang tipis	
			Memantau tekanan darah, denyut nadi, dan pernafasan	Yuliana lewar
	II	18:30	Melakukan pengkajian nyeri yang komprehensif Hasil: - Pasien mengatakan nyeri berkurang	
	II	19:20	- Skala nyeri 4	Yuliana lewar
	II	20:00	Mengobservasi suhu tubuh pasien Hasil: Suhu:38,3°C	Maria jessica
	III	22:15	Melakukan kolaborasi dengan dokterdalam terapi obat	Yuliana lewar
			Hasil: paracetamol 3x1 tablet 500mg/oral	Yuliana lewar
	III	22:30	Melakukan kompres hangat Hasil: - Tampak pasien di kompres di bagian dahi -	Yuliana lewar
			Menganjurkan pasien untuk memakai pakaian	

Edit dengan WPS Office

			yang tipis	
	II	23:00	Hasil: - Pasien mengatakan mau mengikuti anjuran dari perawat - Tampak pasien menggunakan pakaian kaos yang tipis	Ani
16-03 2020	III	06:30	Memantau tekanan darah, denyut nadi dan pernafasan Hasil: TD :120/70mmHg N :82x/menit P : 20x/menit	Merlin
	III	07:30	Melakukan pengkajian nyeri yang komprehensif Hasil: - Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang, skala nyeri 4	Ani
	I	09:40	Mengobservasi suhu tubuh pasien Hasil: Suhu: 37,5°c - Pasien mengatakan badannya tidak panas lagi	Merlin
	II	12:05	Memantau tekanan darah, denyut nadi, suhu dan pernafasan Hasil: TD :120/80mmHg N :82x/menit P : 20x/menit	Winny bulawan

Edit dengan WPS Office

	III	13:10	Melakukan pengkajian nyeri yang komprehensif Hasil: - Pasien mengatakan tidak merasakan nyeri lagi, skala nyeri 3-0	Winny bulawan
	III	14:00	Memantau status dehidrasi Hasil: - Tampak turgor kulit elastis - Finger print kembali dalam 3 detik - Tampak mukosa bibir lembab	
			Menghitung jumlah cairan yang masuk selama shift malam (selama 9 jam) Hasil: Air mineral :± 200 cc Cairan infus:± 800 cc Urine : 600 cc Ck : 600 cc Cm : 1000 cc	Winny bulawan
			Mengobservasi suhu tubuh pasien Hasil: Suhu: 36,5°c - Pasien mengatakan bdannya tidak panas lagi	
			Memantau tekanan darah, denyut nadi, suhu dan pernafasan	

Edit dengan WPS Office

			Hasil: TD:120/70mmHg N :82x/menit P :20x/menit	

Gambar 3.5 Implementasi

G. Evaluasi keperawatan

Nama/umur : Tn. “T”/38 thn

Ruangan/kamar : Bernadeth II/501

Tanggal	Evaluasi	Nama

Edit dengan WPS Office

		perawat
14-03-2020   <

15-03-2020	- Pasien mengatakan panasnya naik turun O : - Tampak badan pasien teraba hangat - Tampak pasien di kompres air hangat Observasi : TD : 120 /70 N : 82 x / menit S : 37,2 C° P : 21 x / menit A : - Pasien masih menunjukan gangguan termoregulasi P : - Lanjutkan intervensi 1-6 DP III : nyeri akut b/d agen cedera biologis S : - Pasien mengatakan nyeri di bagian kepala - Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk –tusuk dengan skala 5 - Pasien mengatakan durasi nyeri yang di rasakan 2-3 menit hilang timbul O : - Pasien tampak meringis kesakitan A: - Pasien masih menunjukan nyeri dengan tingkat ringan DP I : kekurangan volume cairan b/d berpindahnya cairan intravaskuler ke ekstravaskuler S : - Pasien mengatakan asupan oral adekuat	Winny bulawan Winny bulawan

Edit dengan WPS Office

	- Pasien mengatakan sudsh tidak berkeringat lagi O : - Tampak pasien minum air mineral ± 300 cc - Tampak turgor kulit elastis - Finger print kembali dalam 3 detik - Tampak mukosa bibir lembab - Balance cairan 24 jam CM-(CK+IWL) = 3.400-(1.800+1.050) = 3.400-2.850 = 550 cc A : Kekurangan volume cairan sudah kembali dalam sedang P : Lanjutkan intervensi 1-7 DP II : Hipetermi b/d penyakit S : - Pasien mengatakan badannya masih terasa panas - Pasien mengatakan demamnya naik turun O : - Tampak badan pasien teraba panas - Tampak pasien di kompres air hangat Observasi : - Suhu : 37,8°c A : - Pasien masih menunjukan gangguan termoregulasi P : - Lanjutkan Intervensi 1-6 DP III : Nyeri akut b/d agen cedera biologis	

Edit dengan WPS Office

15–03-2020	S : - Pasien mengatakan masih merasa nyeri di bagian kepala - Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk –tusuk dengan skala nyeri 4 - Pasien mengatakan durasi nyeri 1-2 menit hilang timbul O : - Pasien tampak meringis kesakitan - Tampak pasien memegang kepalanya yang sakit A : - Pasien masih menunjukan tingkat nyeri sedang P : Lanjutkan intervensi 1-7 DP I :Kekurangan volume cairan b/d berpindahnya cairan intravaskuler ke ekstravaskuler S : - Paseien mengatakan berkeringat sudah berkurang - Pasien mengatakan sudah cukup minum air mineral O : - Tampak turgor kulit elastis - Finger print kembali dalam 3 detik - Tampak mukosa bibir lembab - CM-(CK+IWL) = 3.400-(1.800+1.050) = 3.400- 2.850 = 550 cc A : Kekurangan volume cairan sudah kembali	

Edit dengan WPS Office

16-03-2020	dalam sedang P : Pertahankan intervensi DP II : Hipetermi b/d penyakit S : - Pasien mengatakan badannya tidak terasa panas lagi O : - Suhu :37,9°c A : - Pasien masih menunjukkan termoregulasi P : - Lanjutkan intervensi 1-6 DP III :Nyeri akut b/d cedera biologis S : - Pasien mengatakan masih merasa nyeri dibagian kepala - Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk dengan skala nyeri 4 - Pasien mengatakan durasi nyeri 1-2 menit hilang timbul O : - Pasien tampak meringis kesakitan A : - Pasien masih menunjukkan nyeri dengan tingkat ringan P : - Lanjutkan Intervensi 1-7 DP I : Kekurangan volume cairan b/d berpindhnya cairan intravaskuler ke ekstravaskuler S :	

Edit dengan WPS Office

	- Pasien mengatakan asupan oral adekuat - Pasien mengatakan sudah tidak berkeringat lagi O : - Tampak pasien minum air mineral ± 300cc - Tampak turgor kulit elastic - Finger print kembali dalam 3 detik - Tampak mukosa bibir lembab - Balance cairan 24 jam CM – (CK + IWL) = 3.400-(1.800+1.050) = 3.400.2.850 =550 cc A : Kekurangan cairan teratasi P : Stop Intervensi DP II : Hipertensi b/d penyakit S : - Pasien mengatakan badannya tidak terasa panas lagi O : - Suhu 36,6 °c	

Edit dengan WPS Office

	A : - Pasien menunjukkan termoregilasi baik P : - Intervensi dihentikan DP III : nyeri akut b/d agen cedera biologis S : - Pasien mengatakan nyeri yang di rasakan sudah berkurang dengan skala nyeri 3 O : - Tampak pasien tenang - tampak wajah pasien rileks A: - pasien sudah menunjukan tingkat nyeri ringan P : intervensi di hentikan	

Gambar 3.6 Evaluasi Keperawatan

H. Terapi

Edit dengan WPS Office

1. Cairan infuse RL : 500 cc 20 tetes/menit
2. Paracetamol : 500 mg/3x1/oral
3. Novaldo 1 ampul/8 jam IV
4. Omeprazole 1 ampul/24 jam IV
5. Methylprednisolune 3x1/oral
6. Cotrimoxazole 3x1/oral
7. Dexanta/antasida 3x1/oral
8. Ambroxol 3X1/oral

I. Daftar obat yang diberikan pada pasien

1. Nama obat : Paracetamol

   Klasifikasi/golongan obat : Antipieretik

   Dosis umum : 500 mg

   Dosis untuk pasien : 500 mg/1 gr/8 jam

   Cara pemberian obat : Oral/IV

   Mekanisme kerja dan fungsi obat :

   - Meringankan rasa sakit pada keadaan sakit kepala, sakit gigi, dan menurunkan demam.

   Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :

   - Karena pasien demam

   Kontra indikasi :

   - Jangan menggunakan paracetamol pada pasien dengan riwayat hipersensitif

   Efek samping :

Edit dengan WPS Office

- Secara umum obat ini bisa ditoleransi dengan baik oleh sebagian besar orang, selama diberikan pada dosis yang dianjurkan.

2. Nama obat : Omeperazole

- Klasifikasi golongan obat : Pompa proton
- Dosis : 40 mg
- Dosis untuk pasien : 40 mg/12 jam/IV
- Cara pemberian obat : Injeksi
- Mekanisme kerja dan fungsi obat :

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

- Alasan pemberian obat :

  Karena pasien terdapat widal positif

- Kontra indikasi :

  1) Penderita yang hipersensitif alergi terhadap tiamfinikol

  2) Penderita depresi sum-sum tulang diskrasia darah

  3) Wanita hamil dan menyusui

- Efek samping :

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

Edit dengan WPS Office

BAB IV

PEMBAHASAN

Dalam BAB ini penulis membahas kesenjangan antara teori dari pengamatan kasus yang diperoleh dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada Tn " T " dengan gangguan sistem haemoragic (DHF) yang dirawat di RS Stella Maris 5 hari sejak tanggal 9 – 13 maret 2020 dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yaitu, pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, rencana keperawatan, implementasi, dan evaluasi.

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan pengkajian dilaksanakan sesuai dengan teori. Saat pengkajian penulis memperoleh data dari pasien, keluarga pasien, catatan medis dan pengamatan langsung dari pasien. Dari hasil pengkajian pada Tn "T" di temukan data atau keluhan : Pasien mengeluh sakit kepala, nyeri otot, persendian seluruh badan, badan terasa panas atau demam (S= 38,5 c). pemeriksaan laboratoriu, di dapatkan PLT 80 10^3/uL, WBC 3.20 10^3/uL, dari hasil pengkajian dan penyakit *Dengue Hemoragic Fever*

Edit dengan WPS Office

(DHF). Hal ini sesuai dengan pendapat Desmawanti (2013), Manifestasi klinis DHF Demam, sakit kepala, nyeri otot dan persendian selutuh tubuh, dan mual. dari hasil pemeriksaan Lab ditemukan trombosit pasien 80 10^3/uL, trombosit mengalami penurunan karena infeksi virus *Dengue* yang menyebabkan depresi sum-sum tulang sehingga terjadi Trobositopenia. adapun nilai normal Hematokrit 42-52%. pada pasien di dapatkan 37-72% yang berarti nilai ini kurang dari batas normal. penurunan hematokrit menunjukkan adanya perdarahan internal yang menandakan perlunya pengawasan ketat karena penurunan hematokrit. Pada fase kritis menunjukkan tanda-tanda pendarahan dan darisitulah penderita harus mendapatkan tambahan cairan/ darah tergantung dari kebutuhan dan di bawah pengawasan. Berdasarkan data yang di atas, maka penulis dapat menarik kesimpulan bahwa pasien berada pada penyakit DHF derajat 1 dimana secara teori manifestasi klinis pada derajat 1, demam, sakit kepala, nyeri otot dan sendi dan mual-mual. Bila dibandingkan dengan teori, epitaksis, hematemesis, melena, tidak ditemukan pada pasien dan juga pembesaran pada Hepar (hepatomegali) tidak ditemukan karena belum terjadi pembesaran plasma ke rongga GI melalui system vena porta yang akan mengakibatkan terjadinya peningkatan cairan plasma dalam hepar.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang terdapat pada teori 7 dan penulis hanya mendapat 3 diagnosa yaitu, Hipertermi berhubungan dengan penyakit, nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis, dan ketidak seimbangan cairan tubuh kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan asupan makanan yang kurang. semua diagnose di atas ditemukan pada pasien dan keluarga pasien saat pengkajian sampai selesai evaluasi dan di dukung oleh data-data yang ada pada pengkajian. kesenjangan-kesenjangan yang ditemukan antara diagnose keperawatan, teoritis dengan diagnose keperawatan kasus yaitu :

a. Resiko syok dengan factor resiko hipovolemik

Penulis tidak mengangkat Diagnosa ini menjadi massalah karena pada pasien tidak ditemukan tanda-tanda syok yaitu tekanan darah menurun, nadi tidak teraba, adanya akral dingin dan pada pasien

Edit dengan WPS Office

tidak terjadi pendarahan hebat.

b. Defisiensi pengetahuan b/d tidak familiar dengan sumber informasi

penulis tidak mengangkat diagnosa ini menjadi masalah karena pasien sudah mengetahui penyakit yang dideritanya dan keluarga sudah dapat melakukan tindakan untuk menurunkan suhu tubuh pasien dengan cara memberikan penurun panas.

c. kekurangan volume cairan b/d kehilangan cairan aktif

penulis tidak mengangkat diagnosa ini menjadi masalah karena pasien tidak mengalami dehidarasi, tidak terlalu berkeringat dan terpasang cairan.

d. Resiko pendarahan b/d koagulapati inheren (Trobositopenia)

Penulis tidak mengangkat diagnose ini menjadi masalah karena pasien tidak mengalami pendarahan dan tidak mendapatkan tanda-tanda pendarahan.

C. Perencanaan Keperawatan

Intervensi yang ada pada Diagnosa : Kekurangan volume cairan b/d kehilangan cairan aktif adalah : Monitor tanda-tanda vital, pencegahan pendarahan, monitor tanda dan gejala pendarahan, instruksikan pasien untuk tidak menggunakan obat-obatan aspirin (pengencer darah), instruksikan pasien untuk meningkatkan makanan yang kaya akan vitamin K (Jus jambu merah dan buavita), manejemen cairan (berikan cairan IV sesuai yang ditentukan yaitu : infuse RL 500 cc dengan 20 tetes/menit, juga intake asupan cairan yang akurat dan catat output), manejemen muntah kaji emesis (muntah) terkait warna, konsistensi, dan adanya darah, berikan arahan atau motivasi pasien untuk makan sedikit tapi sering, monitor cairan (monitor asupan dan pengeluran), pantau nilai Laboratorium darah rutin lengkap (WBC, HCT, PLT dan HB).

Intervensi yang ada pada Diagnosa: Hipertermi b/d penyakit (proses infeksi virus *Dengue)* adalah memantau suhu tubuh setiap 2 jam, anjurkan memakai pakaian mudah menyerap keringat, melakukan tindakan mandiri memberikan kompres hangat, memantau hidrasi (keadaan umum, turgor kulit, mukosa bibir, finger print) dan

Edit dengan WPS Office

melakukan kolaborasi dengan Dokter dalam pemberian obat. Intervensi yang ada pada diagnose : Nyeri akut b/d agen cedera biologis adalah : lakukan pengkajian nyeri yang konfrehensif meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan infensitas atau keparahan nyeri dan factor prefisikasinya, ajarkan tehnik non farmakologi (misalnya: tehnik relaksasi) melakukan perubahan posisi, bantu pasien untuk lebih fokus pada aktivitas bukan pada nyeri dan rasa tidak nyaman dengan melakukan pengalihan melalui interaksi dengan pengunjung, kolaborasi dengan Dokter dalam pemberian obat analgetik.

D. Implementasi

Implementasi dilakukan selamatiga hari mulai tanggal 13-15 maret 2020 dengan cara pendekatan kepada pasien dan keluarga pasien serta melakukan intervensi sesuai dengan apa yang telah di rencanakan semua intervensi yang telah dilaksanakan dengan baik dan respon pasien maupun keluarga baik dan bisa di ajak kerja sama. Tidak ada implementasi yang di lanjutkan karena semua diagnosa sudah teratasi.

E. Evaluasi Keperwatan

Tahap ini merupakan tahap terakhir dari asuhan keperawatan, yang mencakup tentang penentuan apakah hasil yang di harapkan bisa dicapai. Dari hasil evaluasi yang dilakukan penulis selama melaksanakan proses keperawatan kepada pasien selama 3 hari (13-15) maret 2020 adalah sebagai berikut :

1. Kekurangan volume cairan b/d berpindahnya cairan intravaskuler ke ekstravaskuler dari hasil evaluasi tindakan keperawatan yang di lakukan penulis menyimpulkan masalah kekurangan volume cairan sudah teratasi di tandai dengan : turgor kulit elastis, mukosa bibir lembab, finger print kembali dalam 3 detik.

2. Hipertermi b/d penyakit (proses infeksi virus *Dengue* dari hasil evaluasi tindakan keperawatan yang dilakukan, penulis menyimpulkan masalah hipertermi sudah teratasi di tandai dengan : suhu tubuh dari 38,5 c menjadi normal 36,5 c turgor kulit menjadi elastic, mukosa bibir lembab.

3. Nyeri akut b/d agen cedera biologis

Edit dengan WPS Office

Dari hasil evaluasi tindakan keperawatan yang dilakukan, penulis menyimpulkan masalah nyeri b/d agen cedera biologis yang dirasakan pasien berkurang dan ekspresi wajah rileks dapat diatasi dengan skala nyeri 3.

Edit dengan WPS Office

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

Setelah membahas teori dan menetapkan asuhan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan pada Tn "T" dengan *Dengue hemoragic fever* (DHF) di ruangan perawatan Bernadeth II A Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka penulis dapat menarik kesimpulan dan mengajukan saran sebagai berikut :

A. Kesimpulan

1. Hasil pengkajian di temukan Tn "T" yaitu pasien tampak sakit sedang, demam, nyeri otot dan persendian, sakit kepala dan merasa lemas, suhu tubuh 38,5 °c, tampak mukosa bibir kering, teraba kulit tidak elastic, finjer kembali dalam 3 detik, tanda-tanda vital TD : 110/70 mmHg, N : 83x/menit, dan P : 20x/menit, saat pengkajian pasien mengatakan nyeri kepala, dan persendian dengan skala 6 seperti tertusuk-tusuk hilang timbul ± 3-4 menit, tampak pasien pucat, sedangkan hasil lab di dapatkan WBC: 3.20 10^3/uL dan PLT 80 10^3/uL mengalami peurunan.

2. Dari masalah yang di temukan saat pengkajiandi tentukan 3 diagnosa yaitu :

   a. Kekurangan volume cairan b/d berpindahnya cairan intravaskuler ke ekstravaskuler

   b. Hipertermi b/d penyakit (proses infeksi virus *Dengue*)

   c. Nyeri akut b/d agen cedera biologis

3. Perencanaan keperawatan disusun sebagai berikut : monitor tanda-tanda vital, pencegahan pendarahan (monitor tanda dan gejala pendarahan, instruksikan pasien untuk tidak menggunakan obat-oabatan aspirin (obat pengencer darah), instruksikan pasien untuk

Edit dengan WPS Office

meningkatkan makan yang kaya akan vit K (jus jambu merah dan buavita), manajemen cairan (berikan cairan IV sesuai yang di tentukan yaitu: infuse RL 500 cc dengan 20 tetes/menit, juga intake asupan cairan yang akurat dan catat output), manejemen muntah kaji emesis (muntah) terkait warna, konsistensi, dan adanya darah, berikan arahan atau motivasi kepada pasien untuk makan sedikit tapi sering, monitor cairan (monitor asupan dan pengeluaran), pantau nilai laboratorium darah rutin lengkap (WBC, HCT, PLT dan HB). Memantau suhu tubuh setiap 2 jam, anjurkan pasien memakai pakaian yang mudah menyerap keringat, melakukan kompres hangat, memantau hidrasi (keadaan umum, turgor kulit, mukosa bibir, finger print) dan melakukan kolaborasi dengan Dokter dalam pemberian obat. lakukan pengkajian nyeri yang komprehensif meliputi lokasi. karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan infensitas atau keparahan nyeri dan fraktor prefisikasinya, ajarkan tehnik nonfarmakologi (misalnya: tehnik relaksasi) melakukan perubahan posisi, bantu pasien untuk lebih focus pada aktivitas bukan pada nyeri dan rasa tidak nyaman dengan melakukan pengalihan melalui interaksi dengan pengunjung, kolaborasi dengan Dokter dalam pemberian obat analgetik

4. Pelaksanaan asuhan keperawatan sesuai intervensi telah di susun sebelumnya

5. Evaluasi keperawatan dari ketiga diagnosa keperawatan yang diangkat semuannya teratasi

B. Saran

Mengacu pada manfaat penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, maka penulis menyampaikan saran sebagai pertimbangan dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dan kemajuan Rumah sakit, perawat, pasien/keluarga.

1. Pasien/keluarga

   Rutin melaksanakan 3M (Menguras, mengubur, dan membersikan)

2. Institusi/Rumah sakit

   Meningkatkan mutu pelayanan melalui pelaksanaan edukasi selama pasien di rawat seperti menjaga kebersihan lingkungan,

Edit dengan WPS Office

melakukan upaya 3M dan menjaga pola makan dan istrahat yang cukup.

3. Penulis

   Dapat melaksanakan asuhan keperawatan, lebih menerapkan teori dan keterampilan yang di peroleh di bangku perkuliahan ke lahan praktik (Rumah Sakit).

Daftar Pustaka

Desmawanti. (2013). *system hematologi dan imunologi*. Jakarta:in Media

Depkes RI. 2019.Angka kejadian DHF di Indonesia.htt:

www.depkes.go.id.

Dinkes Sulawesi selatan. (2019). profil kesehatan kota Makassar,

Edit dengan WPS Office

Makassar. Bakti Husada

Evi Nurhayati. (2013) gambar pembuluh darah.http://www.

Herdwan T.H (2011) Nanda-internasional Diagnosa Keperawatan:

Defisiensi dan klasifikasi 2015-2017,Ed 10.jakarta.EGC.

Marion J, Meridean L. (2015), Intervensi NIC, criteria hasil NOC

Edisi 5 jakarta: EGC

MRO RS.Stella Maris, (2016-2019). statistic *Dengue Hemoragic Fever*.makassar.RS.Stella Maris. Tidak dipublikasikan

Nanda. (2010-2014) Diagnosa keperawatan definisi dan

klasifikasi.jakarta. EGC

Vinny oleo. Gambar struktur darah http://www.biologipedia

Waris, L & Tn Yuana, W. (2013). pengeahuan dan perilaku

Masyarakat terhadap DHF.ka-sel:Jurnal epidiomologi dan

penyakit bersumber binatang

WHO, (2014). Demam berdarah Dengue Diagnosis, pengobatan,

pencegahan, dan pengendalian, edisi 2.Jakarta: EGC

Edit dengan WPS Office

LEMBAR KONSUL

Nama : Winny Bulawan (E1714401052)

Yuliana Ole Kopan Lewar (E1714401048)

Judul : Asuhan keperawatan pada Tn “T” dengan DHF

Pembimbing : Jenita Laurensia Saranga’, Ns., M.Kep)

NIDN : (0922019105)

Edit dengan WPS Office