

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA Ny. Y DENGAN
DIAGNOSA MEDIS *DENGUE HAEMORRHAGIC FEVER* (DHF) DI
RUANG G1 RSPAL Dr. RAMELAN
SURABAYA**



Oleh:

GHORA NANGGALA PRASTIYONO
NIM. 182.0021

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2021**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA Ny. Y DENGAN
DIAGNOSA MEDIS *DENGUE HAEMORRHAGIC FEVER* (DHF) DI
RUANG G1 RSPAL Dr. RAMELAN
SURABAYA**

**Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**



Oleh :

GHORA NANGGALA PRASTIYONO
NIM. 182.0021

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2021**

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat, saya akan bertanggung jawab sepenuhnya, dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 5 Juni 2021



Ghora Nanggala Prastiyono

NIM. 182.0021

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Ghora Nanggala Prastiyono

Nim : 182.0021

Program Studi : D-III Keperawatan

Judul : Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada Ny. Y dengan diagnosa medis *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) di Ruang G1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar

AHLI MADYA KEPERAWATAN (A.Md.Kep)

Surabaya, 9 Juni 2021

Pembimbing I



Dwi Priyantini, S.Kep., Ns., M.Sc

NIP. 03.006

Di tetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 16 Juni 2021

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : Ghora Nanggala Prastiyono
NIM : 182.0021
Program Studi : D-III Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada Ny. Y dengan diagnosa medis *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) di Ruang G1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah Stikes Hang Tuah Surabaya, pada :

Hari, tanggal : Rabu, 16 Juni 2021

Bertempat di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **LULUS** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar **AHLI MADYA KEPERAWATAN** pada prodi D-III Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : Christina Yuliasuti, S.kep.,Ns.,M.kep (..... )
NIP. 03.006

Penguji II : Nur Huda, S.kep.,Ns.,M.Kep, Sp.Kep MB (... )
NIP. 03.020

Penguji III : Dwi Priyantini, S.Kep., Ns., M.Sc (..... )
NIP. 03.017

Mengetahui,
STIKES Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi D-III Keperawatan

Dya Sustrami, S.Kep.,Ns.,M.Kes.
NIP. 03.007

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah

Tanggal : 16 Juni 2021

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmad dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini dengan waktu yang ditentukan.

Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Ahli Madya Keperawatan.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Laksamana Pertama tni dr. Radito Soesanto, Sp.THT-KL., Sp.KL selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya. Yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di STIKES Hang Tuah Surabaya.
2. Ibu Dr AV Sri Suhardiningsih S.Kp.,M.Kes selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya untuk menyelesaikan pendidikan di STIKES Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dya Sustrami, S. Kep., Ns, M. Kes., selaku Kepala Program Studi D-III Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Dwi Priyantini, S.Kep., Ns., M.Sc. selaku pembimbing I, yang dengan telah bersedia meluangkan waktu, tenaga , pikiran serta perhatian dalam

memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

5. Tim penguji ibu Christina Yuliasuti, S.kep.,Ns.,M.kep dan bapak Nur Huda, S.kep.,Ns.,M.Kep, Sp.Kep MB yang telah menguji Karya Tulis ilmiah saya dengan baik arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini
6. Bapak dan Ibu Dosen STIKES Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
7. Sahabat-sahabat seperjuangan angkatan 24 tersayang dalam naungan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
8. Orangtua saya Papsky Eko Prastiyono dan Mamsky Hastuti Rahayu tercinta yang telah bekerja keras membesarkan, membimbing, menyekolahkan, mendo'akan, dan memberikan motivasi serta dorongan moral maupun material saya ucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya untuk beliau.
9. Adik-adik saya, adik Alri Wirananggala Prastiyono dan adik Ade Lintang Nanggala Prasetiyono yang selalu menghibur dan menemani saya selama pengerjaan KTI

10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terimakasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 5 Juni 2021

Penulis

DAFTAR ISI

KARYA TULIS ILMIAH	i
SURAT PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
DAFTAR SINGKATAN	xii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan penelitian	3
1.4 Manfaat	5
1.5 Metode Penulisan	6
1.6 Sistematika penulisan	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Konsep penyakit	9
2.2 Asuhan keperawatan	18
2.3 Pelaksanaan	24
2.4 Evaluasi	25
2.5 Kerangka Masalah	26
BAB 3 TINJAUAN KASUS	27
3.1 Pengkajian	27
3.2 Analisa Data (Diagnosa Keperawatan)	38
3.3 Prioritas masalah	39
3.4 Rencana keperawatan	40
3.5 Tindakan keperawatan dan catatan perkembangan	42

BAB 4 PEMBAHASAN	48
4.1 Pengkajian	48
4.2 Diagnosa keperawatan.....	50
4.3 Pelaksanaan	51
4.4 Evaluasi	52
BAB 5 PENUTUP	53
5.1 Kesimpulan.....	53
5.2 Saran	55
DAFTAR PUSTAKA	56

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Web Of Coution	26
Tabel 3.1 Hasil pemeriksaan	35
Tabel 3.2 Terapi	36
Tabel 3.3 Diangnosa masalah keperawatan	38
Tabel 3.4 Prioritas masalah keperawatan.....	39
Tabel 3.5 perencanaan keperawatan	40
Tabel 3.6 Implementasi dan perkembangan	42

DAFTAR LAMPIRAN

Standar Prosedur Operasional (SPO) Pemeriksaan rumple lead.....	56
---	----

DAFTAR SINGKATAN

RL	: Ringer Laktat
b.d	: berhubungan dengan
TTV	: Tanda-tanda Vital
TD	: Tensi Darah
N	: Nadi
S	: Suhu
RR	: Respirations Rate
SPO2	: Saturasi Oksigen Perifer Kapiler
Gr	: Gram
Kg	: Kilogram
WIB	: Waktu Indonesia Barat
Mg	: Miligram
DS	: Data Subjektif
DO	: Data Objektif
NS	: Natrium Chloride

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan penyakit infeksi yang disebabkan oleh dengue virus (DENV) yang merupakan virus RNA dari golongan famili Flaviviridae virus, dan virus ini memiliki 4 serotipe (DENV-1, DENV-2, DENV-3, DENV-4). DBD berkembang dengan sangat cepat dan telah menjadi epidemi yang menimbulkan kesulitan dan kerugian besar terutama bagi negara-negara yang berada di wilayah tropis dan sub-tropis, karena wilayah tersebut merupakan tempat hidupnya nyamuk spesies *Aedes aegypti* yang merupakan vektor utama penyebaran virus dengue, yaitu melalui nyamuk betina. Gejala yang diterima oleh penderita demam berdarah dengue tersebut bervariasi dari yang tidak ada gejala atau timbul simtom seperti flu, hingga yang menimbulkan komplikasi seperti pendarahan hebat, kerusakan organ dan/atau kebocoran plasma, serta dapat mendatangkan kematian (WHO, 2020).

Bahkan dalam satu bulan, jumlah kasus DBD pada wilayah endemik bisa sampai puluhan manusia yang terinfeksi virus dengue. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia mencatat pada tahun 2016, terdapat 201.885 penderita DBD di seluruh wilayah Indonesia dimana sebanyak 1.585 penderita meninggal dunia akibat serangan virus dengue yang berpindah ke dalam tubuh manusia melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti*. Bahkan di beberapa provinsi, jumlah kasus DBD cenderung

meningkatkan atau pun bersifat fluktuatif namun masih pada jumlah kasus yang cukup tinggi. (Karyanti & Hadinegoro, 2016)

Sedangkan untuk di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya khususnya di Ruang G1 RPAL Dr. Ramelan Surabaya prevalensi pasien dengan DBD di Januari sampai april tahun 2021 sejumlah 23 pasien, diantaranya lebih banyak laki-laki dibandingkan dengan perempuan. (Rekamedis RSPAL)

Tempat potensial bagi penularan DBD Spesies *A. aegypti* merupakan nyamuk yang habitatnya di pemukiman dan habitat stadium pradewasanya pada bejana buatan yang berada di dalam ataupun di luar rumah yang airnya relative jernih. Nyamuk *A. aegypti* hidup dan berkembang biak di tempat-tempat penampungan air (TPA) untuk keperluan sehari-hari yang tidak langsung berhubungan dengan tanah, seperti: bak mandi/WC, minuman burung, air tandon, air tempayan/gentong, drum, ember, pot tanaman air, tanah padat yang mengeras serta barang-barang bekas di luar rumah seperti: kaleng, botol, ban bekas, potongan bambu, aksila daun, plastik, dan lain sebagainya. Kadang-kadang jentik dijumpai dalam talang air, lubang pohon, dan genangan air. Faktor-faktor yang memengaruhi perilaku *A. aegypti* meletakkan telurnya antara lain jenis dan warna penampungan air, kondisi airnya sendiri, suhu kelembaban, dan kondisi lingkungan setempat. Tempat air yang tertutup longgar lebih disukai sebagai tempat bertelur dibanding tempat yang terbuka. (Wowor, 2017)

Peran seorang perawat salah satunya adalah memberi pendidikan dan penyedia layanan kesehatan, sangat penting mengetahui penyebab terbentuknya siklus demam berdarah sehingga hal ini perlu dilakukan pengkajian dan memberikan intervensi kepada pasien serta mengevaluasi kondisi kesehatan pasien guna mencegah kejadian demam berdarah berulang yang dapat menyebabkan kematian. atas dasar berbagai permasalahan diatas maka dipandang perlu untuk meneliti mengenai Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada Ny. Y dengan diagnosa medis *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) di Ruang G1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan pengkajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada pasien dengan Diagnosa Medis *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) di Ruang G1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya”?

1.3 Tujuan penelitian

Mahasiswa mampu menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien Ny. Y dengan Diagnosa Medis *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) di Ruang G1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) di Ruang G1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya sesuai tugas dan wewenang perawat.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengkaji pasien Ny. Y dengan Diagnosa Medis *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) di Ruang G1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien Ny. Y dengan Diagnosa Medis *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) di Ruang G1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
3. Merencanakan asuhan keperawatan pada pasien Ny. Y dengan Diagnosa Medis *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) di Ruang G1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien Ny. Y dengan Diagnosa Medis *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) di Ruang G1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
5. Mengevaluasi pasien Ny. Y dengan Diagnosa Medis *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) di Ruang G1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien Ny. Y dengan Diagnosa Medis *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) di Ruang G1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.4 Manfaat

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberikan manfaat :

1.4.1 Akademisi

Dari segi akademisi, merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) dengan baik.

1.4.2 Dari segi praktisi , tugas akhir ini dapat bermanfaat bagi

1. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil studi kasus ini dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) dengan baik.

2. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya yang akan melakukan studi kasus asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF).

3. Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF).

1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1.5.2 Teknik pengumpulan data

1. Wawancara

Data yang diambil / diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga maupun dengan tim kesehatan lain.

2. Observasi

Data yang diperoleh melalui pengamatan secara langsung keadaan, reaksi, sikap dan perilaku pasien yang dapat diamati.

3. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

1.5.3 Sumber Data

1. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien.

2. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan catatan dari tim kesehatan yang lain.

1.5.4 Studi kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis ilmiah dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam memahami dan mempelajari studi kasus ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian yaitu :

1.6.1 Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, moto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.

1.6.2 Bagian inti terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan, manfaat penelitian dan sistematika penulisan studi kasus.

BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis, dan asuhan keperawatan pasien dengan dengan diagnosa *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF), serta kerangka masalah.

BAB 3 : Tinjauan kasus berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

BAB 4 : Pembahasan yang berisi perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

BAB 5 : Penutup, berisi kesimpulan dari bab 1 sampai dengan bab 4 serta saran.

1.6.3 Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan medikal bedah tentang penyakit *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) dan Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

2.1 Konsep penyakit

2.1.1 Pengertian

Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan penyakit demam akut yang disebabkan oleh virus dengue serta memenuhi kriteria World Health Organization (WHO) untuk DBD. DBD adalah salah satu manifestasi simptomatik (yang menimbulkan gejala) dari infeksi virus dengue yang dapat menyerang semua golongan umur, walaupun sampai saat ini DBD lebih banyak menyerang anak-anak. Namun, dalam dekade terakhir ini terlihat kecenderungan yang meningkat pada kelompok dewasa. (Sumampouw, 2020)

Demam dengue/DF dan demam berdarah dengue/DBD (dengue haemorrhagic fever/DHF) adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus dengue dengan manifestasi klinis demam, nyeri otot dan/atau nyeri sendi yang disertai leukopenia, ruam, limfadenopati, trombositopenia dan ditiesis hemoragik. Pada DBD terjadi perembesan plasma yang ditandai

dengan hemokonsentrasi (peningkatan hematokrit) atau penumpukan cairan di rongga tubuh. Sindrom renjatan dengue (dengue shock syndrome) adalah demam berdarah dengue yang ditandai oleh renjatan/syok. (Sudoyo Aru, et al. 2009).

Klasifikasi derajat penyakit infeksi virus dengue :

Derajat 1	Demam disertai gejala tidak khas dan satu-satunya manifestasi perdarahan adalah uji tourniquet positif
Derajat 2	Derajat 1 disertai perdarahan spontan dikulit dan/atau perdarahan lain
Derajat 3	Ditemukannya tanda kegagalan sirkulasi, yaitu nadi cepat dan lembut, tekanan darah menurun (<120 mmHg) atau hipotensi disertai kulit dingin, lembab, dan pasien menjadi gelisah
Derajat 4	Syok berat, nadi tidak teraba dan tekanan darah tidak dapat diukur.

Tabel 2.1 Klasifikasi derajat

2.1.2 Etiologi

Virus dengue, termasuk genus Flavivirus, keluarga flaviridae. Terdapat 4 serotipe virus yaitu DEN-1, DEN-2, DEN-3, dan DEN-4. Keempatnya ditemukan di Indonesia dengan DEN-3 serotype terbanyak. Infeksi salah satu serotype akan menimbulkan antibodi terhadap serotipe yang bersangkutan, sedangkan antibodi yang terbentuk terhadap serotipe lain sangat kurang, sehingga tidak dapat memberikan perlindungan yang memadai terhadap serotipe lain tersebut. Seseorang yang tinggal di daerah endemis dengue dapat terinfeksi oleh 3 atau 4 serotipe selama hidupnya.

Keempat serotipe virus dengue dapat ditemukan di berbagai daerah di Indonesia (Sudoyo Aru, et al. 2009).

2.1.3 Patofisiologi

Ketika penderita DBD digigit nyamuk *Aedes aegypti*, maka virus yang ada di dalam darah akan ikut terisap dan tersebar diberbagai jaringan tubuh nyamuk termasuk kelenjar air liurnya. Setelah satu minggu setelah menghisap darah, nyamuk tersebut siap untuk menularkan kepada orang lain. Virus dengue tersebut tetap berada pada tubuh nyamuk dan merupakan penularan (infektif) sepanjang hidupnya. Penularan ini terjadi karena nyamuk menggigit dan belum menghisap darah, maka nyamuk dapat mengeluarkan kelenjar air liur melalui probosis, agar darah yang dihisap tidak membeku. Bersama dengar air liur virus dengue dipindahkan dari nyamuk keorang lain.

Virus Dengue masuk ke dalam tubuh manusia melalui gigitan nyamuk terjadi viremia, yang ditandai dengan demam mendadak tanpa penyebab yang jelas disertai gejala lain seperti sakit kepala, mual, muntah, nyeri otot, pegal di seluruh tubuh, nafsu makan berkurang dan sakit perut, bintik-bintik merah pada kulit. Selain itu kelainan dapat terjadi pada sistem retikulo endotel atau seperti pembesaran kelenjar-kelenjar getah bening, hati dan limpa. Pelepasan zat anafilaktoksin, histamin dan serotonin serta aktivitas dari sistem kalikrein menyebabkan peningkatan permeabilitas dinding kapiler atau vaskuler sehingga cairan dari intravaskuler keluar ke ekstrasvaskuler atau terjadinya perembesaran plasma akibatnya terjadi pengurangan volume plasma yang terjadi

hipovolemia, penurunan tekanan darah, hemokonsentrasi, hipoproteinemia, efusi dan renjatan. Selain itu sistem retikulo endotel bisa terganggu sehingga menyebabkan reaksi antigen anti body yang akhirnya bisa menyebabkan Anaphylaxia. Akibat lain dari virus dengue dalam peredaran darah akan menyebabkan depresi sumsum tulang sehingga akan terjadi trombositopenia yang berlanjut akan menyebabkan perdarahan karena gangguan trombosit dan kelainan koagulasi dan akhirnya sampai pada perdarahan kelenjar adrenalin. Plasma merembas sejak permulaan demam dan mencapai puncaknya saat renjatan. Pada pasien dengan renjatan berat, volume plasma dapat berkurang sampai 30% atau lebih. Bila renjatan hipovolemik yang terjadi akibat kehilangan plasma yang tidak dengan segera diatasi maka akan terjadi anoksia jaringan, 14 asidosis metabolik dan kematian. Terjadinya renjatan ini biasanya pada hari ke-3 dan ke-7.

Reaksi lainnya yaitu terjadi perdarahan yang diakibatkan adanya gangguan pada hemostasis yang mencakup perubahan vaskuler, trombositopenia (trombosit $< 100.000/mm^3$), menurunnya fungsi trombosit dan menurunnya faktor koagulasi (protrombin, faktor V, IX, X dan fibrinogen). Pembekuan yang meluas pada intravaskuler (DIC) juga bisa terjadi saat renjatan. Perdarahan yang terjadi seperti petekie, ekimosis, purpura, epistaksis, perdarahan gusi, sampai perdarahan hebat pada traktus gastrointestinal. (Indriyani & Gustawan, 2020)

2.1.4 Manifestasi Klinis

Berdasarkan kriteria WHO 2015 diagnosis DBD ditegakkan bila semua hal dibawah ini dipenuhi :

- a. Demam atau riwayat demam akut antara 2-7 hari, biasanya bersifat bifasik.
- b. Manifestasi perdarahan yang biasanya berupa :
 - 1) Uji tourniquet positif
 - 2) Petekie, ekimosis, atau purpura
 - 3) Perdarahan mukosa (epistaksis, perdarahan gusi), saluran cerna, tempat bekas suntikan
 - 4) Hematemesis atau melena
- c. Trombositopenia $<100.00/ul$
- d. Kebocoran plasma yang ditandai dengan :
 - 1) Peningkatan nilai hematokrit $\geq 20\%$ dari nilai baku sesuai umur dan jenis kelamin.
 - 2) Penurunan nilai hematokrit $\geq 20\%$ setelah pemberian cairan yang adekuat.
- e. Tanda kebocoran plasma seperti : hipoproteinemi, asites, efusi pleura.

2.1.5 Tanda dan gejala

1. Sakit kepala
2. Nyeri retro-orbital
3. Mialgia
4. Artarglia

5. Ruam
6. Perdarahan
7. Leukopenia
8. Demam berlangsung 2-7 hari
9. Trombositopenia ($100.000 \text{ sel per mm}^3$)
10. Jika terjadi syok: nadi lemah dan cepat, tekanan nadi menyempit, kulit dingin dan lembab, serta gelisah
11. Nafsu makan berkurang
12. Mual muntah

2.1.6 Diagnosa banding

- 1) Pada awal perjalanan penyakit, diagnosis banding mencakup infeksi bakteri, virus, atau penyakit protozoa seperti demam tifoid, campak, influenza, hepatitis chikungunya, malaria.
- 2) Bila dibandingkan dengan DBD, DC memperlihatkan serangan demam mendadak, masa demam lebih pendek, suhu tubuh tinggi, hampir selalu disertai ruam makulopapular, injeksi konjungtiva dan lebih sering dijumpai nyeri sendi.
- 3) Pada meningitis meningokokokus jelas terdapat rangsangan meningeal dan kelainan pada pemeriksaan cairan serebrospinalis.
- 4) Pada hari-hari pertama, diagnosis ITP sulit dibedakan dengan penyakit DBD, tetapi pada ITP demam cepat menghilang, tidak dijumpai hemokonsentrasi, dan pada fase penyembuhan DBD jumlah trombosit lebih cepat kembali normal daripada ITP.

- 5) Pada leukemia demam tidak teratur, kelenjar limfe dapat teraba dan sangat anemis. (Soepardi, 2010)

2.1.7 Komplikasi

Adapun komplikasi dari DHF (Darmawan, 2019) adalah:

- 1) Perdarahan Disebabkan oleh perubahan vaskuler, penurunan jumlah trombosit dan koagulopati, dan trombositopeni dihubungkan meningkatnya megakariosit muda dalam sel-sel tulang dan pendeknya masa hidup trombosit. Tendensi perdarahan dapat dilihat pada uji torniquet positif, petekie, ekimosis, dan perdarahan saluran cerna, hematemesis, dan melena.
- 2) Kegagalan sirkulasi DSS (Dengue Shock Syndrome) terjadi pada hari ke 2-7 yang disebabkan oleh peningkatan permeabilitas vaskuler sehingga terjadi kebocoran plasma, efusi cairan serosa ke rongga pleura dan peritoneum, hiponatremia, hemokonsentrasi, dan hipovolemi yang mengakibatkan berkurangnya aliran balik vena, penurunan volume sekuncup dan curah jantung sehingga terjadi disfungsi atau penurunan perfusi organ. DSS juga disertai kegagalan homeostasis yang mengakibatkan aktivitas dan integritas sistem kardiovaskular, perfusi miokard dan curah jantung menurun, sirkulasi darah terganggu dan terjadi iskemi jaringan dan kerusakan fungsi sel secara progresif dan irreversible, terjadi kerusakan sel dan organ sehingga pasien akan meninggal dalam waktu 12-24 jam.
- 3) Hepatomegali Hati umumnya membesar dengan perlemakan yang dihubungkan dengan nekrosis karena perdarahan yang terjadi pada

lobulus hati dan sel-sel kapiler. Terkadang tampak sel metrofil dan limfosit yang lebih besar dan lebih banyak dikarenakan adanya reaksi atau kompleks virus antibody.

- 4) Efusi Pleura Terjadi karena kebocoran plasma yang mngeibatkan ekstrasi cairan intravaskuler sel, hal tersebut dibuktikan dengan adanya cairan dalam rongga pleura dan adanya dipsnea.

2.1.8 Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang perlu dilakukan untuk menegakkan diagnostik DHF diantaranya adalah pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan radiologi. Pemeriksaan darah pasien DHF meliputi pemeriksaan Hemoglobin, Hematokrit, Trombosit, Leukosit, SGOT, SGPT, elektrolit, ureum, dan analisa gas darah. Pemeriksaan radiologi meliputi foto thorax dan USG. (Soepardi, 2010)

2.1.9 Pencegahan

Jangan dikira nyamuk *Aedes aegypti* lebih senang bersarang di tempat kotor atau tidak terawat. Nyamuk ini justru lebih senang bersarang di air bersih yang dibiarkan tergenang.

Oleh karenanya, mengeringkan genangan air, menutup dan menguras penampungan air bersih, serta mengubur barang bekas agar tidak menjadi sarang nyamuk merupakan langkah utama pencegahan DBD. Selain itu, DBD juga dapat dicegah dengan cara berikut (Attamimy & Qomaruddin, 2018):

- 1) Menjaga kebersihan lingkungan rumah secara rutin, terutama tempat penampungan air.

- 2) Menggunakan obat nyamuk, baik itu obat nyamuk semprot, bakar, atau elektrik, pada pagi dan sore hari.
- 3) Mengoleskan losion antinyamuk.
- 4) Memasang kasa nyamuk di setiap jendela atau ventilasi udara, agar nyamuk tidak masuk ke dalam rumah.
- 5) Mengenakan baju lengan panjang dan celana panjang ketika beraktivitas di luar rumah.
- 6) Tidak menggantung pakaian di dalam kamar, karena bisa menjadi tempat bagi nyamuk untuk bersembunyi.
- 7) Mendapatkan vaksin demam berdarah.
- 8) Memberantas sarang nyamuk dan mencegah gigitan nyamuk masih merupakan langkah utama untuk melindungi diri dari demam berdarah. Agar lebih efektif, berkoordinasilah dengan pihak pengelola lingkungan untuk melakukan fogging, guna memberantas nyamuk di area pemukiman.

2.1.10 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan DHF menurut (*World Health Organization*, 2009), yaitu :

1. Beritahu pasien untuk minum banyak cairan dan mendapatkan banyak istirahat.
2. Beritahu pasien untuk mengambil antipiretik untuk mengontrol suhu mereka. anak-anak dengan dengue beresiko untuk demam kejang selama fase demam.

3. Peringatkan pasien untuk menghindari aspirin dan nonsteroid lainnya, obat anti inflamasi karena mereka meningkatkan risiko perdarahan.
4. Memantau hidrasi pasien selama fase demam
5. Mendidik pasien dan orang tua tentang tanda-tanda dehidrasi dan pantau output urine
6. Jika pasien tidak dapat mentoleransi cairan secara oral, mereka mungkin perlu cairan IV.
7. Kaji status hemodinamik dengan memeriksa denyut jantung, pengisian kapiler, nadi, tekanan darah, dan Output urine.
8. Lakukan penilaian hemodinamik, cek hematokrit awal, dan jumlah trombosit.
9. Terus memantau pasien selama terjadi penurunan suhu badan sampai yg normal.
10. Fase kritis DBD dimulai dengan penurunan suhu badan sampai yg normal dan berlangsung 24-48 jam.

2.2 Asuhan keperawatan

Proses keperawatan adalah aktivitas yang mempunyai maksud yaitu praktik keperawatan yang dilakukan dengan cara yang sistematis. Selama melaksanakan proses keperawatan, perawat menggunakan dasar pengetahuan yang komprehensif untuk mengkaji status kesehatan klien, membuat penilaian yang bijaksana dan mendiagnosa, mengidentifikasi hasil akhir kesehatan klien dan merencanakan, menerapkan dan

mengevaluasi tindakan keperawatan yang tepat guna mencapai hasil akhir tersebut (Susan C. Smeltzer, 2017)

2.2.1 Pengkajian

a. Pengumpulan data

Dalam buku Proses Keperawatan dan berpikir kritis (Deswani, 2009) pengumpulan data adalah suatu proses pengkajian dengan mengumpulkan informasi tentang status kesehatan klien secara sistematis dan terus menerus. Pengkajian dimulai sejak klien masuk ke rumah sakit dan diteruskan sampai klien pulang.

1. Identitas

Pada biodata bisa diperoleh data tentang nama, umur, jenis kelamin, tempat tinggal, pekerjaan, pendidikan, dan status perkawinan.

2. Keluhan Utama

Selama mengumpulkan riwayat, perawat menanyakan tentang tanda dan gejala pada pasien. Kaji apakah pasien mengalami Suhu badan naik turun, kepala pusing dan terdapat ruam pada kulit?

3. Riwayat Penyakit Dahulu

Kaji, apakah gejala Memiliki Riwayat yang sama? sampai okname? Kaji apakah pernah dirawat di fasilitas kesehatan dengan keluhan yang sama?

4. Pemeriksaan fisik

- Pernafasan (B1: *Breath*)

Pada saat pengkajian tidak terdapat masalah keperawatan yang ditemukan.

- Kardiovaskuler (B2: *Blood*)

Tekanan darah klien tidak stabil untuk yang lain
Pada saat pengkajian tidak terdapat masalah keperawatan yang ditemukan.

- Pensyarafan (B3: *Brain*)

Kesadaran klien compos mentis hanya saja merasa tidak berdaya tetapi kooperatif disaat dilakukan tindakan dan disaat dilakukannya penkajian, terdapat nyeri sakit kepala, pada pemeriksaan mata didapatkan konjungtiva anemis.

- Perkemihan (B4: *Bladder*)

Produksi urine menurun tetapi untuk warna tetap kuning jernih untuk yang lain Pada saat pengkajian tidak terdapat masalah keperawatan yang ditemukan.

- Pencernaan (B5: *Bowel*)

Intake input makanan berkurang, nafsu makan menurun, dikarenakan mulut terasa pahit, mukosa bibir kering tetapi untuk cairan tubuh klien mampu meminumnya, yang menyebabkan BAB cair.

- Integumen (B6: *Bone*)

Permukaan kulit lembab, turgor kulit baik terasa panas dan demam.

b. Analisa data

Dari hasil pengkajian kemudian data tersebut dikelompokkan lalu dianalisa sehingga dapat ditarik kesimpulan masalah yang timbul dan untuk selanjutnya dapat dirumuskan diangnosa keperawatan.

2.2.2 Diagnosa keperawatan

- 1) Hipertermia b.d proses penyakit (mis. infeksi, kanker) (*SDKI, D.0130, Hal.284*)
- 2) Risiko perdarahan b.d gangguan koagulasi (mis. trombositopenia) (*SDKI, D.0012, Hal.42*)
- 3) Risiko syok b.d kekurangan volume cairan (*SDKI, D. 0039, Hal.92*)

2.2.3 Perencanaan

1. Diagnosa keperawatan I

Hipertermia b.d proses penyakit (mis. infeksi, kanker) (*SDKI, D.0130, Hal.284*)

Tujuan: keeffektifan termogulasi dalam waktu 3x24 jam.

Kriteria hasil: Suhu tubuh normal (36-37,5⁰c), tidak ada peningkatan suhu tubuh, klien tenang membran mukosa lembab.

Intervensi :

1. Mengidentifikasi penyebab hipertermia (mis. dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator)

Rasional: Agar mengetahui penyebab hipertermia yang terjadi terhadap klien.

2. Lakukan pendinginan eksternal (mis. selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila)

Rasional: melakukan tindakan pendinginan eksternal terhadap klien.

3. Menganjurkan tirah baring

Rasional: Meganjurkan klien untuk selalu beristirahat dengan baik.

4. Berkolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu

Rasional: mengkolaborasikan bdengan memberi klien cairan dan elektrolit melalui intra vena

(SIKI, 1.15506, Hal.181)

2. Diagnosa keperawatan II

Risiko perdarahan b.d gangguan koagulasi (mis. trombositopenia)
(SDKI, D.0012, Hal.42)

Tujuan: Tingkat pendarahan menurun dalam waktu 3x24 jam

Kriteria hasil: membaiknya hemoglobin, hematokrit dan kelembapan membran mukosa.

Intervensi :

- 1) Memonitor tanda dan gejala perdarahan

Rasional: mengetahui tanda dan gejala pendarahan yang terjadi pada klien.

- 2) Membatasi tindakan invasif, jika perlu

Rasional: membatasi tindakan insavasif klien.

- 3) Menjelaskan tanda dan gejala perdarahan

Rasional: menjelaskan kepada klien ataupun keluarga klien tentang tanda dan gejala pendarahan klien.

- 4) Berkolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu

Rasional: mengkolaborasikan pemberian obat pengontrol pendarahan jika klien membutuhkan.

(SIKI, 1.02067, Hal.283)

3. Diagnosa keperawatan III

Risiko syok b.d kekurangan volume cairan (*SDKI, D. 0039, Hal.92*)

Tujuan: Tingkat syok menurun dalam kurun waktu 3x24 jam.

Kriteria hasil: membaiknya tekanan darah dan peningkatan output urine

Intervensi:

- 1) Memonitor status cairan (masukan dan haluaran, turgor kulit, CRT)

Rasional: Agar mengetahui status cairan klien dengan baik dan benar.

- 2) Memasang jalur IV, jika perlu

Rasional: pemasangan terapi obat melalui IV jika sangat diperlukan.

- 3) Menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral

Rasional: menganjurkan klien memperbanyak asupan cairan oral.

- 4) Berkolaborasi pemberian transfusi darah, jika perlu

Rasional: Mengkolaborasikan pemberian tranfusi darah jika pasien sangat membutuhkan.

(SIKI, 1.02068, Hal.285)

2.3 Pelaksanaan

Pelaksanaan rencana keperawatan adalah kegiatan atau tindakan yang diberikan kepada klien sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan tergantung pada situasi dan kondisi klien saat itu.

Pada diagnosa keperawatan hipertemi berhubungan dengan proses infeksi penyakit dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 3x24 jam dengan intervensi keperawatan Mengidentifikasi penyebab hipertermia (mis. dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator), Lakukan pendinginan eksternal (mis. selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila), Menganjurkan tirah baring, dan Berkolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlukan.

Pada diagnosa keperawatan Risiko perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi (mis. trombositopenia) dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 3x24 jam dengan intervensi keperawatan Memonitor tanda dan gejala perdarahan, Membatasi tindakan invasif, jika perlukan, Menjelaskan tanda dan gejala perdarahan, dan Berkolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlukan.

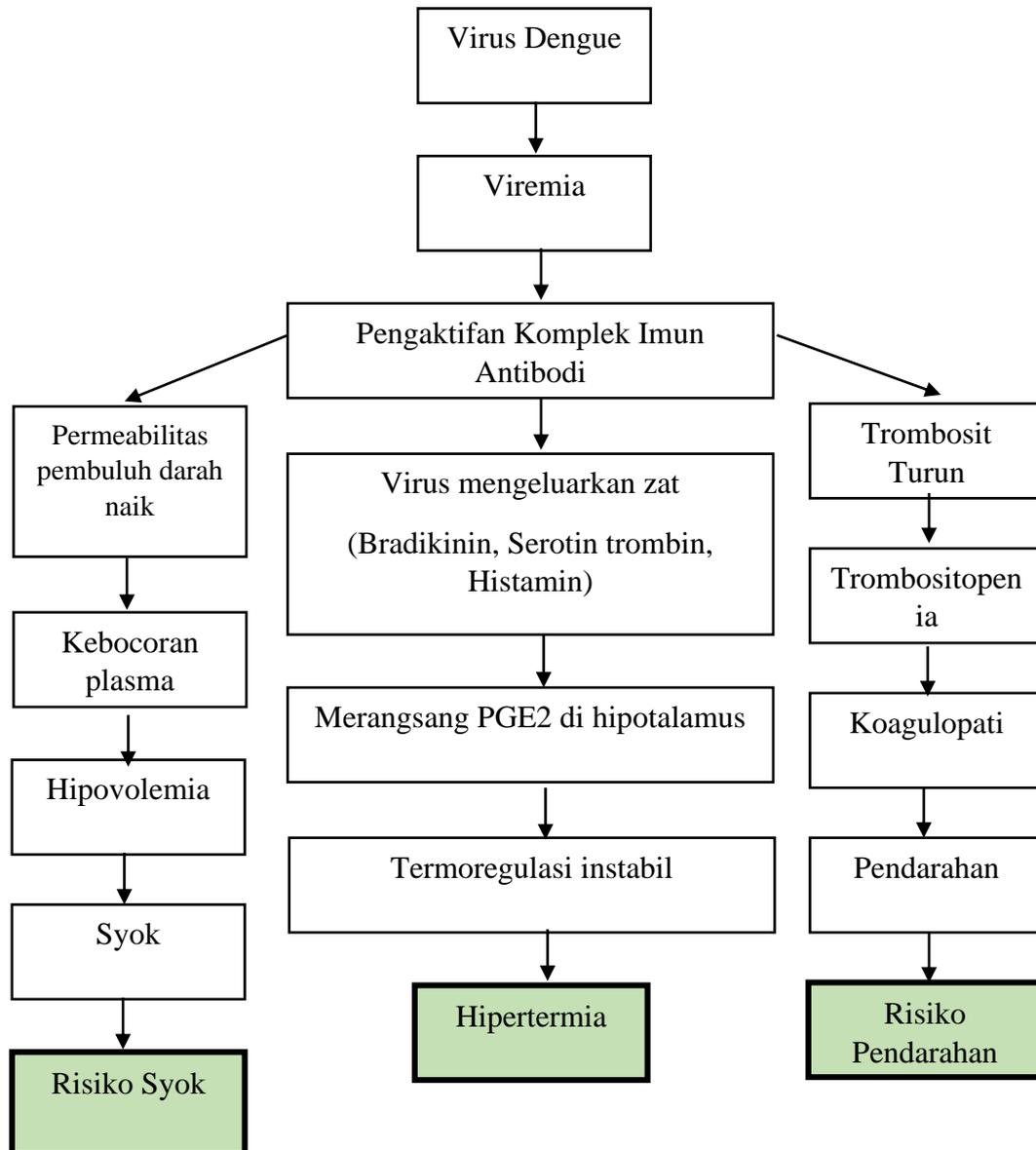
Pada diagnosa keperawatan Risiko syok berhubungan dengan kekurangan volume cairan dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu

3x24 jam dengan intervensi keperawatan Memonitor status cairan (masukan dan haluaran, turgor kulit, CRT), Memasang jalur IV, jika perlukan, Menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral, dan Berkolaborasi pemberian transfusi darah, jika perlukan.

2.4 Evaluasi

Dilaksanakan suatu penilaian terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan atau dilaksanakan dengan berpegang teguh pada tujuan yang ingin dicapai. Pada bagian ini ditentukan apakah perencanaan sudah tercapai atau belum, dan dapat juga timbul masalah baru, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keffektifan termogulasi Suhu tubuh normal ($36-37,5^0c$), tidak ada peningkatan suhu tubuh, klien tenang membran mukosa lembab, Tingkat pendarahan menurun dengan membaiknya hemoglobin, hematokrit dan kelembapan membran mukosa, dan Tingkat syok menurun dengan membaiknya tekanan darah dan peningkatan output urine.

2.5 Kerangka Masalah



Tabel 2.2 Web Of Couston

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF), maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 02 Mei 2021 sampai 04 Mei 2021 dengan data pengkajian pada tanggal 02 Mei 2021 07.00 WIB. Anamnesa diperoleh dari wawancara dengan pasien, keluarga pasien dan file No. Register 66-72-xx sebagai berikut :

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas

Pasien adalah seorang perempuan bernama Ny"Y" usia 19 tahun, beragama islam, Bahasa yang sering digunakan adalah Bahasa Indonesia dan Jawa. Pasien adalah seorang mahasiswi salah satu univesitas disurabaya. Pasien tinggal di Surabaya, Pasien belum berkerja. Penanggung jawab bpjs mandiri, orang tua pasien lengkap dan pasien merupakan anak ke 2 dari dua bersaudara.

3.1.2 Keluhan Utama

Pasien mengeluhkan bahwa Suhu badan naik turun & kepala pusing, P : Pusing kepala, Q : Di bagian dahi, R : Nyeri menjalar sampai ujung kepala, S : 7 (dari 1-10) T : Hilang timbul.

3.1.3 Riwayat penyakit sekarang

Pasien mengatakan pusing dan suhu badan selalu naik turun dimalam hari. Dan pasien mengatakan datang kerumah sakit IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya tanggal 29 April 2021 jam 08.00 dengan keluhan

Suhu badan naik yang sebelumnya diperiksa di Puskesmas terdekat dengan cek darah, Di IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya mendapat tindakan terapi pemasangan Infus NS 0.9% dan injeksi IV Paracetamol.

3.1.4 Riwayat penyakit dahulu

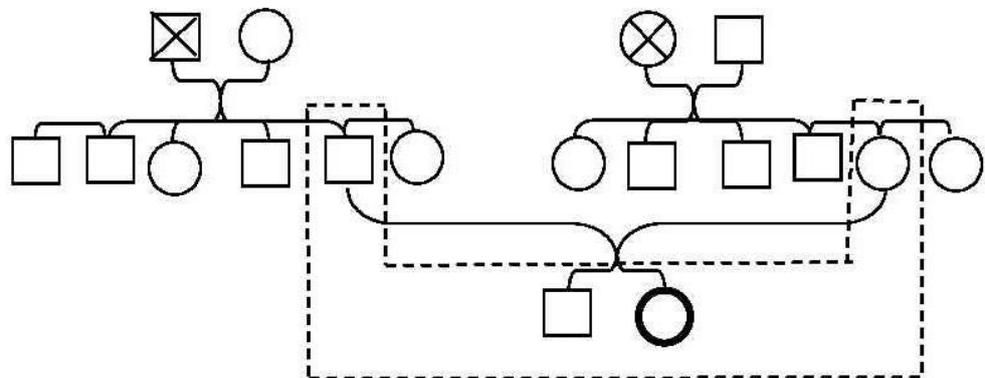
Pasien mengatakan Memiliki Riwayat typhus tapi tidak sampai okname Sebelum dirawat di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya , pernah dirawat di Puskesmas dengan keluhan Typhus.

3.1.5 Riwayat penyakit keluarga

Pasien mengatakan bahwa tidak ada Riwayat penyakit yang sama. Dan dari anggota keluarga tidak ada yang mempunyai penyakit keturunan.

3.1.6 Pengkajian Keluarga

1. Genogram



Keterangan :



= Laki-laki meninggal



= Perempuan meninggal



= tinggal Serumah



= Laki-laki



= Perempuan



= Pasien

2. Psikososial keluarga

Keluarga pasien selalu cemas terutama ibu pasien, ibu pasien sering kapan anaknya bisa pulang, ibu pasien kelihatan cemas. Ibu klien berharap anaknya sembuh supaya bisa kembali kerumah.

3.1.7 Riwayat alergi

Pasien mengatakan bahwa dirinya tidak mempunyai alergi makanan dan obat-obatan yang dibuktikan dengan skin test.

3.1.8 Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum pasien lemah, kesadaran *compos mentis* observasi tanda- tanda vital tensi 101/65 mmHg, nadi: 56x/menit, suhu: 38,6°C, RR: 20x/menit, SpO₂: 96%. GCS : E: 4, M: 5, V: 6 total 15. tinggi badan 154 cm , berat badan sebelum masuk rumah sakit 45 kg, berat badan saat pengkajian 42 kg.

1. B1 Sistem pernafasan (*breathing*)

Pada pemeriksaan inspeksi didapatkan bentuk dada *normo chest*, pergerakan dada simetris, tidak ada otot bantu nafas tambahan, irama nafas pasien reguler, kelainan tidak ada, Pola nafas normal, tidak ada taktil/vocal fremitus, sesak nafas tidak ada, pasien tidak batuk, sputum tidak ada. Sianosis tidak ada, Pada pemeriksaan palpasi tidak ada nyeri tekan pada dada. Pada pemeriksaan perkusi terdapat suara sonor. Pada pemeriksaan auskultasi tidak ada suara nafas tambahan, suara nafas vesikuler, RR: 20x/menit. Kemampuan aktivitas bebas.

Masalah Keperawatan : Tidak ditemukan masalah keperawatan

2. B2 Sistem kardiovaskuler (*blood*)

Pada pemeriksaan inspeksi tidak terdapat lesi ataupun benjolan, conjungtiva anemis, tidak terdapat sianosis. Pada pemeriksaan palpasi, Ictus cordis teraba pada ICS 4-5 mid clavicula sinistra, tidak terdapat nyeri dada, irama jantung reguler, CRT < 3 detik. Akral teraba hangat, kering, merah pada bagian ekstremitas atas dan bawah. Pada pemeriksaan perkusi terdapat suara peka. Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, Pemeriksaan auskultasi terdapat bunyi jantung S1 S2 tunggal, mur-mur (-), gallop (-), irama jantung reguler. Tidak ada pendarahan (Gusi berdarah, mimisan, dan petikie)

Masalah Keperawatan : Risiko Pendarahan

3. B3 Sistem persyarafan (*brain*)

Pada pemeriksaan inspeksi keadaan umum pasien tampak lemah, kesadaran compos mentis, GCS 456, bentuk hidung simetris, septum simetris, tidak ada gangguan atau kelainan pada penciuman pasien, reaksi pupil (+) diameter 3 mm, tidak ada kejang. Pada pemeriksaan palpasi kaku kuduk (-), brudziynki (-), babinzki (-), Kerniks (-). Pemeriksaan perkusi pada triceps (+/+), bisep (+/+), patella (+/+) dan achiles (+/+). Pada pemeriksaan nervus :

- 1) Nervus kranial I : Tidak ada gangguan
- 2) Nervus kranial II : Ny. Y dapat melihat dengan normal
- 3) Nervus kranial III : Ny. Y dapat melihat dengan jelas dan normal.
- 4) Nervus kranial IV : Ny. Y dapat menggerakkan bola mata

- 5) Nervus kranial V : Ny. Y dapat mengunyah dan menelan
- 6) Nervus kranial VI : Ny. Y dapat menggerakkan bolamata kearah lateral
- 7) Nervus kranial VII : Wajah Ny. Y berbentuk simetris
- 8) Nervus kranial VIII: Ny. Y dapat tersenyum dengan simetris
- 9) Nervus kranial IX : Ny. Y dapat menelan
- 10) Nervus kranial X : Ny. Y mampu menelan secara pelan
- 11) Nervus kranial XI : Ny. Y mampu menggerakkan bahu
- 12) Nervus kranial XII: Ny. Y mampu menggerakkan lidah sebelah kiri

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan.

4. B4 perkemihan (*bleeder*)

Pada pemeriksaan inspeksi pasien tidak terpasang alat bantu, tidak ada nyeri tekan .Eliminasi uri SMRS frekuensi 4x/hari dengan Jumlah 2500/24 jam dengan berwarna: Kuning bening, sedangkan Eliminasi urin MRS frekuensi 3x /hari dengan jumlah 1700/24 jam Warna: Kuning Bening tidak ada gangguan

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan.

5. B5 Sistem pencernaan (*bowel*)

Pada pemeriksaan inspeksi, mulut tampak bersih tidak ada sariawan, membran mukosa kering, lidah tampak bersih, tidak ada gigi palsu, tidak terdapat tonsilitis, faring baik, kerongkongan baik tidak ada sumbatan, lambung normal Frekuensi bising usus normal 5-30 kali per menit, nafsu makan menurun, pasien mual, muntah, Tidak ada

nyeri telan. Untuk eliminasi alvi SMRS dengan Frekuensi 2x/hari berwarna kuning Konsistensi: Lunak, Sedangkan Eliminasi alvi MRS dengan Frekuensi: 1x/hari berwarna: Kuning Konsistensi sedikit Lunak

Masalah Keperawatan: Hipovolemia

6. B6 Sistem Muskuluskeletal & Integumen (*Bone*)

Warna kulit pasien sawo matang, tampak kulit pasien kering pucat dan terasa hangat, tidak ada lesi atau odem, ROM bebas bergerak , turgor kulit elastis <3 detik, tulang pasien tidak ada gangguan atau fraktur.

Kekuatan otot: 5555	5555
5555	5555

Masalah Keperawatan: Hipertermia

7. Sistem Endokrin

Tidak ada pembesaran tyroid, hiperglikemia (dalam batas normal), tidak ada hipoglikemia.

Masalah Keperawatan: Tidak ditemukan masalah keperawatan

8. Seksual-Reproduksi

Pasien tidak pernah pemeriksa masalah reproduksi, seksual yang berhubungan dengan penyakit tidak ada, pasien Menstruasi terakhir : 30 April 2021.

Masalah Keperawatan: Tidak ditemukan masalah keperawatan

9. Kemampuan Perawatan Diri

Aktivitas	SMRS	MRS
Mandi	1	3
Berpakaian/ dandan	1	1
Toileting/ eliminasi	1	1
Mobilitas di tempat tidur	1	1
Alat bantu berupa	1	1
Berjalan	1	1
Niak Tangga	1	3
Berbelanja	1	4
Memasak	1	4
Pemeliharaan rumah	1	4
Berpindah	1	1

Keterangan

- Skor 1: Mandiri
 2: Alat bantu
 3: Dibantu orang lain dan alat
 4: Tergantung/ tdk mampu

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

10. Personal Hygiene

Sebelum masuk rumah sakit : mandi 2x/hari, ganti pakaian 2x/hari, pasien keramas dalam 2 hari sekali, oral hygiene 2x/hari, memotong kuku 2minggu sekali,. Saat masuk rumah sakit: pasien mandi 1x/hari, ganti pakaian 1x/hari, oral hygiene 1x/hari.

11. Pola tidur

Pola istirahat tidur pasien SMRS, pasien mengatakan saat tidur nyenyak dan merasa waktu istirahat tidur cukup.Pasien mengatakan saat MRS jam tidur kurang, pasien merasa tidak nyenyak, tidur terganggu, dan semalam terbangun dikarenakan timbul rasa demam.

12. Kognitif perseptual-psiko-sosio-spiritual

Persepsi pasien terhadap sehat sakit “pasien mengatakan menyadari akan penyakitnya, pasien menerima kondisi sakitnya saat

ini dan pasien meminta kesembuhan kepada Allah agar cepat sembuh dan bisa segera pulang”.

Konsep diri :

- 1) Gambaran diri : pasien menyukai seluruh anggota tubuhnya dan mensyukuri apa yang dimiliki.
- 2) Ideal diri : pasien mengatakan berharap agar bisa cepat pulang.
- 3) Harga diri : pasien bersabar dan menerima dengan ikhlas atas penyakitnya.
- 4) Identitas diri : pasien merupakan seorang perempuan.
- 5) Peran : pasien merupakan seorang anak dan mahasiswi.

Kemampuan bicara pasien baik dan normal, bahasa yang digunakan sehari-hari yaitu bahasa Jawa dan bahasa Indonesia, px menerima sakitnya sebagai ujian atau cobaan dari Tuhan, pasien tidak ansietas, aktivitas sehari-hari kuliah online, menonton tv, bersih-bersih rumah, kegiatan rekreasi pasien hanya menonton tv di rumah bersama keluarga, kegiatan olahraga pasien mengatakan berolahraga di lingkungan tempat tinggal pasien hanya berjalan-jalan di sawah, sistem pendukung pasien adalah keluarganya, hubungan pasien dengan orang lain baik, kegiatan ibadah pasien selama masuk rumah sakit pasien tetap melaksanakan sholat 5 waktu.

3.1.9 Pemeriksaan penunjang

1. Tabel 3.1 Hasil pemeriksaan Ny. Y

Tgl pemeriksaan: 30 April 2021			
No	Jenis Pemeriksaan	Hasil (satuan)	Nilai Normal (satuan)
1	Hematologi Darah Lengkap <ul style="list-style-type: none"> • Leukosit Hitung Jenis leukosit : <ul style="list-style-type: none"> • Eosinofil# • Eosinofil% • Basofil# • Basofil% • Neutrofil# • Neutrofil% • Limfosit# • Limfosit% • Monosit# • Monosit% IMG# IMG% Hemoglobin Hematokrit Eritrosit Indeks Eritrosit <ul style="list-style-type: none"> • MCV • MCH • MCHC RDW_CV RDW_SD Trombosit Indeks Trombosit <ul style="list-style-type: none"> • MPV • PDW • PCT P-LCC P-LCR	<ul style="list-style-type: none"> • 3,41 10³/μL <ul style="list-style-type: none"> • 0,07 10³/μL • 2,10 % • 0,02 10³/μL • 0,6 % • 0,85 10³/μL • 25,00 % • 2,25 10³/μL • 65,75 % • 0,22 10³/μL • 6,60 % 0 10 ³ /μL 0,1 % 11,30 g/dL 31,80 % 3,81 10 ³ /μL <ul style="list-style-type: none"> • 83,3 fmol/cell • 29,6 pg • 35,5 g.dL 12,7 % 37,5 fL 72,00 10 ³ /μL <ul style="list-style-type: none"> • 10,1 fL • 16,8 % • 0,07 10³/μL 21,0 10 ³ /μL 29,8 %	<ul style="list-style-type: none"> • 4.0 – 10.0 <ul style="list-style-type: none"> • 0,02 – 0,50 • 0,5 – 5,0 • 0,00 – 0,10 • 0,0 – 0,1 • 2,00 – 7,00 • 50,0 – 70,0 • 0,80 – 4,00 • 20,0 – 40,0 • 0,12 – 1,20 • 3,0 – 12,0 0,00 – 999,99 0,00 – 100,0 7 – 20 37,0 – 47,0 3,50 – 5,00 <ul style="list-style-type: none"> • 80 – 100 • 26 – 34 • 32 – 36 11,0 – 16,0 35,0 – 56,0 150 – 450 <ul style="list-style-type: none"> • 6,5 – 12,0 • 15 – 17 • 1.08 – 2,82 30 – 90 11,0 – 45,0
2	Fungsi Hati <ul style="list-style-type: none"> • SGOT • SGPT • Gamma GT 	<ul style="list-style-type: none"> • 128 U/L • 124 U/L • 48,882993 mg/dL 	<ul style="list-style-type: none"> • 0 – 35 • 0 – 37 • < 30
3	Urinalisa Kimia Urine <ul style="list-style-type: none"> • URO 	<ul style="list-style-type: none"> • Normal 	

	<ul style="list-style-type: none"> • BLD • BIL • KET • GLU • PRO • pH • NIT • LEU • S.G • COLOR 	<ul style="list-style-type: none"> • Negatif • Negatif • Negatif • Negatif • Positif 1+ • 7,0 • Negatif • Negatif • 1,015 • Kuning Jernih 	
4	<p>Imunologi Widal</p> <ul style="list-style-type: none"> • S. Typhi O • S. Typhi H • S. Paratyphi AH • S. Paratyphi BH 	<ul style="list-style-type: none"> • Negatif • Negatif • Negatif • Positif 1/80 	<ul style="list-style-type: none"> • Negatif • Negatif • Negatif • Negatif
5	Foto thorax AP	<p>Cor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Besar dan bentuk normal <p>Pulmo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tidak tampak infiltrat • Kedua sinus phrenicocostalis tajam • Kedua hemidiafragma normal • Trachea di tengah • Tulang – tulang baik 	

2. Penatalaksanaan

Tabel 3.2 Terapi obat

Terapi Tanggal: 02 2021				
No	Nama Obat	Dosis	Rute	Indikasi
1	Paracetamol 500 mg	3x1 Tab	Oral	Untuk meredakan sakit kepala dan nyeri ringan, serta demam.
2	Primperan 10 mg	2x1 Tab	Oral	Meredakan Mual Muntah
3	Sucralfate 100 ml	3x1 syrup	oral	Pengobatan jangka pendek (sampai dengan 8 minggu) ulkus gaster, ulkus duodenum, gastritis kronik
4	Ringer lactate	500cc/ 24 jam	IV	Sumber elektrolit dan air
5	NS 0,9%	500cc/ 24 jam	IV	Mengatasi kadar natrium yang rendah, kadar kalium rendah, kadar magnesium rendah, tingkat kalsium yang rendah, dan kehilangan cairan.
6	Antrain-inj	2x1 1 mg vial	IV	Pereda Nyeri
7	Omeprazole-inj	1x1 1mg Vial	IV	Mengatasi gangguan lambung, seperti penyakit asam lambung dan tukak lambung.

Surabaya, 02 Mei 2021

Perawat



Ghora Nanggala Prastiyono

182.0021

3.2 Analisa Data (Diagnosa Keperawatan)

Tabel 3.3 Diagnosa masalah keperawatan

No	Data (Symptom)	Penyebab (Etiologi)	Masalah (Problem)
1	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluhkan badan lemas mual muntah - Pasien mengatakan Nafsu makan berkurang <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leukosit : 3,41 103/μL - Trombosit : 72,00 103/μL - Hematokrit: 31,80 % - Hemoglobin : 11.30 g/dL - Membran mukosa kering 	<p>Gangguan koagulasi (mis.trombositopenia)</p>	<p>Risiko Perdarahan (<i>SDKI, 42</i>)</p>
2	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan demam <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 90/60 mmHg - Nadi : 56 /Menit - RR : 18 /menit - Suhu : 38,6°C - GCS : 456 - SpO2 : 98 - S. Paratyphi BH + 	<p>Proses penyakit (mis. Infeksi, kanker)</p>	<p>Hipertermia (<i>SDKI, 284</i>)</p>

3.3 Prioritas masalah

Tabel 3.4 Prioritas masalah keperawatan

No	Masalah Keperawatan	Tanggal		Paraf
		ditemukan	teratasi	
1.	Risiko pendarahan b.d Gangguan koagulasi (mis.trombossitopenia)	2 Mei 2021	4 Mei 2021	
2.	Hipertemia b.d Proses penyakit (mis. Infeksi, kanker)	2 Mei 2021	4 Mei 2021	

3.4 Rencana keperawatan

Tabel 3.5 perencanaan keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Risiko pendarahan b.d Gangguan koagulasi (mis.trombositopenia)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan pasien menunjukkan Tingkat pendarahan menurun dengan kriteria hasil : a. Kelembapan membran mukosa b. Hematokrit membaik (37,0 – 47,0) c. Tekanan darah membaik (110/90 mmHg) d. Suhu tubuh membaik (35-36.7) <i>(SLKI, 147)</i>	Pencegahan pendarahan (<i>SIKI, 283</i>) 1) Monitor tanda-tanda vital ortostatik 2) Pertahankan bed rest selama perdarahan 3) Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi 4) Anjurkan meningkatkan asupan makan dan vitamin K 5) Kolaborasi pemberian obat dan mengontrol perdarahan	1) Agar mengetahui tanda – tanda vital ortostatik pasien 2) Agar mengurangi kelelahan pada pasien 3) Untuk menghindarkan pasien dari sembelit 4) Agar pasien dapat meningkatkan sistem imun 5) Agar pasien terhindar dari penurunan darah yang cukup banyak

2	Hipertemia b.d Proses penyakit (mis. Infeksi, kanker)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan pasien menunjukkan Termoregulasi membaik dengan kriteria hasil : a. Suhu tubuh dalam kisaran normal (35 – 36,7) b. Kulit merah menurun (Tidak ada perubahan warna kulit dan tidak ada pusing) <i>(SLKI, Hal 129)</i>	Manajemen Hipertermia <i>(SIKI 1.15506, Hal 181)</i> : 1) Monitor suhu tubuh 2) Monitor kadar elektrolit 3) Berikan cairan oral 4) Anjurkan tirah baring 5) Kolaborasi cairan dan elektrolit intravena	1) Agar mengetahui Suhu tubuh pasien 2) Agar mengetahui kadar elektrolit pada pasien 3) Agar pasien mendapatkan cairan dalam tubuh 4) Menganjurkan tirah baring kepada pasien 5) Mengkolaborasikan cairan dan elektrolit intravena pada pasien
---	---	---	---	--

3.5 Tindakan keperawatan dan catatan perkembangan

Tabel 3.6 Implementasi dan perkembangan

No Dx	Waktu (Tgl & jam)	Tindakan	TT	Waktu (Tgl & jam)	Catatan Perkembangan (SOAP)	TT
1&2 1	02 Mei 2021 (07.00)	1) Memberi salam, membina hubungan saling percaya dan perkenalan dengan pasien 2) Monitor tanda-tanda vital ortostatik TTV : TD : 90/60 mmHg N : 60 x/menit S : 38,6°C RR : 20x/menit	G ₊ G ₊	02 Mei 2021 (11.30)	S : Diagnosa 1 1) Pasien mengatakan badan lemas mual muntah 2) Nafsu makan berkurang O : 1) Membran mukosa kering 2) Hematokrit : 31,80 % 3) Tekanan darah : 90/60 mmHg 4) Suhu tubuh : 38,6°C A : Masalah keperawatan Risiko perdarahan belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan Pencegahan perdarahan	G ₊ G ₊
1	(07.02)	3) Pertahankan bed rest selama perdarahan	G ₊		1) Monitor tanda-tanda vital ortostatik	
2	(07.10)	4) Memberikan pasien cairan oral berupa kacang hijau	G ₊		2) Pertahankan bed rest selama perdarahan	
1	(07.15)	5) Menganjurkan pasien tirah baring	G ₊		3) Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi	
2	(09.15)	6) Memonitor kadar elektrolit	G ₊		4) Anjurkan meningkatkan asupan makan dan vitamin K	
1	(09.17)	7) Menganjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi pada pasien berupa meminum air putih 500ml	G ₊			

<p>1&2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>1</p>	<p>(10.00)</p> <p>(11.00)</p> <p>(11.15)</p> <p>(11.25)</p> <p>(11.30)</p>	<p>8) Menganti pemberian obat dan mengontrol perdarahan dan cairan elektrolit intravena (Infus): NS : 0,9% 500cc</p> <p>9) Memonitor suhu tubuh : 38,6°C</p> <p>10) Pemberian terapi obat paracetamol : 500 mg</p> <p>11) meningkatkan asupan makan dan vitamin K berupa pemberian makanan mengandung sayur bayam</p> <p>12) mengambil sample darah Ny.Y</p>	<p><i>Gt</i></p> <p><i>Gt</i></p> <p><i>Gt</i></p> <p><i>Gt</i></p> <p><i>Gt</i></p>		<p>5) Kolaborasi pemberian obat dan mengontrol perdarahan</p> <p>S : Diagnosa 2</p> <p>1) Pasien masih mengatakan demam</p> <p>O :</p> <p>1) Suhu tubuh: 38,6°C</p> <p>2) Tidak ada perubahan warna kulit</p> <p>A :</p> <p>Masalah keperawatan Hipertemia belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan Manajemen Hipertermia</p> <p>1) Monitor suhu tubuh</p> <p>2) Monitor kadar elektrolit</p> <p>3) Berikan cairan oral</p> <p>4) Anjurkan tirah baring</p> <p>5) Kolaborasi cairan dan elektrolit intravena</p>	
<p>1&2</p> <p>1</p>	<p>03 Mei 2021</p> <p>(11.35)</p>	<p>1) Monitor tanda-tanda vital ortostatik TTV : TD : 100/60 mmHg N : 60 x/menit S : 38.7°C</p>	<p><i>Gt</i></p>	<p>03 Mei 2021</p> <p>(16.00)</p>	<p>S : Diagnosa 1</p> <p>1) Pasien mengatakan badan masih agak lemas mual muntah mulai berkurang</p> <p>2) Nafsu masih makan berkurang</p>	<p><i>Gt</i></p>

		RR : 19x/menit			
1	(11.36)	2) meningkatkan asupan makan dan vitamin K berupa pemberian makanan mengandung sayur bayam	G ₊		O : 1) Membran mukosa kering 2) Hematokrit : 36,80 % 3) Tekanan darah : 100/60 mmHg 4) Suhu tubuh : 37,9°C A : Masalah keperawatan Risiko perdarahan teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan Pencegahan perdarahan nomor 1-5 1) Monitor tanda-tanda vital ortostatik 2) Pertahankan bed rest selama perdarahan 3) Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi 4) Anjurkan meningkatkan asupan makan dan vitamin K 5) Kolaborasi pemberian obat dan mengontrol perdarahan S : Diagnosa 2 1) Pasien mengeluh demam naik turun O : 1) Suhu tubuh: 38,6°C 2) Tidak ada perubahan warna kulit
1	(11.37)	3) Pertahankan bed rest selama perdarahan	G ₊		
2	(11.37)	4) Pemberian terapi obat paracetamol : 500 mg	G ₊		
1	(11.40)	5) Menganjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi pada pasien berupa meminum air putih 1,5L	G ₊		
2	(11.40)	6) Menganjurkan pasien tirah baring	G ₊		
2	(15.30)	7) Memonitor suhu tubuh : 37,9°C	G ₊		
2	(15.35)	8) Memonitor kadar elektrolit	G ₊		
1&2	(15.55)	9) Menganti pemberian obat dan mengontrol perdarahan dan cairan elektrolit intravena (Infus): NS : 0,9% 500cc RL : 500 ml	G ₊		
	(15.57)	10) Melakukan tindakan pemeriksaan tekanan darah TD : 100/60 mmHg	G ₊		

	(16.00)	11) Mengambil sample darah Ny.Y			A : Masalah keperawatan Hipertemia belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan Manajemen Hipertermia nomor 1-5 1) Monitor suhu tubuh 2) Monitor kadar elektrolit 3) Berikan cairan oral 4) Anjurkan tirah baring 5) Kolaborasi cairan dan elektrolit intravena	
1&2	04 Mei 2021	1) Menanyakan Kondisi dan keluhan pasien 2) Memonitor kadar elektrolit Pasien 3) Menganjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi pada pasien berupa meminum air putih 1,5L 4) Menganti pemberian obat dan mengontrol perdarahan dan cairan elektrolit intravena (Infus): RL : 500 ml 5) Monitor tanda-tanda vital ortostatik	    	04 Mei 2021 (20.00)	S : Diagnosa 1 1) Pasien mengatakan badan sudah tidak terasa lemas, dan tidak lagi merasakan mual muntah 2) Nafsu makan Mulai bertambah menghabiskan 1 porsi makanan dan Frekuensi makan pasien mulai membaik O : 1) Membran mukosa Lembab 2) Hematokrit : 40,82 % 3) Tekanan darah : 110/60 mmHg 4) Suhu tubuh : 36,5°C A: Masalah keperawatan Risiko perdarahan teratasi	

		TTV : TD : 90/60 mmHg N : 60 x/menit S : 38°C RR : 19x/menit			P : Intervensi Dihentikan pasien persiapan KRS
	(18.30)	6) meningkatkan asupan makan dan vitamin K berupa pemberian makanan mengandung sayur bayam	G ₊		1) Minum yang cukup, diselingi minum sari buah-buahan (tidak harus jus jambu) dan ukur jumlah cairan yang masuk dan keluar.
	(18.45)	7) Pemberian terapi obat paracetamol : 500 mg	G ₊		2) Upayakan untuk makan dan istirahat yang cukup.
	(19.30)	8) Memonitor suhu tubuh : 36.5°C	G ₊		3) Cegah perkembang biakan nyamuk dan kenali tanda dan gejalanya`
	(19.45)	9) Melakukan tindakan pemeriksaan tekanan darah TD : 110/60 mmHg	G ₊		4) Buang sampah pada tempatnya dan perbaiki tempat penyimpanan air untuk mencegah nyamuk berkembang biak dengan menutup tempat penampungan, mengosongkan air tergenang dari ban bekas, kaleng bekas dan pot bunga.
	(20.00)	10) Off infus persiapan besok pasien pulang	G ₊		S : Diagnosa 2
	(20.05)	11) Menganjurkan pasien tirah baring dan istirahat yang cukup	G ₊		1) Pasien mengatakan demam mulai turun
					O : 1)Suhu tubuh: 36,5°C 2)Tidak ada perubahan warna kulit

					<p>A : Masalah keperawatan Hipertemia teratasi</p> <p>P : Intervensi Dihentikan Intervensi dihentikan pasien persiapan KRS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Minum yang cukup, diselingi minum sari buah-buahan (tidak harus jus jambu) dan ukur jumlah cairan yang masuk dan keluar. 2) Upayakan untuk makan dan istirahat yang cukup. 3) Cegah perkembang biakan nyamuk dan kenali tanda dan gejalanya` 4) Buang sampah pada tempatnya dan perbaiki tempat penyimpanan air untuk mencegah nyamuk berkembang biak dengan menutup tempat penampungan, mengosongkan air tergenang dari ban bekas, kaleng bekas dan pot bunga. 	
--	--	--	--	--	--	--

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan Diagnosa *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) di ruang G1 RSPAL Dr.Ramelan Surabaya yang meliputi pengkajian, perencanaan, diagnosa, pelaksanaan, dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Demam Berdarah Dengue merupakan penyakit infeksi yang disebabkan oleh dengue virus yang merupakan virus RNA dari golongan famili Flaviviridae virus , dan virus ini memiliki 4 serotipe.(WHO, 2020).

Pada tinjauan pustaka yang didapat pada keluhan utama biasanya ditandai dengan demam, kepala pusing, mual muntah bila kehilangan banyak air dan elektrolit terjadi gejala dehidrasi banyak air dan elektrolit terjadi gejala, serta berat badan menurun. Penyebab demam pada Demam berdarah adalah proses penyakit virus dengue yang ditularkan kepada manusia melalui nyamuk *Aedes aegypti*. Saat virus dengue menginfeksi nyamuk dan nyamuk menggigit manusia, maka bisa mengantarkan virus tersebut ke dalam tubuh. Pada pasien tidak didapatkan pendarahan (Gusi berdarah, mimisan, dan petikie). Riwayat penyakit dahulu Pasien mengatakan Memiliki Riwayat tyfus tapi tidak sampai okname Sebelum dirawat di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya , pernah dirawat di Puskesmas dengan keluhan Tyfus.. Riwayat penyakit keluarga Pasien mengatakan bahwa tidak ada Riwayat penyakit yang sama. Dan dari anggota keluarga tidak ada yang mempunyai penyakit keturunan. Riwayat alergi Pasien

mengatakan bahwa dirinya tidak mempunyai alergi makanan dan obat-obatan yang dibuktikan dengan skin test.. Pada pemeriksaan fisik keadaan umum dan tanda- tanda vital : Perubahan tanda-tanda vital seperti nadi dan respirasi cepat, pasien dehidrasi berat akan terlihat lemas, Pada saat pengkajian tanggal 2 mei 2021 suhu pasien 38,6⁰C. Pada tinjauan kasus didapatkan data fokus pasien demam, tidak nafsu makan, mukosa bibir kering, mata cowong, konjungtiva pucat, pasien menghabiskan makan ¼ porsi makanan yang disediakan, minum ± 400 ml , Didapatkan data pengkajian pasien mengeluh suhu badan naik turun (Demam), Data demografi pasien didapatkan bahwa pasien tersebut tinggal di tempat yang padat penduduk dan disekitar tempat tinggal pasien wabah Demam berdarah menjadi salah satu hal yang biasa. Hasil laboratoium pasien didapatkan bahwa leukosit turun dengan nilai 3,41 10³/μL, hematokrit dinilai 31,80 %, trombosit 37,5 fL, didapatkan gangguan fungsi hati nilia SGOT 128 U/L dan nilai SPGT 124 U/L, kemudian didapatkan test imunologi widal bahwa didapatkan S. Paratyphi BH. Analisa data pada tinjauan pustaka hanya menguraikan teori saja sedangkan pada kasus nyata disesuaikan dengan keluhan yang dialami pasien karena penulis menghadapi pasien secara langsung.

4.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ada pada tinjauan pustaka ada 3 yaitu :

- 1) Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (*SDKI, D.0130, 284*)
- 2) Risiko perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi trombositopenia (*SDKI, D.0012, 42*)
- 3) Risiko syok berhubungan dengan kekurangan volume cairan (*SDKI, D. 0039, 92*)

Terdapat dua diagnosa keperawatan yang muncul pada tinjauan kasus meliputi :

- 1) Risiko perdarahan berhubungan dengan Gangguan koagulasi (mis.trombossitopenia) (*SDKI, 42*), penulis mengangkat diagnosa tersebut karena hasil laboratoium pasien didapatkan bahwa leukosit turun dengan nilai $3,41 \cdot 10^3/\mu\text{L}$, hematokrit dinilai 31,80 %, trombosit 37,5 fL, didapatkan gangguan fungsi hati nilai SGOT 128 U/L dan nilai SPGT 124 U/L, kemudian didapatkan test imunologi widal bahwa didapatkan S. Paratyphi BH walaupun di pasien tidak didapatkan perdarahan (Gusi berdarah, mimisan, dan Petikie)
- 2) Hipertermia berhubungan dengan Dehidrasi (*SDKI, 284*), penulis mengangkat diagnosa tersebut karena keluhan utama biasanya ditandai dengan demam, kepala pusing hal tersebut ada hubungannya dengan proses penyakit yang disebabkan virus dengue didalam tubuh.

Tidak ada yang muncul diagnosa baru pada tinjauan kasus. Tidak semua diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka muncul pada tinjauan kasus atau pada kasus nyata, karena diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka merupakan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) secara umum sedangkan pada kasus nyata diagnosa keperawatan disesuaikan dengan kondisi klien secara langsung.

4.3 Pelaksanaan

Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinasi dan terintegrasi untuk pelaksana diagnosa dan kasus tidak semua sama pada tinjauan pustaka, hal itu disesuaikan dengan keadaan klien yang sebenarnya. Dalam melaksanakan pelaksanaan ini pada faktor penunjang maupun faktor penghambat yang penulis alami. Hal – hal yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan penemrimaan adanya penulis.

Risiko pendarahan berhubungan dengan Gangguan koagulasi (mis.trombossitopenia) dilakukan tindakan observasi Monitor tanda-tanda vital ortostatik. Untuk tindakan terapeutik Pertahankan bed rest selama perdarahan, sedangkan untuk tindakan edukasi Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi dan Anjurkan meningkatkan asupan makan dan vitamin K Sedangkan untuk tindakan kolaborasi mengkolaborasi pemberian obat dan mengontrol perdarahan. Pada masalah Hipertemia berhubungan dengan Proses penyakit (mis. Infeksi, kanker) dilakukan tindakan observasi Monitor suhu tubuh. Sedangkan untuk

tindakan terapeutik yaitu Berikan cairan oral . Untuk tindakan edukasi pasien yaitu Anjurkan tirah baring Dan sedangkan untuk tindakan kolaborasi yaitu Mengkolaborasikan cairan dan elektrolit intravena pada pasien Pada pelaksanaan tindakan keperawatan tidak ditemukan hambatan dikarenakan klien dan keluarga kooperatif dengan perawat, sehingga rencana tindakan dapat dilakukan.

4.4 Evaluasi

Pada evaluasi dilaksanakan evaluasi Risiko pendarahan berhubungan dengan Gangguan koagulasi (mis.trombositopenia) terhadap Pasien mengatakan badan lemas mual muntah dan Nafsu makan berkurang, Pasien mengatakan badan sudah tidak terasa lemas, dan tidak lagi merasakan mual muntah dan Nafsu makan Mulai bertambah menghabiskan 1 porsi makanan dan Frekuensi makan pasien mulai membaik karena tindakan yang tepat dan telah berhasil dan masalah teratasi pada tanggal 4 mei 2021. Pada diagnosa kedua Hipertemia berhubungan dengan Proses penyakit (mis. Infeksi, kanker) Pasien mengatakan demam mulai turun karena tindakan yang tepat dan telah berhasil dan masalah teratasi pada tanggal 4 mei 2021.

Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara pasien, keluarga, dan tim kesehatan. Hasil evaluasi Ny. Y sudah sesuai dengan harapan masalah teratasi dan pasien KRS pada tanggal 4 mei 2021.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada klien dengan kasus *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) di Ruang G 1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF).

5.1 Kesimpulan

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien dan keluarga terbuka dan mengerti serta kooperatif. Riwayat penyakit dahulu meliputi penyakit yang pernah diderita waktu kecil, apa pernah dirawat di rumah sakit, obat yang pernah digunakan, tindakan operasi yang pernah dilakukan. Riwayat alergi Alergi terhadap makanan atau obat – obatan . Pada pemeriksaan fisik keadaan umum dan tanda- tanda vital : Perubahan tanda-tanda vital seperti nadi dan respirasi cepat, pasien dehidrasi berat akan terlihat lemas, Pada saat pengkajian tanggal 2 mei 2021 suhu pasien 38,6⁰C.

2. Masalah keperawatan yang muncul adalah Risiko pendarahan berhubungan dengan Gangguan koagulasi (mis.trombositopenia) dan Hipertemia berhubungan dengan Proses penyakit (mis. Infeksi, kanker).
3. Masalah keperawatan yang muncul adalah Risiko pendarahan berhubungan dengan Gangguan koagulasi (mis.trombositopenia) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan pasien menunjukkan Tingkat pendarahan menurun dengan kriteria hasil, Kelembapan membran mukosa, Hematokrit membaik (37,0 – 47,0), Tekanan darah membaik (110/90 mmHg), Suhu tubuh membaik (35-36.7) Sedangkan untuk masalah keperawatan Hipertemia berhubungan dengan Proses penyakit (mis. Infeksi, kanker) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan Pasien menunjukkan Termoregulasi membaik dengan kriteria hasil, Suhu tubuh dalam kisaran normal (35 – 36,7), Kulit merah menurun (Tidak ada perubahan warna kulit dan tidak ada pusing).
4. Beberapa tindakan edukasi pada pasien *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) yaitu menganjurkan Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi, Anjurkan meningkatkan asupan makan dan vitamin K dan Anjurkan tirah baring.
5. Pada akhir evaluasi Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara pasien, keluarga, dan tim

kesehatan. Hasil evaluasi Ny. Y sudah sesuai dengan harapan maalah teratasi dan pasien KRS pada tanggal 4 mei 2021.

5.2 Saran

Bertolak dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut:

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan pasien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.
2. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, ketrampilan yang cukup serta dapat bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF)
3. Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal khususnya dalam bidang pengetahuan.
4. Kembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara kompherensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Attamimy, H. B., & Qomaruddin, M. B. (2018). Aplikasi Health Belief Model Pada Perilaku Pencegahan Demam Berdarah Dengue. *Jurnal PROMKES*, 5(2), 245.
- Darmawan, D. (2019). Patofisiologi DHF. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Devi, A. K., & Herlambang, T.-. (2018). Peramalan Kebutuhan Darah Jenis Packet Red Cells (PRC) di PMI Kota Surabaya dengan Metode Jaringan Syaraf Tiruan Propagasi Balik. *Zeta - Math Journal*, 4(1), 7–11.
- Indriyani, D. P. R., & Gustawan, I. W. (2020). Manifestasi klinis dan penanganan demam berdarah dengue grade 1: sebuah tinjauan pustaka. *Intisari Sains*
- Karyanti, M. R., & Hadinegoro, S. R. (2016). Perubahan Epidemiologi Demam Berdarah Dengue Di Indonesia. *Sari Pediatri*, 10(6), 424.
- Soepardi, J. (2010). Demam Berdarah Dengue. *Buletin Jendela Epidemiologi*, 2(1102005225), 48.
- Sumampouw, O. J. (2020). Epidemiologi Demam Berdarah Dengue di Kabupaten Minahasa Sulawesi Utara. *Jurnal of Public Health Sam Ratulangi*, 1(1), 1–8.
- Wowor, R. (2017). Pengaruh Kesehatan Lingkungan terhadap Perubahan Epidemiologi Demam Berdarah di Indonesia. *E-CliniC*, 5(2).
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik* Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2019. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* Edisi 1 Cetakan II. Jakarta: DPP PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018. *Standart Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan* Edisi 1 Cetakan II. Jakarta: DPP PPNI.

LAMPIRAN

	<p>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)</p> <p>PEMERIKSAAN <i>RUMPLE LEED</i></p>
<p>PENGERTIAN</p>	<p>Rumple leed test adalah pemeriksaan bidang hematologi dengan melakukan pembendungan pada bagian lengan atas selama 10 menit untuk uji diagnostik kerapuhan vaskuler dan fungsi trombosit.</p>
<p>TUJUAN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Untuk mendeteksi adanya perdarahan di bawah kulit (petekie) sebagai tanda demam berdarah. • Untuk mengetahui ketahanan/kerapuhan dinding pembuluh darah serta jumlah dan fungsi trombosit.
<p>PERSIAPAN</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Persiapan alat: <ul style="list-style-type: none"> • Tensimeter lengkap dengan manset 2. Persiapan klien: <ul style="list-style-type: none"> • Ucapkan salam. • Bina hubungan saling percaya perawat dengan klien. • Klien diberitahu maksud, tujuan dan langkah-langkah pemeriksaan status kaki. • Buat kontrak waktu pemeriksaan dengan klien. • Atur posisi kaki klien dengan cara meluruskan kaki klien di tempat tidur. 3. Persiapan Lingkungan: <ul style="list-style-type: none"> • Jaga privacy klien dengan cara memasang sampiran atau menutup horden pembatas kamar. • Atur pencahayaan ruangan. • Ciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman.
<p>PROSEDUR</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendekatkan alat-alat ke sekitar klien.

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Lakukan cuci tangan. 3. Jelaskan prosedur yang akan di lakukan 4. Atur posisi dalam keadaan berbaring 5. Lakukan pengukuran tekanan darah 6. Hitung batas tekanan sistolik dan tekanan diastolik kemudian jumlahkan batas kedua tekanan tersebut dan bagi dua dengan rumus <p>MAP:</p> $\frac{\text{Tekanan Sistolik} + \text{Tekanan Diastolik}}{2}$ 7. Lakukan pengukuran MAP dengan mempertahankan tekanan hasil pengukuran MAP sampai kurang lebih 5 menit. 8. Setelah itu turunkan tekanan secara perlahan-lahan 9. Baca hasil positif <ul style="list-style-type: none"> - : Tidak ditemukan petekie (<20) + : adanya petekie (> 20) 10. Catat hasil pengukuran 11. Bereskan alat-alat yang telah dipergunakan 12. Rapihkan kembali klien. 13. Ucapkan salam. 14. Buka sarung tangan, lalu buang ke dalam bengkok. 15. Lakukan cuci tangan. 16. Dokumentasikan seluruh hasil pengumpulan data pada format yang telah disiapkan.
REFERENSI	Aziz Alimul Hidayat, A. 2008. <i>Buku Saku Praktikum Keperawatan Anak hlm. 46</i> . Jakarta: EGC