

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH Tn Y DENGAN  
DIAGNOSA MEDIS *DENGUE HAEMORRHAGIC*  
FEVER DI RUANG GENERAL RUMAH SAKIT PREMIER  
SURABAYA**



**OLEH:**

**ELYSABETH OKTAVIANA PURBA, S.Kep.**  
**NIM. 1930026**

**PRODI PROFESI NERS KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH  
SURABAYA  
2020**

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH Tn Y DENGAN  
DIAGNOSA MEDIS *DENGUE HAEMORRHAGIC  
FEVER* DI RUANG GENERAL RUMAH SAKIT PREMIER  
SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai satu syarat  
untuk memperoleh gelar Ners (Ns)**



**OLEH:**

**ELYSABETH OKTAVIANA PURBA, S.Kep.**  
**NIM. 1930026**

**PRODI PROFESI NERS KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH  
SURABAYA  
2020**

## SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Elysabeth Oktaviana Purba

Nim :1930026

Tanggal lahir :Surabaya, 26 Oktober 1990

Menyatakan bahwa Karya Ilmiah Akhir yang berjudul Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Tn Y Dengan Daignosa Medis *Dengue haemorrhagic fever* di Ruang Rawat Inap General Rumah Sakit Premier Surabaya, saya susun tanpa melakukan plagiary 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 Suarabaya

Demikisan pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya agar dapat digunakan sebagaimana mestinya

Surabaya, 22 Juli 2020



Elysabeth Oktaviana Purba

NIM 1930026

## HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Elysabeth Oktaviana Purba

NIM : 1930026

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul :Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Tn. Y dengan  
Diagnosa Medis *Dengue haemorrhagic fever* di Ruang  
General rumah sakit premier Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat  
menyetujui laporan karya ilmiah akhir ini guna memenuhi sebagian persyaratan  
untuk memperoleh gelar :

**NERS (Ns.)**

**Surabaya, 22 Juli 2020**

**Pembimbing**



**Dwi Priyantini, S.Kep., Ns., M.Sc.**  
**NIP.03006**

**Mengetahui,**  
**STIKES Hang Tuah Surabaya**  
**Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**

**Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB.**  
**NIP. 03020**

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari:

Nama :Elysabeth Oktaviana Purba  
NIM :1930026  
Program Studi :Pendidikan Profesi Ners  
Judul :Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Tn. Y dengan  
Diagnosa Medis *Dengue haemorrhagic fever* di Ruang  
General rumah sakit premier Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Ilmiah Akhir di Stikes Hang  
Tuah Surabaya, dan ditanyakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk  
memperoleh gelar “NERS” Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya.

Penguji I: **Dwi Priyantini, S.Kep., Ns., M.Sc** 

NIP.03006

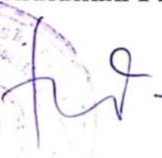
Penguji II **Dedi Irawandi, S.Kep., Ns., M.Kep** 

NIP.03050

Mengetahui,

**STIKES Hang Tuah Surabaya**

**Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**

  
**Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB.**

Ditetapkan di :Surabaya NIP. 03020

Tanggal : 22 Juli 2020

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

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

1. Dr. Hartono Tanto, MARS., selaku Direktur rumah sakit Premier Surabaya yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti program pendidikan sarjana keperawatan.
2. Ibu Wiwiek Liestyaningrum, S.Kp., M.Kep., selaku Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami menyelesaikan pendidikan profesi ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Janny Prihastuti, S.Kep,M.Kes, selaku Manajer Keperawatan Rumah Sakit Premier Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada peneliti untuk melakukan penelitian di area Rawat Inap Rumah Sakit Premier Surabaya.

4. Bapak Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB., selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
5. Ibu Dwi Priyantini, S.Kep., Ns., M.Sc, selaku Pembimbing yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Bapak Dedi I, S.Kep., Ns., M.Kep selaku penguji yang memberikan bimbingan dan arahan dengan penuh kesabaran, memberikan saran, masukan dan kritik demi kesempurnaan penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
7. 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 Ilmiah Akhir ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
8. Almarhum ayah handa tercinta yang tak sempat menikmati keberhasilanku, serta ibu yang senantiasa medoakan dan memberikan dukungan moral maupun material dalam penyusunan penelitian ini.
9. Suamiku dan anakku terkasih yang dengan sabar memberikan dukungan moril dan spiritual.
10. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat hingga Karya

Ilmiah Akhir ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.

11. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdoa semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

Selanjutnya penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka saran dan kritik senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca.

Surabaya, Juli 2020

Penulis



## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>ii</b>
<b>SURAT PERNYATAAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>HALAM PERSETUJUAN</b> .....	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>v</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>viii</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>ix</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>x</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xi</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penulisan.....	5
1.4 Manfaat Penulisan.....	6
1.5 Metode Penulisan.....	7
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 KonsepDHF.....	9
2.1.1 Definisi DHF.....	9
2.1.2 Klasifikasi DHF.....	9
2.1.3 Etiologi DHF.....	10
2.1.4 Patofisiologi DHF.....	10
2.1.5 Manifestasi Klinis DHF.....	11
2.1.6 Penatalaksanaan DHF.....	13
2.1.7 Komplikasi DHF.....	14
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang.....	16
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan pada DHF.....	17
2.2.1 Pengkajian.....	17
2.2.2 DiagnosaKeperawatan.....	22
2.2.3 Intervensi Keperawatan.....	22
2.2.4 Implementasi Keperawatan.....	27
2.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	28
2.3 Kerangka Asuhan Keperawatan.....	30
<b>BAB3 TINJUAN KASUS</b>	
3.1 Pengkajian.....	31
3.1.1 Data Dasar.....	32
3.1.2 Pemeriksaan fisik.....	33
3.1.3 Pengkajian.....	33
3.2 Diagnosa Keperawatan.....	36
3.3 Intervensi Keperawatan.....	39
3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.....	42

<b>BAB 4 PEMBAHASAN</b>	
4.1	Pengkajian.....76
4.1.1	Identitas.....76
4.1.2	Riwayat Sakit dan Kesehatan.....77
4.1.3	Pemeriksaan Fisik.....78
4.2	Diagnosis Keperawatan.....80
4.3	Perencanaan.....82
4.4	Implementasi.....83
4.5	Evaluasi.....85
<b>BAB 5 PENUTUP</b>	
5.1	Simpulan.....88
5.2	Saran.....91
<b>DAFTAR PUSTAKA.....93</b>	
<b>LAMPIRAN.....94</b>	

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Hasil Laboratorium Tn Y.....	34
Tabel 3.2 Terapi Tn Y.....	35
Tabel 3.3 Data Fokus.....	36
Tabel 3.4Prioritas masalah Pada Tn Y.....	38
Tabel 3.5Intervensi Pada Tn Y.....	39
Tabel 3.6 Implementasi dan EvaluasiPada Tn Y.....	42

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Perjalanan penyakit infeksi dengue.....	12
--	----

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 <i>Curriculum Vitae</i> .....	95
Lampiran 2 Motto dan Persembahan.....	96
Lampiran 3 Standar Prosedur Operasional.....	97

## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Demam dengue/DHF dan demam berdarah 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 lekopenia, ruam, limfadenopati, trombositopenia dan diathesis hemoragik. Pada DBD terjadi perembesan plasma yang ditandai oleh hemokonsentrasi (peningkatan hematokrit) atau penumpukan cairan di rongga tubuh. Sindrom renjatan dengue (*dengue shock syndrome*) adalah demam berdarah dengue yang ditandai oleh renjatan/*syok* (Bur, Suwanto, Santoso, & Harimurti, 2016) Demam Berdarah Dengue (DBD) atau *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* adalah penyakit yang disebabkan oleh nyamuk *Aedes Eegypty*. Penyakit ini yang ditandai dengan demam tinggi mendadak, tanpa sebab yang jelas, berlangsung terus-menerus selama 2-7 hari, disertai manifestasi perdarahan (sekurang-kurangnya uji *tourniquet* positif) dan / atau trombositopenia (jumlah trombosit  $\leq 100.000/\mu\text{L}$ ). Penyakit ini nyaris di temukan diseluruh belahan dunia terutama di negara tropik dan subtropik baik secara endemik maupun epidemik dengan *outbreak* yang berkaitan dengan datangnya musim penghujan. Penyakit ini banyak menimbulkan kematian didaerah tropis dan subtropis serta merupakan ancaman kesehatan bagi dunia karena lebih dari 100 negara terjangkit penyakit ini (Riendravi, 2013). Wabah hebat terjadi saat penyakit menyebar ke daerah baru dengan angka serangan tinggi pada orang-orang yang rentan. Demam berdarah *dengue* ini merupakan infeksi yang berhubungan dengan

berpergian, yang sering terjadi pada turis dari negara non endemik. Penyakit ini ditularkan oleh nyamuk *aedes aegypti* yang terutama memiliki habitat perkotaan dan mendapat virus sewaktu menghisap darah manusia yang terinfeksi (Infektif setelah 8-10 hari).

Menurut World Health Organization (WHO 1995) populasi di dunia diperkirakan berisiko terhadap penyakit DBD mencapai 2,5-3 miliar terutama yang tinggal di daerah perkotaan di Negara tropis dan subtropis. Saat ini juga diperkirakan ada 50 juta infeksi dengue yang terjadi diseluruh dunia setiap tahun. Diperkirakan untuk Asia Tenggara terdapat 100 juta kasus demam *dengue* (DD) dan 500.000 kasus dengue haemorrhagic fever/ DHF yang memerlukan perawatan di rumah sakit, dan 90% penderitanya adalah anak-anak yang berusia kurang dari 15 tahun dan jumlah kematian oleh penyakit DHF mencapai 5% dengan perkiraan 25.000 kematian setiap tahunnya (WHO & Regional Office for South-East Asia., 2011). Data dari seluruh dunia menunjukkan Asia menempati urutan pertama dalam jumlah penderita DBD setiap tahunnya. Pada tahun 2016 kejadian kasus DBD menyebar ke 7 provinsi di Indonesia, termasuk provinsi Jawa Timur khususnya kabupaten Surabaya yang mengalami peningkatan jumlah kasus DBD sejak bulan Januari 2016. Data yang diperoleh berdasarkan buku register pasien rawat inap di Ruang General Rumah Sakit Premier Surabaya dalam tiga tahun terakhir, didapatkan hasil jumlah penderita DHF pada tahun 2018 sebanyak 10 orang. Kemudian pada tahun 2018 didapatkan data dengan peningkatan yang signifikan yakni sebanyak 20 orang mulai periode Januari hingga Desember 2019. Pada tahun 2020 data yang didapat juga cukup signifikan dengan penderita

DHF sebanyak 30 orang pada periode Januari hingga Juli 2020 yang berarti penderita dengan diagnosa tersebut dapat kemungkinan bertambah.

Kasus DBD di Indonesia sulit diberantas karena curah hujan yang cukup tinggi dan sistem sanitasi yang kurang mendukung sehingga menyebabkan laju perkembangbiakan nyamuk *aedes aegypti* cukup cepat. Penyakit ini disebabkan oleh virus *Dengue*(*Arbovirus* ) yang mengakibatkan demam selama 2-7 hari dengan ditandai nyeri kepala, mual muntah, tidak nafsu makan, diare, ruam pada kulit, uji *tourniquet* positif, adanya petekie, penurunan kesadaran atau gelisah, nadi cepat atau lemah, hipotensi, tekanan darah turun, perfusi perifer turun dan kulit dingin atau lembab. Menurut(Widagdo, 2012) komplikasi DBD antara lain yaitu: Gagal ginjal, Efusi pleura, Hepatomegali, Gagal jantung, Syok, Penurunan kesadaran. Sebagian besar pasien yang terkena DBD/DHF yang telah mengalami demam lebih dari 3 hari harus di rawat di rumah sakit untuk mendapatkan perawatan yang intensif. Perawat dapat meningkatkan pengetahuan keluarga dan masyarakat tentang penyakit DBD/DHF dengan memberikan penyuluhan tentang sebab dan akibat dari Demam berdarah. DBD/DHF dapat di cegah dengan melakukan 3M yaitu Mengubur (mengubur barang-barang yang sudah tidak dipakai lagi contohnya sampah kaleng atau plastik), Menguras (menguras bak mandi atau tempat penyimpanan air yang ada di rumah. Dalam 1 minggu tempat penyimpanan air dapat di kuras 2 kali atau 3kali), Menutupi tempat 10 Penyimpanan air; jangan sampai terkena gigitan nyamuk *ades aegypti* dan bila menggunakan lotion (mengusir nyamuk), karena nyamuk ini biasanya aktif di pagi atau siang hari terutama tempat yang gelap atau kotor, menggunakan bubuk Abate pada selokan dan penampungan air agar tidak menjadi tempat bersarangnya



nyamuk jaga agar kondisi tetap sehat dan badan yang kuat untuk menangkal virus yang masuk sehingga walau terkena gigitan nyamuk, virus tidak akan berkembang. Penanggulangan demam berdarah secara umum di tujukan pada pemberantasan rantai penularan dengan memusnahkan pembawa virusnya (vektornya) yaitu nyamuk *aedes aegypti* dengan memberantas sarang perkembangbiakannya yang umumnya ada di air bersih yang tergenang di permukaan tanah maupun di tempat-tempat penampungan air, melakukan program 3M ( menutup, menguras, mengubur) (WHO, 2009).

Perawat memberikan pelayanannya selama 24 jam terus menerus pada pasien (Nursalam, 2013). Peran perawat dalam melakukan pelayanan kesehatan kesehatan di rumah sakit sering dijadikan ukuran oleh pelanggan rumah sakit tersebut sebagai gambaran pelayanan rumah sakit secara keseluruhan. Fungsi perawat dapat meningkatkan pengetahuan keluarga dan masyarakat tentang penyakit DBD/DHF dengan memberikan penyuluhan tentang sebab dan akibat dari Demam berdarah. Perawat dapat memberikan intervensi terhadap penderita *dengue haemorrhagic fever* sesuai dengan kebutuhannya yang meliputi observasi, mandiri, edukasi dan kolaborasi. Dalam poin kolaborasi sangat penting dilakukan mengingat *dengue haemorrhagic fever* memiliki beberapa grade yang sesuai dengan tingkat keparahannya. Kolaborasi dengan tenaga spesialis internis untuk menentukan prosedur medis sangat diperlukan terutama untuk menentukan apakah pasien dengan diagnosa *dengue haemorrhagic fever* tersebut perlu dilakukan tindakan tranfusi trombosit. Asuhan keperawatan medikal bedah adalah bagaimana cara perawat memenuhi kebutuhan dasar manusia untuk pasien sehingga komunikasi terapeutik menjadi poin penting dalam pelaksanaannya.

Berdasarkan latar belakang dan data diatas, maka diperlukan untuk melakukan asuhan keperawatan medikal bedah pada Tn Y dengan diagnosa medis *dengue haemorrhagic fever* di Ruang General Rumah Sakit Premier Surabaya.

## **1.2 Rumusan Masalah**

“Bagaimanakah asuhan keperawatan medikal bedah Tn Y dengan diagnose medis *dengue haemorrhagic fever* di Ruang General Rumah Sakit Premier Surabaya?”

## **1.3 Tujuan Penulisan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan medikal bedah Tn Y dengan diagnosa medis *Dengue haemorrhagic fever* di Ruang General Rumah Sakit Premier Surabaya.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengkaji Tn Y dengan diagnosa medis *Dengue haemorrhagic fever* di Ruang General Rumah Sakit Premier Surabaya.
2. Merumuskan diagnosis keperawatan medikal bedah pada Tn Y dengan diagnosa medis *Dengue haemorrhagic fever* di Ruang General Rumah Sakit Premier Surabaya.
3. Merencanakan tindakan keperawatan medikal bedah pada Tn Y dengan diagnosa medis *Dengue haemorrhagic fever* di Ruang General Rumah Sakit Premier Surabaya.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan medikal bedah pada Tn Y dengan diagnosa medis *Dengue haemorrhagic fever* di Ruang General Rumah Sakit Premier Surabaya

5. Mengevaluasi Tn Y dengan diagnosa medis *Dengue haemorrhagic fever* di Ruang General Rumah Sakit Premier Surabaya
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan medikal bedah pada Tn Y dengan diagnosa medis *Dengue haemorrhagic fever* di Ruang General Rumah Sakit Premier Surabaya.

#### **1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah**

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

1. Akademisi

Hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan medikal bedah pada Tn Y dengan diagnosa medis *Dengue haemorrhagic fever* di Ruang General Rumah Sakit Premier Surabaya..

Dari segi praktisi , tugas akhir ini dapat bermanfaat bagi :

- a. Bagi Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien dengan *Dengue haemorrhagic fever*

- b. Bagi Penulis

Hasil penulisan ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi penulisan berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien *Dengue haemorrhagic fever* dengan baik.

c. Bagi Profesi Kesehatan

Hasil karya tulis ilmiah ini dapat sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien asuhan keperawatan medikal bedah pada Tn Y dengan diagnosa medis *Dengue haemorrhagic fever* di Ruang General Rumah Sakit Premier Surabaya.

## 1.5 Metode Penulisan

### 1. Metode

Studi kasus yaitu metode yang memusatkan perhatian pada satu obyek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam sehingga mampu membongkar realitas di balik fenomena.

### 2. Teknik Pengumpulan Data

#### a. Wawancara

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

#### b. Observasi

Data yang diambil melalui penelitian secara baik dengan pasien, reaksi, respon pasien dan keluarga pasien sangat menerima kehadiran saya dengan baik.

#### c. Pemeriksaan

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

### 3. Sumber Data

#### a. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien.

#### b. 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.

#### c. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis 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. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
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, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan studi kasus.

BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis, dan asuhan keperawatan medikal bedah pasien dengan diagnosa *Dengue haemorrhagic fever*

BAB 3 : Tinjauan kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB 4 : Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data, teori dan opini serta analisis.

BAB 5 : Penutup: Simpulan dan saran.

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab ini akan diuraikan secara teoritis, meliputi : 1) Konsep *Dengue haemorrhagic fever*, 2) Konsep Asuhan Keperawatan *Dengue haemorrhagic fever*.

#### 2.1 Konsep *Dengue Haemorrhagic Fever*(DHF)

##### 2.1.1 Definisi *Dengue Haemorrhagic Fever*(DHF)

*Dengue haemorrhagic fever* (DHF) adalah penyakit yang disebabkan oleh virus *dengue* sejenis virus yang tergolong arbovirus dan masuk kedalam tubuh penderita melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti*(Nursalam, 2008). *Dengue haemorrhagic fever* (DHF) adalah penyakit yang terdapat pada anak dan orang dewasa dengan gejala utama demam, nyeri otot dan nyeri sendi yang disertai ruam atau tanpa ruam. DHF sejenis virus yang tergolong arbo virus dan masuk kedalam tubuh penderita melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti* (betina)(Hidayat, 2008). *Dengue haemorrhagic fever* (DHF) adalah suatu penyakit akut yang disebabkan oleh virus yang ditularkan oleh nyamuk *aedes aegypti*(Suriadi dan Rita Yulianni, 2010).

##### 2.1.2 Klasifikasi *Dengue Haemorrhagic Fever*(DHF)

Berdasarkan standar DHF dibagi menjadi empat derajat sebagai berikut:

1. Derajat I :

Demam disertai gejala klinis lain atau perdarahan spontan, uji turniket positif, trombositopeni dan hemokonsentrasi.

2. Derajat II :

Seperti derajat I namun di sertai perdarahan spontan di kulit dan atau perdarahan lain.

3. Derajat III :

Ditemukan kegagalan sirkulasi darah dengan adanya nadi cepat dan lemah, tekanan darah menurun disertai kulit dingin, lembab dan gelisah.

4. Derajat IV :

Renjatan berat dengan nadi tidak teratur dan tekanan darah yang tidak dapat diukur.

### **2.1.3 Etiologi *Dengue Haemorrhagic Fever*(DHF)**

Dengue haemorrhagic Fever (DHF) disebabkan oleh arbovirus (Arthropodborn Virus) dan ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes Aegypti*. Virus Nyamuk aedes aegypti berbentuk batang, stabil pada suhu 37<sup>0</sup> C. Adapun ciri-ciri nyamuk penyebar demam berdarah menurut (Nursalam, 2008) adalah :

1. Badan kecil, warna hitam dengan bintik-bintik putih
2. Hidup didalam dan sekitar rumah
3. Menggigit dan menghisap darah pada waktu siang hari
4. Senang hinggap pada pakaian yang bergantung didalam kamar
5. Bersarang dan bertelur digenangan air jernih didalam dan sekitar rumah seperti bak mandi, tempayan vas bunga.



#### **2.1.4 Patofisiologi *Dengue Haemorrhagic Fever*(DHF)**

Virus dengue masuk ke dalam tubuh melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti* dimana virus tersebut akan masuk ke dalam aliran darah, maka terjadilah viremia (virus masuk ke dalam aliran darah). Kemudian akan bereaksi dengan antibody dan terbentuklah kompleks virus antibody yang tinggi akibatnya terjadilah peningkatan permeabilitas pembuluh darah karena reaksi imunologik. Virus yang masuk ke dalam pembuluh darah dan menyebabkan peradangan pada pembuluh darah vaskuler atau terjadi vaskulitis yang mana akan menurunkan jumlah trombosit (*trombositopenia*) dan faktor koagulasi merupakan faktor terjadi perdarahan hebat. Keadaan ini mengakibatkan plasma merembes (kebocoran plasma) keluar dari pembuluh darah sehingga darah mengental, aliran darah menjadi lambat sehingga organ tubuh tidak cukup mendapatkan darah dan terjadi hipoksia jaringan.

Pada keadaan hipoksia akan terjadi metabolisme anaerob, hipoksia dan asidosis jaringan yang akan mengakibatkan kerusakan jaringan dan bila kerusakan jaringan semakin berat akan menimbulkan gangguan fungsi organ vital seperti jantung, paru-paru sehingga mengakibatkan hipotensi, hemokonsentrasi, hipoproteinemia, efusi pleura, syok dan dapat mengakibatkan kematian. Jika virus masuk ke dalam sistem gastrointestinal maka tidak jarang klien mengeluh mual, muntah dan anoreksia.

Bila virus menyerang organ hepar, maka virus dengue tersebut mengganggu sistem kerja hepar, dimana salah satunya adalah tempat sintesis dan osidasi lemak. Namun, karena hati terserang virus dengue maka hati tidak dapat memecahkan asam lemak tersebut menjadi bahan keton, sehingga menyebabkan pembesaran

hepar atau hepatomegali, dimana pembesaran hepar ini akan menekan abdomen dan menyebabkan distensi abdomen. Bila virus bereaksi dengan antibody maka mengaktivasi sistem komplemen atau melepaskan histamine dan merupakan mediator factor meningginya permeabilitas dinding pembuluh darah atau terjadinya demam dimana dapat terjadi DHF dengan derajat I,II,III, dan IV.

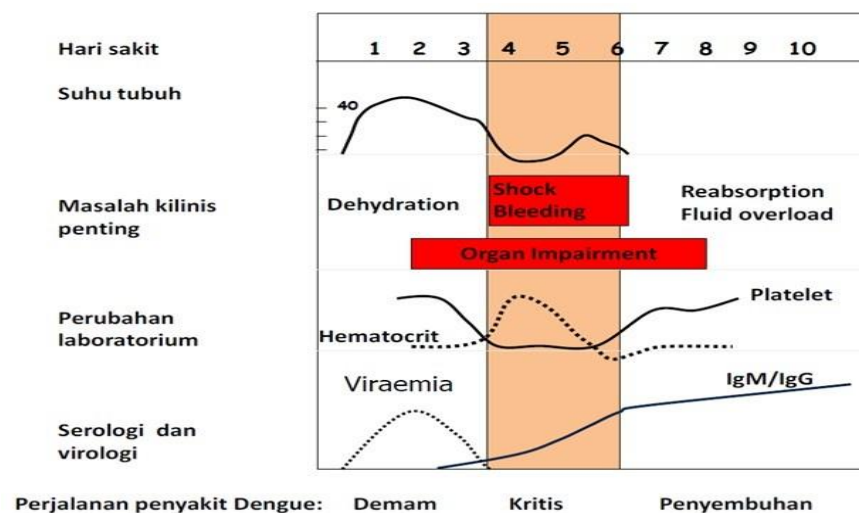
### **2.1.5 Manifestasi Klinis *Dengue Haemorrhagic Fever*(DHF)**

Penyakit DBD ditandai oleh demam mendadak tanpa sebab yang jelas disertai gejala lain seperti lemah, nafsu makan berkurang, muntah, nyeri pada anggota badan, punggung, sendi, kepala dan perut. Gejala-gejala tersebut menyerupai influenza biasa. Pada hari ke-2 dan ke-3 demam muncul bentuk perdarahan yang beraneka ragam dimulai dari yang paling ringan berupa perdarahan dibawah kulit (petekia atau ekimosis), perdarahan gusi, epistaksis, sampai perdarahan yang hebat berupa muntah darah akibat perdarahan lambung, melena, dan juga hematuria massif (Ngastiyah, 2014) Selain perdarahan juga terjadi syok yang biasanya dijumpai pada saat demam telah menurun antara hari ke-3 dan ke-7 dengan tanda – tanda menjadi makin lemah, ujung – ujung jari, telinga dan hidung teraba dingin, dan lembap. Denyut nadi terasa cepat, kecil dan tekanan darah menurun dengan tekanan sistolik 80 mmHg atau kurang (Ngastiyah, 2014)

Gejala klinis untuk diagnosis DBD, sebagai berikut :

- 1 Demam tinggi mendadak dan terus menerus selama 2-7 hari tanpa sebab jelas

- 2 Manifestasi perdarahan, paling tidak terdapat uji torniket positif dan adanya salah satu bentuk perdarahan yang lain misalnya petekia, ekimosis, epistaksis, perdarahan gusi, melena atau hematemesis
- 3 Pembesaran hati ( sudah dapat diraba sejak permulaan sakit)
- 4 Syok yang ditandai nadi lemah, cepat, disertai tekanan nadi yang menurun (menjadi 20 mmHg atau kurang), tekanan darah menurun (tekanan sistolik menurun sampai 80 mmHg atau kurang) disertai kulit yang teraba dingin dan lembab terutama pada ujung hidung, jari dan kaki, pasien menjadi gelisah, timbul sianosis disekitar mulut.



Gambar 2.1 Perjalanan penyakit Demam Dengue

(Sumber: WHO, 2011)

### 2.1.6 Penatalaksanaan *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF)

Penatalaksanaan untuk klien Demam Berdarah *Dengue* adalah penanganan pada derajat I hingga derajat IV menurut (Hidayat, 2014).

1. Derajat I dan II

- a Pemberian cairan yang cukup dengan infus RL dengan dosis 75 ml/kg BB/hari untuk anak dengan berat badan kurang dari 10kg atau bersama diberikan oralit, air buah atau susu secukupnya, atau pemberian cairan dalam waktu 24 jam antara lain sebagai berikut :
    - a. 100 ml/kg BB/24 jam untuk anak dengan BB < 25 kg
    - b. 75 ml/kg BB/24 jam untuk anak dengan BB 26-30 kg
    - c. 60 ml/kg BB/24 jam untuk anak dengan BB 31-40 kg
    - d. 50 ml/kg BB/24 jam untuk anak dengan BB 41-50 kg
  - b Pemberian obat antibiotik apabila adanya infeksi sekunder
  - c Pemberian antipieritika untuk menurunkan panas.
  - d Apabila ada perdarahan hebat maka berikan darah 15 cc/kg BB/hari.
2. Derajat III
- a Pemberian cairan yang cukup dengan infus RL dengan dosis 20 ml/kg BB/jam, apabila ada perbaikan lanjutkan peberian RL 10 m/kg BB/jam, jika nadi dan tensi tidak stabil lanjutkan jumlah cairan berdasarkan kebutuhan dalam waktu 24 jam dikurangi cairan yang sudah masuk.
  - b Pemberian plasma atau plasma ekspander (dekstran L ) sebanyak 10 ml/kg BB/jam dan dapat diulang maksimal 30 ml/ kg BB dalam 24 jam, apabila setelah 1 jam pemakaian RL 20 ml/kg BB/jam keadaan tekanan darah kurang dari 80 mmHg dan nadi lemah, maka berikan cairan yang cukup berupa infus RL dengan dosis 20

ml/kg BB/jam jika baik lanjutkan RL sebagaimana perhitungan selanjutnya.

- c Apabila 1 jam pemberian 10 ml/kg BB/jam keadaan tensi masih menurun dan dibawah 80 mmHg maka penderita harus mendapatkan plasma ekspander sebanyak 10 ml/kgBB/jam diulang maksimal 30 mg /kg BB/24 jam bila baik lanjutkan RL sebagaimana perhitungan diatas.

### 3. Derajat IV

- a Pemberian cairan yang cukup dengan infus RL dengan dosis 30 ml/kgBB/jam, apabila keadaan tekanan darah baik, lanjutkan RL sebanyak 10 ml/kgBB/jam.
- b Apabila keadaan tensi memburuk maka harus dipasang. 2 saluran infuse dengan tujuan satu untuk RL 10 ml/kgbb/1jam dan satunya pemberian plasma ekspander atau dextran L sebanyak 20 ml/kgBB/jam selama 1 jam.
- c Apabila keadaan masih juga buruk, maka berikan plasma ekspander 20 ml/kgBB/jam.
- d Apabila masih tetap memburuk maka berikan plasma ekspander 10 ml/kgBB/jam diulangi maksimum 30 ml/kgBB/24jam.
- e Jika setelah 2 jam pemberian plasma dan RL tidak menunjukkan perbaikan maka konsultasikan kebagian anastesi untuk perlu tidaknya dipasang central vaskuler pressure atau CVP.

### 2.1.7 Komplikasi *Dengue Haemorrhagic Fever*(DHF)

#### a. Ensefalopati Dengue

Pada umumnya ensefalopati terjadi sebagai komplikasi syok yang berkepanjangan dengan pendarahan, tetapi dapat juga terjadi pada DBD yang tidak disertai syok. Gangguan metabolik seperti hipoksemia, hiponatremia, atau perdarahan, dapat menjadi penyebab terjadinya ensefalopati. Melihat ensefalopati DBD bersifat sementara, maka kemungkinan dapat juga disebabkan oleh trombosis pembuluh darah otak, sementara sebagai akibat dari koagulasi intravaskular yang menyeluruh. Dilaporkan bahwa virus *dengue* dapat menembus sawar darah otak. Dikatakan pula bahwa keadaan ensefalopati berhubungan dengan kegagalan hati akut. Pada ensefalopati cenderung terjadi udem otak dan alkalosis, maka bila syok telah teratasi cairan diganti dengan cairan yang tidak mengandung HC03<sup>-</sup> dan jumlah cairan harus segera dikurangi. Larutan laktat ringer dektrosa segera ditukar dengan larutan NaCl (0,9%) : glukosa (5%) = 1:3. Untuk mengurangi udem otak diberikan dexametason 0,5 mg/kg BB/kali tiap 8 jam, tetapi bila terdapat perdarahan saluran cerna sebaiknya kortikosteroid tidak diberikan. Bila terdapat disfungsi hati, maka diberikan vitamin K intravena 3-10 mg selama 3 hari, kadar gula darah diusahakan > 80 mg. Mencegah terjadinya peningkatan tekanan intrakranial dengan mengurangi jumlah cairan (bila perlu diberikan diuretik), koreksi asidosis dan elektrolit. Perawatan jalan nafas dengan pemberian oksigen yang adekuat. Untuk mengurangi produksi amoniak dapat diberikan neomisin dan laktulosa. Usahakan tidak memberikan obat-obat yang tidak diperlukan (misalnya antasid, anti muntah) untuk mengurangi beban

detoksifikasi obat dalam hati. Transfusi darah segar atau komponen dapat diberikan atas indikasi yang tepat. Bila perlu dilakukan tranfusi tukar. Pada masa penyembuhan dapat diberikan asam amino rantai pendek.

b. Kelainan ginjal Gagal ginjal akut

Pada umumnya terjadi pada fase terminal, sebagai akibat dari *syok* yang tidak teratasi dengan baik. Dapat dijumpai sindrom uremik hemolitik walaupun jarang. Untuk mencegah gagal ginjal maka setelah *syok* diobati dengan menggantikan volume intravaskular, penting diperhatikan apakah benar *syok* telah teratasi dengan baik. Diuresis merupakan parameter yang penting dan mudah dikerjakan untuk mengetahui apakah *syok* telah teratasi. Diuresis diusahakan  $> 1 \text{ ml / kg}$  berat badan/jam. Oleh karena bila *syok* belum teratasi dengan baik, sedangkan volume cairan telah dikurangi dapat terjadi *syok* berulang. Pada keadaan *syok* berat sering kali dijumpai akute tubular *necrosis*, ditandai penurunan jumlah urin dan peningkatan kadar ureum dan kreatinin.

c. Odema paru

Adalah komplikasi yang mungkin terjadi sebagai akibat pemberian cairan yang berlebihan. Pemberian cairan pada hari sakit ketiga sampai kelima sesuai panduan yang diberikan, biasanya tidak akan menyebabkan udem paru oleh karena perembesan plasma masih terjadi. Tetapi pada saat terjadi reabsorpsi plasma dari ruang ekstrasvaskuler, apabila cairan diberikan berlebih (kesalahan terjadi bila hanya melihat penurunan hemoglobin dan hematokrit tanpa memperhatikan hari sakit), pasien akan mengalami distress pernafasan, disertai sembab pada kelopak mata, dan ditunjang dengan gambaran udem paru pada foto rontgen dada. Komplikasi demam berdarah biasanya berasosiasi dengan

semakin beratnya bentuk demam berdarah yang dialami, pendarahan, dan *shock syndrome*.

Adapun komplikasi dari DHF (Raihan, Hadinegoro, & Tumbelaka, 2016), adalah sebagai berikut:

1. Perdarahan Disebabkan oleh perubahan vaskuler, penurunan jumlah trombosit dan koagulopati, dan trombositopeni dihubungkan meningkatnya megakariosit muda dalam sel-sel tulang dan 25 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 Syndrom) 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 metorofil 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**

Langkah - langkah diagnose medik pemeriksaan menurut (Murwani, 2011):

- a. Pemeriksaan hematokrit (Ht) : ada kenaikan bisa sampai 20%, normal: pria 40-50%; wanita 35-47%.
- b. Uji torniquit: caranya diukur tekanan darah kemudian diklem antara tekanan systole dan diastole selama 10 menit untuk dewasa dan 3-5 menit untuk anak-anak. Positif ada butir-butir merah (*petechie*) kurang 20 pada diameter 2,5 inchi.
- c. Tes serologi (darah filter) : ini diambil sebanyak 3 kali dengan memakai kertas saring (*filter paper*) yang pertama diambil pada waktu pasien masuk rumah sakit, kedua diambil pada waktu akan pulang dan ketiga diambil 1-3 mg setelah pengambilan yang kedua. Kertas ini disimpan pada suhu kamar sampai menunggu saat pengiriman.
- d. Isolasi virus: bahan pemeriksaan adalah darah penderita atau jaringanjaringan untuk penderita yang hidup melalui *biopsy* sedang untuk penderita yang meninggal melalui *autopay*. Hal ini jarang dikerjakan.

## **2.2 Konsep Asuhan Keperawatan pada *Dengue Haemorrhagic Fever*(DHF)**

### **2.2.1 Pengkajian**

Pengkajian pada dengan Penyakit infeksi Demam Berdarah *Dengue* menurut (Dian Indriyani, 2011) adalah :

1. Identitas pasien

Nama, umur, jenis kelamin, alamat, pendidikan, dan pekerjaan.

2. Keluhan utama

Alasan/keluhan yang menonjol pada pasien Demam Berdarah *Dengue* untuk datang ke Rumah Sakit adalah panas tinggi dan lemah.

3. Riwayat penyakit sekarang

Didapatkan adanya keluhan panas mendadak yang disertai menggigil, dan saat demam kesadaran komposmentis. Turunnya panas terjadi antara hari ke 3 dan ke 7 dan anak semakin lemah. Kadang-kadang disertai dengan keluhan batuk pilek, nyeri telan, mual, muntah, anoreksia, diare atau konstipasi, sakit kepala, nyeri otot dan persendian, nyeri uluh hati, dan pergerakan bola mata terasa pegal, serta adanya manifestasi perdarahan pada kulit, gusi (grade 3 dan 4), melena, atau hematemesis.

4. Riwayat penyakit yang pernah diderita

Penyakit apa saja yang pernah diderita. Pada Demam Berdarah *Dengue*, bisa mengalami serangan ulangan Demam Berdarah *Dengue* dengan tipe virus yang lain.

5. Kondisi lingkungan

Sering terjadi di daerah yang padat penduduknya dan lingkungan yang kurang bersih (seperti air yang menggenang dan gantungan baju di kamar).

6. Pola kebiasaan

a) Nutrisi dan metabolisme: frekuensi, jenis, pantangan, napsu makan berkurang, napsu makan menurun.

b) Eliminasi atau buang air besar. Kadang-kadang anak mengalami diare atau konstipasi. Sementara Demam Berdarah *Dengue* pada grade III-IV bisa terjadi melena.

c) Eliminasi urine atau buang air kecil perlu dikaji apakah sering kencing sedikit atau banyak sakit atau tidak. Pada Demam Berdarah *Dengue* grade IV sering terjadi hematuria.

d) Tidur dan istirahat. sering mengalami kurang tidur karena mengalami sakit/nyeri otot dan persendian sehingga kuantitas dan kualitas tidur maupun istirahatnya kurang.

e) Kebersihan. Upaya keluarga untuk menjaga kebersihan diri dan lingkungan cenderung kurang terutama untuk membersihkan tempat sarang nyamuk *Aedes Aegypti*.

f) Perilaku dan tanggapan bila ada keluarga yang sakit serta upaya untuk menjaga kesehatan.

7. Pemeriksaan fisik

1) B1 (*Breathing*)

a) Inspeksi, pada derajat 1 dan 2 : pola nafas regular, retraksi otot bantu nafas tidak ada, pola nafas normal, RR dbn (-), pada derajat 3

dan 4 : pola nafas ireguler, terkadang terdapat retraksi otot bantu nafas, pola nafas cepat dan dangkal, frekuensi nafas meningkat, terpasang alat bantu nafas.

- b) Palpasi, vocal fremitus normal kanan-kiri.
- c) Auskultasi, pada derajat 1 dan 2 tidak adanya suara tambahan ronchi, wheezing, pada derajat 3 dan 4 adanya cairan yang tertimbun pada paru, rales(+), ronchi (+).
- d) Perkusi, pada derajat 3 dan 4 terdapat suara sonor

2) B2 (*Blood*)

- a) Inspeksi, pada derajat 1 dan 2 pucat, pada derajat 3 dan 4 tekanan vena jugularis menurun.
- b) Palpasi, pada derajat 1 dan 2 nadi teraba lemah, kecil, tidak teratur, pada derajat 3 tekanan darah menurun, nadi lemah, kecil, tidak teratur, pada derajat 4 tensi tidak terukur, ekstermitas dingin, nadi tidak teraba.
- c) Perkusi, pada derajat 3 dan 4 normal redup, ukuran dan bentuk jantung secara kasar pada kasus demam haemorrhagic fever masih dalam batas normal.
- d) Auskultasi, pada derajat 1 dan 2 bunyi jantung S1,S2 tunggal, pada derajat 3 dan 4 bunyi jantung S1,S2 tunggal.

3) B3 (*Brain*)

- a) Inspeksi, pada derajat 1 dan 2 tidak terjadi penurunan tingkat kesadaran (apatis, somnolen, stupor, koma) atau gelisah, pada derajat 3 dan 4 terjadi penurunan tingkat kesadaran (apatis,

somnolen, stupor, koma) atau gelisah, GCS menurun, pupil miosis atau midriasis, reflek fisiologis atau reflek patologis.

b) Palpasi, pada derajat 3 dan 4 biasanya adanya parese, anesthesia.

4) B4 (*Bladder*)

a) Inspeksi, pada derajat 1 dan 2 produksi urin menurun (oliguria sampai anuria), warna berubah pekat dan berwarna coklat tua pada derajat 3 dan 4.

b) Palpasi, pada derajat 3 dan 4 ada nyeri tekan pada daerah simfisis.

5) B5 (*Bowel*)

a) Inspeksi, pada derajat 1 dan 2 BAB, konsistensi (cair, padat, lembek), frekuensi lebih dari 3 kali dalam sehari, mukosa mulut kering, perdarahan gusi, kotor, nyeri telan.

b) Auskultasi, pada derajat 1 dan 2 bising usus normal (dengan menggunakan diafragma stetoskop), peristaltik usus meningkat (gurgling) > 5-20kali/menit dengan durasi 1 menit pada derajat 3 dan 4.

c) Perkusi, pada derajat 1 dan 2 mendengar adanya gas, cairan atau massa (-), hepar dan lien tidak membesar suara tymphani, pada derajat 3 dan 4 terdapat hepar membesar.

d) Palpasi, pada derajat 1 dan 2 nyeri tekan (+), hepar dan lien tidak teraba, pada derajat 3 dan 4 pembesaran limpha/spleen dan hepar, nyeri tekan epigastrik, hematemesis dan melena.

6) B6 (*Bone*)

- a) Inspeksi, pada derajat 1 dan 2 kulit sekitar wajah kemerahan, klien tampak lemah, aktivitas menurun, pada derajat 3 dan 4 terdapat kekakuan otot, pada derajat 3 dan 4 adanya ptekie atau bintik-bintik merah pada kulit, akral klien hangat, biasanya timbul mimisan, berkeringkat, kulit tanpak biru.
- b) Palpasi, pada derajat 1 dan 2 hipotoni, kulit kering, elastisitas menurun, turgor kulit menurun, ekstermitas dingin.

## 7) B7 (Pengindraan)

- a) Inspeksi pada telinga bagian luar, periksa ukuran, bentuk, warna, lesi, dan adanya masa pada pinna
- b) Palpasi dengan cara memegang telinga dengan ibu jari dan jari telunjuk, lanjutkan telinga luar secara sistematis yaitu dari jaringan lunak, kemudian jaringan keras, dan catat bila ada nyeri.
- c) Inspeksi hidung bagian luar dari sisi depan, samping, dan atas, kemudian amati warna dan pembengkakan pada kulit hidung, amati kesimetrisan lubang hidung.
- d) Palpasi hidung bagian luar dan catat bila ditemukan ketidaknormalan kulit atau tulang hidung, lanjut palpasi sinus maksilaris, frontalis dan etmoidalis, dan perhatikan adanya nyeri tekan.
- e) Inspeksi pada bibir untuk mengetahui adanya kelainan conital bibir sumbing, warna bibir, ulkus, lesi, dan massa. Lanjutkan inspeksi pada gigi dan anjurkan pasien membuka mulut.

- 8) B8 (Sistem endokrin) Pada DHF tidak terjadi gangguan pada sistem hormon.
8. Berdasarkan tingkatan atau (grade) Demam Berdarah Dengue, keadaan fisik adalah sebagai berikut:
  - 1) Grade I : kesadaran komposmentis, keadaan umum lemah, tanda-tanda vital dan nadi lemah.
  - 2) Grade II : kesadaran kompos mentis, keadaan umum lemah, dan perdarahan spontan petekie, perdarahan gusi dan telinga, serta nadi lemah, kecil dan tidak teratur.
  - 3) Grade III : kesadaran apatis, somnolent, keadaan umum lemah, nadi lemah, kecil dan tidak teratur, serta tensi menurun.
  - 4) Grade IV : kesadaran koma, tanda-tanda vital : nadi tidak teraba, tensi tidak terukur, pernapasan tidak teratur, ekstremitas dingin, berkeringat, dan kulit tampak biru.
9. Sistem integumen
  - a) Adanya petekia pada kulit, turgor kulit menurun, dan muncul keringat dingin, dan lembab.
  - b) Kuku sianosis/tidak
  - c) Kepala dan leher. Kepala terasa nyeri, muka tampak kemerahan karena demam (*flusy*), mata anemis, hidung kadang mengalami perdarahan (*epistaksis*) pada grade II, III, IV. Pada mulut didapatkan bahwa mukosa mulut kering, terjadi perdarahan gusi dan nyeri telan. Sementara tenggorokan mengalami hiperemia pharing ( pada Grade II, III, IV).

- d) Dada: Bentuk simetris dan kadang-kadang terasa sesak. Pada foto thorax terdapat adanya cairan yang tertimbun pada paru sebelah kanan (efusi pleura), rales (+), Ronchi (+), yang biasanya terdapat pada grade III dan IV.
- e) Abdomen: Mengalami nyeri tekan, Pembesaran hati (hepatomegali), asites.
- f) Ekstremitas: Akral dingin, serta terjadi nyeri otot, sendi, serta tulang.

### 2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah proses menganalisa data subjektif dan objektif yang telah diperoleh pada tahap pengkajian untuk menegakkan diagnosis keperawatan (Deswani, 2009) dalam Mufida (2018). Diagnosa keperawatan pada DHF:

1. Hipertermia berhubungan dengan prosespenyakit
2. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrisi (anoreksia)
3. Resiko hipovolemia berhubungan dengan kurangnya asupan cairan dan peningkatan suhu tubuh, mual,muntah
4. Pola nafas tidak efektifanberhubungan dengan spasme jalan nafas.
5. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (penekanan intra abdomen)
6. Resiko perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi (*trombositopenia*).



### 2.2.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan tindakan adalah tahap ketiga dari proses keperawatan. Setelah perawat mengkaji kondisi pasien dan menetapkan diagnosis keperawatan, perawat perlu membuat rencana tindakan dan tolak ukur yang dapat digunakan untuk mengevaluasi perkembangan pasien. Ada empat elemen penting yang harus diperhatikan saat perencanaan keperawatan yaitu: membuat prioritas, menetapkan tujuan dan kriteria hasil, merencanakan intervensi keperawatan yang akan diberikan (termasuk tindakan mandiri dan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya), pendokumentasian (Debora Oba, 2012)

#### 1. Diagnosa Keperawatan

Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan suhu tubuh stabil

Kriteria hasil : Suhu tubuh normal  $36^{\circ}\text{C}$ – $37,5^{\circ}\text{C}$  dengan tubuh tidak teraba panas, dan haus berkurang

#### **Intervensi :**

- a. Observasi suhu tubuh, pernafasan, denyut nadi, dan tekanan darah setiap 4 jam

Rasional: Peningkatan denyut nadi, penurunan tekanan vena sentral dan penurunan tekanan darah dapat mengindikasikan hipovolemik yang mengarah pada penurunan perfusi jaringan. Peningkatan frekuensi pernapasan berkompensasi pada hipoksia jaringan

- b. Turunkan panas yang berlebihan dengan melepas selimut dan

pasang kain sebataspinggang

Rasional: Tindakan tersebut meningkatkan kenyamanan dan menurunkan temperature

c. Kaji pengetahuan pasien dan keluarga tentang hipertermia

Rasional: Pengkajian semacam ini berfungsi sebagai dasar untuk memulai penyuluhan

d. Kompres dengan air biasa tanpa es (suhuruangan)

Rasional: kompres air biasa akan mendinginkan permukaan tubuh dengan cara konduksi

e. Kolaborasi dengan dokter pemberian obat antipiretik jika perlu

Rasional: Antipiretik efektif dalam menurunkan demam

2. Diagnosa keperawatan :

Defisit nutrisi kurang berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi (anoreksia)

Tujuan : Setelah dilakukan diberikan tindakan asuhan keperawatan selama 3x 24 jam kebutuhan nutrisi terpenuhi

Kriteria hasil : Berat badan stabil, pasien nafsu makan, tidak mual dan muntah, porsi makan yang dihabiskan meningkat, membrane mukosa membaik, bising usus normal 5-34 x/ menit

**Intervensi :**

a. Observasi apakah klien pernah muntah

Rasional: Untuk mengkaji konsumsi zat gizi

dan perlunya pemberian suplemen

- b. Jelaskan pentingnya nutrisi bagi tubuh

Rasional: karena nutrisi berguna sebagai proses metabolik pada anak

- c. Berikan makanan yang disertai suplemen untuk kebutuhan gizi

Rasional: Membantu memenuhi kebutuhan nutrisi

- d. Timbang berat badan setiap 3 hari jika memungkinkan

Rasional: Tindakan ini memberikan tanda akurat dan memberikan pengendalian pada pasien tentang makanan yang dimakan dan status nutrisinya

- e. Kolaborasikan pemberian obat suplemen

Rasional: memperbaiki nafsu makan

### 3. Diagnosa keperawatan

Resiko hipovolemia berhubungan dengan kurangnya asupan cairan dan peningkatan suhu tubuh, mual dan muntah

Tujuan : setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tidak terjadi kekurangan volume cairan.

Kriteria hasil : volume cairan anak terpenuhi ditandai dengan anak tidak kehausan, turgor kulit elastis, ubun- ubun tidak cekung, urin normal, mukosa bibir lembap.

#### **Intervensi :**

- a. Observasi tanda-tanda kurang cairan (bibir pecah-pecah produksi urinturun, turgor kulit tidak elastis).

Rasional: Untuk mendeteksi tanda awal bahaya pada pasien.

b. Observasi tanda- tanda vital suhu tiap 4jam

Rasional: peningkatan denyut nadi, penurunan tekanan vena sentral, dan penurunan tekanan darah dapat mengindikasikan hipovolemia yang mengarah pada penurunan perfusi jaringan. Peningkatan frekuensi pernapasan berkompensasi pada hipoksia jaringan.

c. Anjurkan orangtua untuk memotivasi dan memberikan minum pada anak

Rasional: Membuat anak ingin selalu patuh terhadap terapi yang diberikan medis.

d. Pantau usapan dan pengeluaran

Rasional: Untuk mengetahui keseimbangan cairan pada pasien

e. Berikan cairan parenteral sesuaipetunjuk

Rasional: untuk memberikan cairan secara prenteral

4. Diagnosa keperawatan

Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan nafas

Tujuan : setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pola nafasmembaik

Kriteria hasil :frekuensi pernafasan dalam batas normal (19-21 x/menit), tidak ditemukan suara nafas tambahan, tanda-tanda vital dalam batas normal suhu (36,5°C- 37,5°C), Nadi (70-110x/menit).

**Intervensi :**

a. Observasi kecepatan, irama, kedalaman pernafasan

Rasional: memantau pola pernafasan

- b. Perhatikan pergerakan dada, amati kesimetrisan dan penggunaan otot bantu nafas

Rasional: melakukan pemeriksaan fisik pada paru dapat mengetahui kelaian yang terjadi pada pasien

- c. Auskultasi bunyi nafas dan suara nafas tambahan

Rasional: adanya bunyi nafas tambahan dan mengetahui ada gangguan pada pernafasan

- d. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi

Rasional: pemberian terapi dapat mempercepat kesembuhan

5. Diagnosa keperawatan:

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (penekanan intra abdomen)

Tujuan: setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri akut dapat berkurang

Kriteria hasil: pasien tenang, nyeri berkurang dengan skala nyeri 1 (0-10), ekspresi wajah tidak menunjukkan kesakitan.

**Intervensi:**

- a. Kaji tingkat nyeri yang dialami pasien

Rasional : untuk mengetahui berapa berat nyeri yang dialami pasien

- b. Observasi tanda-tanda vital (nadi dan pernafasan)

Rasional: Untuk melihat keadaan umum klien

- c. Observasi petunjuk nyeri non verbal dengan menunjukkan ekspresi wajah dengan scale (0-10)

Rasional: Membantu dalam mengidentifikasi derajat skala nyeri dari ekspresi wajah

- d. Berikan posisi yang nyaman, usahakan situasi ruangan yang tenang

Rasional : Untuk mengurangi rasa nyeri

- e. Alihkan perhatian pasien dari rasa nyeri

Rasional : Dengan melakukan aktivitas lain pasien dapat melupakan perhatiannya terhadap nyeri yang dialami

- f. Berikan obat-obatan analgetik

Rasional: Analgetik dapat menekan atau mengurangi nyeri pasien

## 6. Diagnosa keperawatan

Resiko pendarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi (*trombositopenia*)

Tujuan: setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tidak terjadi resiko pendarahan

Kriteria hasil: hasil pemeriksaan Trombosit normal 150.000-400.000 dan hematokrit normal 35-49, tidak ada tanda-tanda pendarahan ptekie, gusi berdarah, dan pendarahan pada hidung.

### **Intervensi:**

- a. Monitor tanda penurunan trombosit yang disertai gejala klinis

Rasional: penurunan trombosit merupakan tanda kebocoran pembuluh darah.

- b. Anjurkan pasien untuk banyak istirahat

Rasional: aktivitas pasien yang tidak terkontrol dapat menyebabkan perdarahan

- c. Beri penjelasan untuk segera melapor bila ada tanda perdarahan lebih lanjut

Rasional: membantu pasien mendapatkan penanganan sedini mungkin

- d. Edukasi kepada keluarga pasien untuk mengantisipasi dengan menganjurkan menggunakan sikat gigi yang lunak dan memelihara kebersihan mulut

Rasional: Mencegah terjadinya perdarahan lebih lanjut karena trombositopenia rentan terhadap terjadinya cedera/perdarahan

#### **2.2.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Potter & Perry, 2011)

Ada tiga prinsip pedoman implementasi keperawatan (Haryanto, 2007), yaitu :

- 1 Mempertahankan Keamanan Klien

Keamanan merupakan focus utama dalam melakukan tindakan Oleh karena, tindakan yang membahayakan tidak hanya dianggap sebagai pelanggaran etika standar keperawatan professional, tetapi juga merupakan suatu tindakan pelanggaran hukuman yang dapat dituntut.

## 2 Memberikan Asuhan yang Efektif

Asuhan yang efektif adalah memberikan asuhan sesuai dengan yang harus dilakukan semakin baik pengetahuan dan pengalaman seorang perawat, maka semakin efektif asuhan yang diberikan.

## 3 Memberikan Asuhan Seefisien Mungkin

Asuhan yang efisien berarti perawat dalam memberikan asuhan dapat menggunakan waktu sebaik mungkin sehingga dapat menyelesaikan masalah klien.

### **2.2.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi disusun menggunakan SOAP secara operasional dengan tahapan dengan sumatif (dilakukan selama proses asuhan keperawatan) dan formatif yaitu dengan proses dan evaluasi akhir. Evaluasi dapat dibagi dalam 2 jenis, yaitu :

#### 1. Evaluasi Berjalan (*Sumatif*)

Evaluasi jenis ini dikerjakan dalam bentuk pengisian format catatan perkembangan dengan berorientasi kepada masalah yang dialami oleh keluarga. Format yang dipakai adalah format SOAP (Setiadi, 2008)

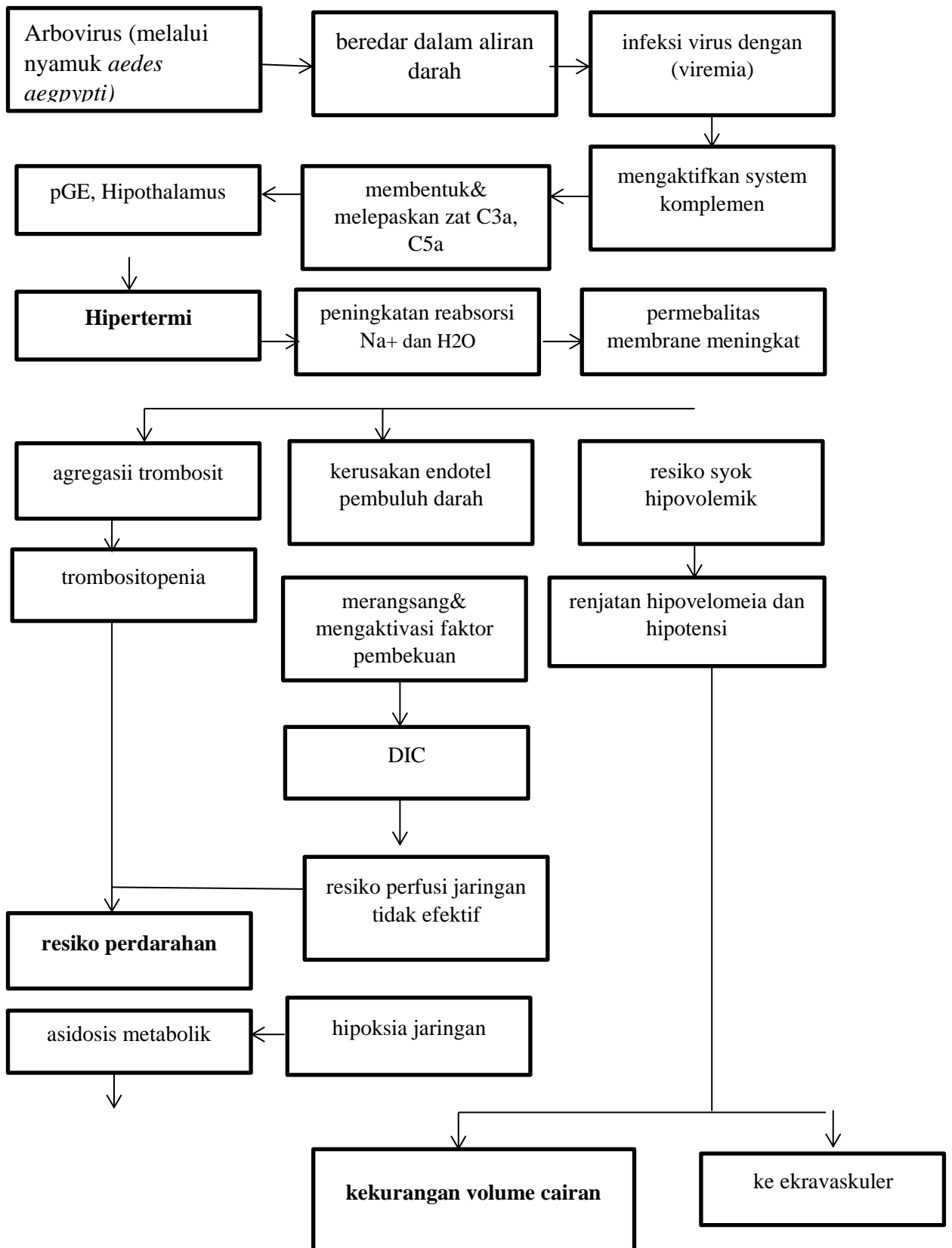
#### 2. Evaluasi Akhir (*Formatif*)

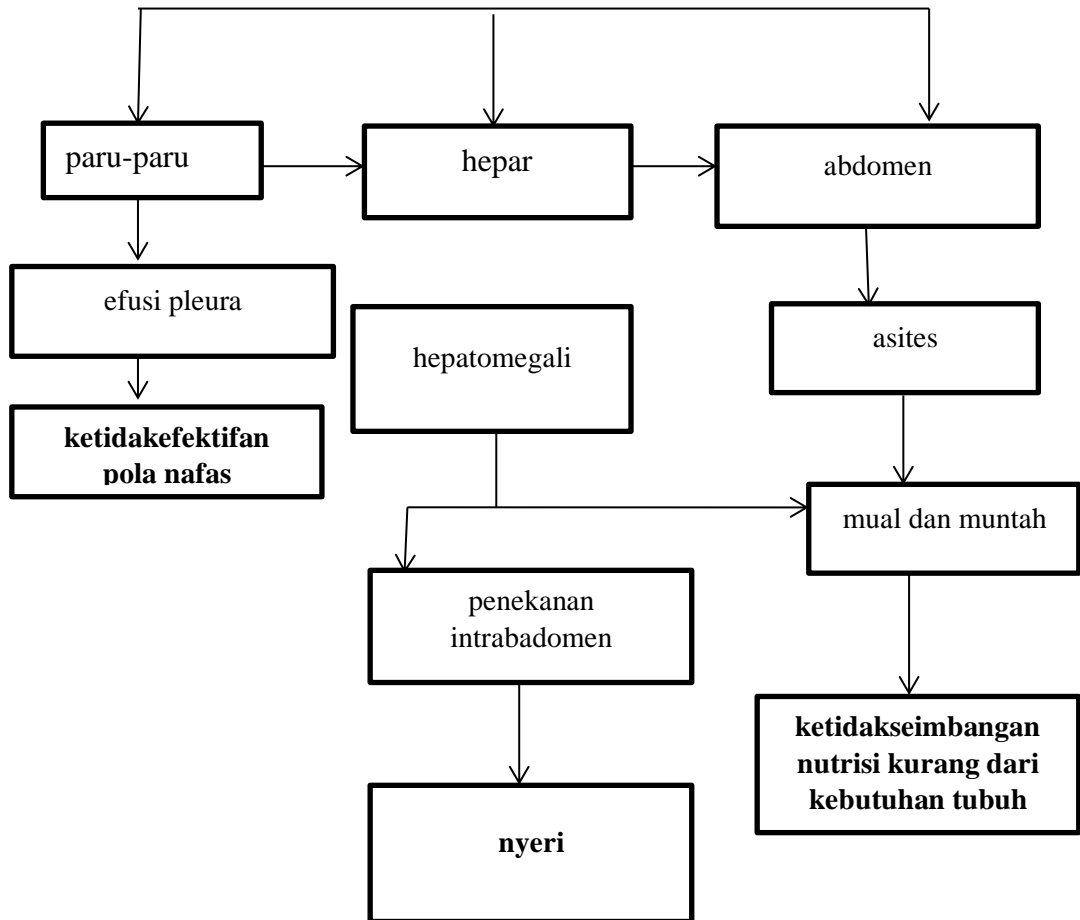
Evaluasi jenis ini dikerjakan dengan cara membandingkan antara tujuan yang akan dicapai. Bila terdapat kesenjangan diantara keduanya, mungkin semua



tahap dalam proses keperawatan perlu ditinjau kembali, agar didapat data-data, masalah atau rencana yang perlu dimodifikasi (Setiadi, 2008).

## 2.2 Asuhan Keperawatan Medikal Bedah





## **BAB 3**

### **TINJUAN KASUS**

Bab tinjauan kasus ini akan menjelaskan mengenai: 1) Pengkajian 2) Analisa Data 3) Prioritas Masalah Keperawatan 4) intervensi Keperawatan 5) Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

#### **3.1 Pengkajian**

##### **3.1.1 Data Dasar**

###### **1 Identitas**

Tn. Y usia 43 tahun, beragama Islam, suku Jawa/Indonesia, bekerja di tempat penjualan buah, sudah menikah dan memiliki 3 anak, Nomor register 62 XX XX. Pasien dirawat dengan diagnosa medis Dengue fever, Reactive hepatitis di ruang general rumah sakit premier Surabaya melalui IGD rumah sakit premier Surabaya pada tanggal 13 Juli 2020 (01.00 WIB) dan masuk ruang general rumah sakit premier Surabaya pada tanggal 13 Juli 2020 (05.00 WIB)

###### **2. Keluhan utama**

Pasien mengatakan panas hari ke 2 terutama siang dan malam hari.

###### **3. Riwayat kejadian**

Keluarga pasien mengatakan pasien ditemukan di kamarnya dalam keadaan panas, lemas dan tidak nafsu makan. Pasien sempat dibawa ke klinik pada 12 Juli 2020 dengan keluhan panas badan. Keluhan panas badan dikatakan oleh pasien pertama kali dirasakan sejak 2 hari sebelum masuk rumah sakit. Keluhan panas badan tersebut dirasakan muncul mendadak tinggi dan dirasakan terus menerus oleh pasien. Pasien mengatakan keluhan panas badan sempat hilang setelah pasien

minum obat penurun panas namun kemudian timbul kembali beberapa jam setelah pasien minum obat.

Pasien juga mengeluh mual yang dirasakan sejak dua hari. Mual dirasakan sepanjang hari, tidak berkurang meskipun pasien istirahat, dan menyebabkan nafsu makan pasien berkurang. Tanggal 13 Juli 2020 Keluarga membawa pasien ke IGD rumah sakit premier Surabaya diberi terapi Injeksi Antrain 1 gram, Injeksi Esomax 40 mg, Injeksi Ondavell 8 mg Dari IGD MRS ke ruang general tanggal 13 Juli 2020 pukul 05.00. Saat pengkajian didapatkan tekanan darah 112/75 mmHg, nadi 67 x/menit, RR 20x/menit dan suhu 37,7 ° C. Pada pengkajian fungsi nervus didapatkan

kekuatan otot 5555 | 5555  
 \_\_\_\_\_  
 5555 | 5555

Setelah dilakukan pemeriksaan fisik pasien disarankan untuk MRS di Ruang general dengan terapi lanjutan :

Infus Tutofusin Ops 1000 ml/ 24 jam, injeksi Lexa1 x 750 mg, Injeksi Sanmaol 3 x 1 gram, Injeksi Prove C 3 x 1 gram, Eliquis 2 x 1 tab.

#### **4. Riwayat penyakit dahulu**

Tn Y mengatakan tidak ada riwayat penyakit

#### **5. Riwayat penyakit keluarga**

Tn Y mengatakan tidak ada penyakit keluarga.

#### **6. Riwayat alergi**

Tn Y mengatakan pasien tidak memiliki riwayat alergi makanan dan obat.

## **7. Pengkajian persistem**

### **a. Keadaan umum pasien**

Saat pengkajian kesadaran pasien composmentis. GCS yang didapatkan E: 4, V: 5, M: 6 Total 16. Tanda-tanda vital yang didapatkan tekanan darah 112/75 mmHg, nadi 67 x/menit, RR 20 x/menit, suhu 37,7° C dan BB SMRS 62 kg. Pasien tampak berkeringat.

### **b. Sistem pernafasan (breathing)**

Di dapatkan pergerakan dada simetris, tidak memakai alat bantu napas, irama nafas reguler dengan suara nafas vesikuler, pasien tidak mengalami sesak nafas, tidak ada suara nafas tambahan, frekuensi nafas 20 kali/menit, Spo2 99 %.

**Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan**

### **c. Sistem kardiovaskuler (sirkulasi)**

Di dapatkan irama jantung reguler, bunyi jantung S1- S2 tunggal, tidak ada nyeri dada, tidak ada sianosis, akral teraba hangat merah basah, CRT kurang dari 2 detik, konjungtiva tidak anemis, TD : 112/75 mmHg.

**Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan**

### **d. Sistem persarafan (neurologi)**

Pada pemeriksaan kesadaran didapatkan hasil GCS : 4-5-6, kesadaran composmentis. Pada pengkajian fungsi nervus didapatkan hasil nervus I (Olfactory) tidak ada masalah, nervus II (Optic): mata pasien mampu merespon cahaya, nervus III (Oculomotorius) pasien mampu berkedip saat diminta, nervus IV (Trochlear) mata pasien mampu digerakkan keatas, nervus V (Trigeminal): pasien tidak mengalami kesulitan mengunyah, nervus VI (Abducent): pasien bisa melihat kekanan dan kekiri, nervus VII (Facial): pasien mampu tersenyum dengan

lebar, nervus VIII (Vestibulochoclear) pasien mampu mendengar suara dengan baik, nervus IX (Glossopharyngeal): pasien memiliki reflek telan yang bagus dan tidak tersedak saat makan dan minum, nervus X (Vagus): pasien tidak merasakan nyeri telan dan makan selalu habis 1 porsi, nervus XI (Accessory): kepala pasien tidak mampu digerakkan karena merasa sakit saat digerakkan, nervus XII (Hypoglossal): pasien mampu menjulurkan lidah ke kiri dan ke kanan

**Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

**e. Sistem perkemihan (urinary)**

Pada pemeriksaan didapatkan eliminasi urin SMRS dan MRS tidak ada gangguan. frekuensi 5 x sehari dengan jumlah urine 500 ml, warna kuning jernih, tidak ada distensi vesika urinaria.

**Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan**

**f. Sistem pencernaan (gastrointestinal)**

Pada pemeriksaan didapatkan hasil kotor, membrane mukosa kering, tidak terdapat gigi palsu, tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pantangan makan, nafsu makan menurun, terdapat mual, muntah. Makan habis ¼ porsi per hari. Bentuk abdomen normal, tidak terdapat kelainan abdomen, tidak ada hemoroid. Eliminasi alvi 1 x sehari, warna kuning kecoklatan dengan bentuk padat lunak dan bau khas. tidak terdapat nyeri tekan abdomen,

**Masalah keperawatan : Defisit nutrisi**

**g. Sistem muskuloskeletal (Bone& Integumen)**

Bone :

Pada saat pemeriksaan didapatkan hasil raba pasien tidak rontok, warna kulit sawo matang, kuku bersih, turgor kulit elastis, ROM tidak terbatas, tidak terdapat fraktur / gangguan. Pasien mengatakan nyeri otot.

Kekuatan otot :

5555	5555
5555	5555
5555	5555

Integumen :

Tidak terdapat luka pada tubuh pasien. Semua aktivitas dibantu oleh perawat dan keluarga pasien. Pasien terpasang infus di tangan sinistra dengan ukuran iv cath 20 dan mendapatkan infus Tutofusin Ops

**Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan**

**8. Pemeriksaan penunjang**

**a Hasil Laboratorium**

Pada tanggal 13 Juli 2020 pasien melakukan pemeriksaan laboratorium dengan hasil Wbc 4,28 (N: 4,00-10,00) lym 12,20 (N: 0,80-4,00) Bun 11,8 (N: 10-24) Natrium 127 (N: 135,0-147,0) Kalium 3,6 (N: 3,00-5,00) Chlorida 87 (N: 95,0-105,0) Kreatinin 1,35 GDA 138 PLT 12 (N:150-400) RBC 5,34 (N:3,50-5,50) HGB 16,2 (N: 11,0-16,0) HCT 47,9 (N: 37,0-54,0) SGOT 62 (N: 0-37) SGPT 58 (N: 0-41) CRP hs 7,70 (0,00-4,99) IgM anti Salmonella negative dengue NS1 Antigen Positif Dengue IgG positif Dengue IgM negative

b Foto thorax RS dr. Soetomo Surabaya: 17 Juli 2020

Kesimpulan:

Cor dan pulmo tidak tampak kelainan



c ECG13 Juli2020 hasil ECG normal synus rhythm

**Tabel 3.2 Lembar pemberian terapi**

<b>Terapi</b>	<b>Dosis</b>	<b>Indikasi</b>	<b>Kontraindikasi</b>	<b>Efek samping</b>
Inf Tutofusin Ops 500 ml	500 cc	Untuk memenuhi kebutuhan air dan elektrolit lengkap pada keadaan dehidrasi hipotonis (Kehilangan cairan intraseluler).	Penderita insufisiensi ginjal, Pasien yang intoleransi frukosa dan sorbitol, penderita defisiensi frukosa 1-6 difosfat, keracunan meti alkohol	Nyeri di area injeksi, Demam
Inj Lexa	1x 750 ml	Untuk mengobati infeksi bakteri pada paru (pneumonia, bronchitis) infeksi sinus akut bacterial, infeksi kulit, prostatitis bacterial, infeksi ginjal dan saluran kemih.	Harus di hindari pada pasien dengan hipersensitivitas terhadap atau antibiotic golongan kuinolon.lexa (levofloxacin	Mual. pusing diare. insomnia, konstipasi. sakit kepala. gangguan pencernaan, muncul ruam, muntah, nyeri dada gatal dan rasa lelah.
Inj prove c	3 x 1 gram	Pengobatan defisiensi ascorbic acid	penderita hipersensitif terhadap ascorbic acid	Lelah, sakit kepala, insomnia, mual,muntah, kram perut
Inj Sanmol	3 x 1 gram	Penurun demam, mengurangi nyeri ringan hingga sedang setelah operasi.	Jangan diberikan pada pasien yang memiliki riwayat hipersensitif terhadap paracetamol	Kerusakan hati, sindrom steven Johnson dan nekrolisis epidermal toksik
Eliquis	2x 5 mg	Untuk mencegah kejadian tromboemboli vena.	Pasien memiliki riwayat hipersensitivitasterhadap komposisi dari elquis, tidak boleh diberikan pada penderita perdarahan aktif yang signifikansi secara klinis	Anemia, trombositopenia, hipersensitivitas, epitaksis

Injeksi Pantoprasol	2 x 40 mg	Untuk meredakan gejala meningkatnya asam lambung seperti sakit maag dan gejala refluks asam lambung	Hipersensitivitas, disfungsi hati dan ginjal	Nyeri perut, sakit kepala, reaksi kulit pada area injeksi, pengelihan buram, mulut kering
------------------------	--------------	---	---	---

## Analisa Data

Tabel 3.3 Data fokus

Data	Etiologi	Masalah
<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengeluh panas hari ke 5 terutama sore dan malam hari.</li> <li>2. Pasien mengatakan sangat sakit saat akan bergeser</li> <li>3. Pasien ketika ditanya ngelantur tidak sesuai jawaban yang diminta</li> </ol> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suhu 37,7<sup>0</sup>C</li> <li>2. Kulit terasa hangat</li> <li>3. Hasil laboratorium:            PLT 12 K/uL (N 130-400 K/uL)            CRP hs 7.70mg/l (N 0.00- 4.99 mg/l)            Dengue Ns1 Positive            Dengue IgG positive</li> </ol>	<p>Proses penyakit</p>	<p>Hipertermi D.0130</p>
<p>DS:-</p> <p>DO:-</p> <p>Faktor resiko:</p> <p>Hasil laboratorium            PLT 12 K/uL (N 130-400 K/uL)            CRP hs 7.70 mg/l (N 0.00- 4.99 mg/l)            Dengue Ns1 Positive            Dengue IgG positive</p> <p>SGOT 62</p> <p>SGPT 58</p>	<p>Gangguan koagulasi (trombositopenia)</p>	<p>Resiko perdarahan D.0012</p>

<p>DS:</p> <p>Pasien mengatakan nafsu makan menurun selama MRS makan habis ¼ porsi</p> <p>DO:</p> <p>1. Bising usus 40 x/ menit 2. Membran mukosa pucat</p>	<p>Ketidakmampuan mencerna makanan</p>	<p>Defisit nutrisi D.0130</p>
<p>DS:</p> <p>Pasien mengatakan badan terasa lemah</p> <p>DO:</p> <p>Suhu 37,7°C Hematocrit 53.8 % ( N: 35.0- 51.0 %) Membrane mukosa pucat dan kering</p>	<p>Peningkatan permeabilitas kapiler</p>	<p>Hipovolemia D.0023</p>

### Prioritas masalah

**Tabel 3.4** Prioritas masalah Pada Tn Y Dengan Diagnosis Medis DHF

No	Diagnosa	Ditemukan	Teratasi
1	Resiko perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi	13 Juli 2020	Belum teratasi
2	Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit	13 Juli 2020	Belum teratasi
3	Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan	13 Juli 2020	Belum teratasi

## Intervensi

**Tabel 3.5 Intervensi keperawatan Pada Tn Y Dengan Diagnosis Medis DHF**

No.	Diagnosa Keperawatan	Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1	Resiko perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi	1. tidak terjadi perdarahan ptekie, gusi berdarah dan perdarahan di hidung 2. Hasil pemeriksaan trombosit normal 150.000-400.000 Hematokrit normal 35-49 3. Kelembapan membrane mukosa membaik 4. Tekanan darah (N 90/60 mmHg – 120/80 mmHg) 5. Nadi (N 60-100 x/ menit) 6. Suhu (N 36 <sup>0</sup> C – 37 <sup>0</sup> C)	1. Monitortanda dan gejala perdarahan <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ptekie</li> <li>– gusi berdarah</li> <li>– dan perdarahan hidung</li> </ul> 2 Monitor hasil laboratorium terutama adanya penurunan dari hematocrit ((N: 35.0-51.0 %) Dan trombosit (N: 130-400 K/uL)	1. penurunan trombosit merupakan tanda kebocoran pembuluh darah.  2. Hematocrit pasien 47 dehidrasi akan mengalami peningkatan, maka perlu mengetahui jumlah hematocrit.  3. aktivitas pasien yang tidak terkontrol dapat menyebabkan perdarahan  4. membantu pasien mendapatkan penanganan sedini mungkin  5. Mencegah terjadinya pendarahan lebih lanjut karena trombositopenia rentangterhadapterjadinyacedera/pendar

			<p>5 Edukasi kepada keluarga pasien untuk mengantisipasi dengan menganjurkan menggunakan sikat gigi yang lunak dalam memelihara kebersihan mulut</p> <p>6 Kolaborasi dalam pemberian terapi cairan infus</p>	<p>ahan</p> <p>6. Mencegah terjadinya dehidrasi</p> <p>48</p>
2.	Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit	<p>1. Suhu tubuh normal 36°C-37.5°C</p> <p>2. Tubuh tidak teraba panas</p> <p>3. Haus berkurang</p>	<p>1. Memonitor tanda vital, suhu, pernafasan, denyut nadi dan tekanan darah</p>	<p>1. Peningkatan denyut nadi, penurunan tekanan vena sentral dan penurunan tekanan darah dapat mengindikasikan hipovolemik yang mengarah pada penurunan perfusi jaringan. Peningkatan frekuensi pernapasan berkompensasi pada hipoksia jaringan</p> <p>2. Untuk mendeteksi tanda awal bahaya pada pasien</p>

			<p>2. Observasi tanda-tanda kekurangan cairan seperti bibir pecah-pecah, produksi urin turun, turgor kulit tidak elastis</p> <p>3. Turunkan panas yang berlebihan dengan melepas selimut dan pasang kain sebataspinggang.</p>	<p>3. Tindakan tersebut meningkatkan kenyamanan dan menurunkan temperature</p> <p>4. Kompres air biasa akan mendinginkan permukaan tubuh dengan cara konduksi.</p> <p>5. Dengan pengetahuan yang teapt dapat memberikan proses penyembuhan dengan cepat</p> <p>6. antipiretik efektif dalam menurunkan</p>
--	--	--	---	--

			<p>4. Kompres dengan air biasa tanpa es (suhuruangan)</p> <p>5. Anjurkan pasien untuk minum air putih</p> <p>6. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian injeksi sanmol 3 x 1 gram</p>	<p>demam</p> <p>50</p>
3.	Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan	<p>1. porsi makan yang dihabiskan meningkat</p> <p>2. berat badan membaik</p> <p>3. nafsu makan membaik</p> <p>4. membrane mukosa membaik</p> <p>5. bising usus dalam batas normal 5-34 x/menit</p>	<p>1. Observasi apakah pasien pernah muntah</p> <p>2. Jelaskan pentingnya nutrisi bagi tubuh</p> <p>3. Berikan makanan yang sesuai dengan kebutuhan tubuh</p>	<p>1. Untuk mengkaji konsumsi zat gizi yang diperlukan</p> <p>2. Pemenuhan nutrisi berguna sebagai proses metabolisme dalam tubuh</p> <p>3. Membantu memenuhi kebutuhan tubuh</p> <p>4. Tindakan ini memberikan tanda akurat dan</p>



			<p>4. Timbang berat badan tiap 3 hari sekali.</p> <p>5. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian injeksi Pantoprasol 2 x40 mg</p>	<p>memberikan pengendalian pada pasien tentang makanan yang dimakan dan status nutrisi</p> <p>5. untuk mengurangi rasa mual</p>
--	--	--	---	---

### Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

**Tabel 3.6.1 Implementasi dan evaluasi Pada Tn Y Dengan Diagnosis Medis DHF**

Tanggal	Diagnosa	Waktu	Implementasi	Paraf	Tanggal dan Waktu	Catatan perkembangan (SOAP)	Paraf
13/07/2020 08.00	Resiko perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi	09.00  11.00	1 Memonitor tanda-tanda vital pasien TD 130/90 mmHg Nadi 100 x/ menit RR 20 x/ menit Suhu 37,8 °C  2 Mengobservasi hasil laboratorium: Plt 12 K/ uL	<i>sys</i>	13/07/20 15.00	S:  pasien mengatakan badan terasa lemas  O:  Pasien terpasang infus	<i>sys</i>

			<p>Wbc 4.28 K/uL Hb 16.2 g/dL HCT 47.9 %</p>			<p>Tutofusin Ops TD 130/80 RR 20 Nadi 110x/menit Hasil laboratorium Plt 12 K/ uL Wbc 4.28 K/uL Hb 16.2 g/dL HCT 47.9 % -pasien mengatakan tidak ada ptekie, gusi berdarah dan perdarahan pada hidung A: masalah belum teratasi P: Lanjutkan</p>	
		11.30	3 Mengobservasi tanda-tanda perdarahan ptekie, gusi berdarah dan perdarahan pada hidung				
		11.35	4 Mengajarkan pasien untuk bed rest dengan kebutuhan dasar dibantu oleh keluarga atau perawat				
		12.00	5 Memberikan terapi Injeksi Lexa per IV Injeksi prove c per IV				

						intervensi 1.2.3.4 dan 5	
	Hipertermia berhubungan dengan Proses penyakit	09.00	1. Memonitor suhu tubuh Suhu Suhu 37,8 °C	<i>lys</i>		S:  Pasien mengatakan merasa gerah dan ingin mandi  O:  Akral hangat merah basah dan berkeringat, suhu 37,7  A: masalah belum teratasi  P: intervensi dilanjutkan 1,2,3,4 dan 5	<i>lys</i>
		10.00	2. Mengedukasi penggunaan pakaian yang menyerap keringat				
		11.00	3. Mengedukasi kompres hangat di aksila dan dahi				
		12.00	4. Mengedukasi pemberian air mineral yang cukup				
		12.00	5. Memberi injeksi sanmol 3 x 1 gram				
	Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan	09.00	1. Mengobservasi mual, muntah	<i>lys</i>		S: pasien mengatakan masih ada mual	<i>Lys</i>
		10.30	2. Mengobservasi berat badan tiap 3 hari			O: pasien terlihat lemas	54
		12.00	4. Memberikan makanan dalam keadaan hangat			-makan habis ¼	

		14.00	dan memeberikan makanan dalam porsi sedikit dengan frekuensi sering			porsi	
		14.30	5. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga pentingnya nutrisi bagi tubuh			A: masalah belum teratasi	
			6. Kolaborasi dalam pemberian injeksi Pantoprasol 2 x40 mg			P: intervensi dilanjutkan 1,2,3 dan 4	55

**Tabel 3.6.2 Implementasi dan Evaluasi Pada Tn Y Dengan Diagnosis Medis DHF**

Tanggal/jam	Diagnosa	Waktu	Implementasi	Paraf	Tanggal/jam	Evaluasi	Paraf
14/07/20	Resiko	14.00	1. Memonitor Tanda-tanda vital	<i>sys</i>	14/07/20	S:	<i>sys</i>

13.00	perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi	15.00     15.30    16.00     17.00	<p>pasien TD 120/80 mmHg Nadi 100 x/ menit RR 20 x/ menit Suhu 37,9°C</p> <p>2. Mengobservasi hasil Laboratorium Plt 15 K/ uL  Wbc 2.90 K/uL  Hb 17.3 g/dL  HCT 50.2%</p> <p>3. Mengobservasi tanda-tanda perdarahan ptekie, gusi berdarah dan perdarahan pada hidung</p> <p>4. Mengajarkan pasien untuk bed rest dengan kebutuhan dasar dibantu oleh keluarga atau perawat</p> <p>5. Memberikan obat Injeksi Lexa per IV Injeksi prove c per IV</p>	12.00	<p>pasien mengatakan badan terasa lemas</p> <p>O:</p> <p>Pasien terpasang infus Tutofusin Ops  TD 130/80  RR 20  Nadi 110x/menit  Hasil laboratorium  Plt 15 K/ uL  Wbc 2.90 K/uL  Hb 17.3 g/dL  HCT 50.2%</p> <p>A: masalah belum teratasi</p>	56
-------	--	--	--	-------	---	----



ketidakmampuan mencerna makanan	19.30	3. Memberikan makanan dalam keadaan hangat dan memeberikan makanan dalam porsi sedikit dengan frekuensi sering			masih mual dan nafsu makannya menurun	
	20.00	4. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga pentingnya nutrisi bagi tubuh			O: Pasien tampak lemas Makan habis ¼ porsi	
	20.30	5. Kolaborasi dalam pemberian injeksi Pantoprasol 2 x 40 mg			Mukosa bibir kering A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4	58

**Tabel 3.6.3 Implementasi dan Evaluasi Pada Tn Y Dengan Diagnosis Medis DHF**

Tanggal/jam	Diagnosa	Waktu	Implementasi	Paraf	Tanggal/jam	Evaluasi	Paraf
-------------	----------	-------	--------------	-------	-------------	----------	-------



<p>15/07/20 07.00</p>	<p>Resiko perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi</p>	<p>07.00    07.30  10.00   12.00    12.30</p>	<p>1. Memonitortanda-tanda vital pasien TD 130/90 mmHg Nadi 100 x/ menit RR 20 x/ menit Suhu 37<sup>0</sup>C</p> <p>2. Mengajarkan pasien untuk bed rest dengan kebutuhan dasar dibantu oleh keluarga atau perawat</p> <p>3. Mengajarkan pasien untuk bed rest dengan kebutuhan dasar dibantu oleh keluarga atau perawat</p> <p>4. Mengobservasi hasil laboratorium Plt 22 K/ uL  Wbc 6.54 K/uL  Hb 16.9 g/dL  HCT 49.9 %</p> <p>5. Mengobservasi tanda-tanda perdarahan ptekie, gusi berdarah dan perdarahan pada hhidung</p> <p>6. Memberikan terapi</p>	<p><i>fys</i></p>	<p>15/07/20 12.00</p>	<p>S:  pasien mengatakan badan terasa lemas</p> <p>O:  Pasien terpasang infus Tutofusin Ops  TD 130/80  RR 20  Nadi 110x/menit  Hasil laboratorium  Plt 22 K/ uL  Wbc 6.54 K/uL  Hb 16.9 g/dL  HCT 49.9%</p> <p>- tidak ada</p>	<p><i>fys</i></p> <p style="text-align: center;">59</p>
---------------------------	--	---	--	-------------------	---------------------------	---	---

		14.00	Injeksi Lexa per IV Injeksi prove c per IV		tanda-tanda perdarahan ptekie, gusi berdarah dan perdarahan pada hhidung  A: masalah belum teratasi  P:  Lanjutkan intervensi 1,2,3,4, dan 5	
	Hipertermia berhubungan dengan Proses penyakit	09.00  12.00  12.30  12.35  12.40	1. Memonitor suhu tubuh Suhu 38.0 <sup>0</sup> C  2. Memberikaninjeksi sanmol  3. Mengedukasi penggunaan pakaian yang menyerap keringat  4. Mengedukasi kompres hangat di aksila dan dahi  5. Mengedukasi pemberian air mineral yang cukup	<i>Lys</i>	S: pasien mengatakan badannya lebih baik hari ini  O: Suhu 37.5 <sup>0</sup> C  Akral hangat kering merah  A:  Masalah	<i>sys</i>          69

						teratasi P: intervensi dilanjutkan 1,2,3,4 dan 5	
	Deficit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan	13.00 13.30 14.00 14.30	1. Mengobservasi mual, muntah  2. Memberikan makanan dalam keadaan hangat dan memeberikan makanan dalam porsi sedikit dengan frekuensi sering  3. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga pentingnya nutrisi bagi tubuh  4. Kolaborasi dalam pemberian injeksi Pantoprasol 2 x40 mg	<i>sys</i>	15.00	S: Pasien mengatakan mual dan nafsu makannya menurun  O: Pasien tampak lemas Makan habis ¼ porsi Mukosa bibir kering  A: Masalah belum teratasi  P: Intervensi	<i>sys</i>         19

						dilanjutkan 1,2,3,4 dan 5	
--	--	--	--	--	--	------------------------------	--

**Tabel 3.6.4 Implementasi dan Evaluasi Pada Tn Y Dengan Diagnosis Medis DHF**

Tanggal/jam	Diagnosa	Waktu	Implementasi	Paraf	Tanggal/jam	Evaluasi	Paraf
16/07/20 08.00	Resiko perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi	09.00  12.00	1. Memonitor Tanda-tanda vital pasien TD 120/80 Nadi 100 x/ menit RR 20 x/ menit Suhu 37,9 <sup>0</sup> C  2. Mengobservasi hasil Laboratorium Plt 21 K/ uL Wbc 9.37 K/uL Hb 16.4 g/dL HCT 49.1%	<i>sys</i>	16/07/20 12.00	S: pasien mengatakan badan terasa lemas  O: Pasien terpasang infus Tutofusin Ops TD 130/80	<i>sys</i>       S

		12.30	3. Mengobservasi tanda-tanda perdarahan ptekie, gusi berdarah dan perdarahan pada hhidung			mmHg	
		13.00	4. Mengajarkan pasien untuk bed rest dengan kebutuhan dasar dibantu oleh keluarga atau perawat			RR 20 x/ menit	
		14.00	5. Memberi obat Injeksi Lexa per IV Injeksi prove c per IV			Nadi 110x/menit	
						Hasil laboratorium	
						Plt 21 K/ uL	
						Wbc 9.37 K/uL	
						Hb 16.4 g/dL	
						HCT 49.1%	
						A: masalah belum teratasi	
						P:	
						Lanjutkan intervensi 1,2,3,4 dan 5	3
	Hipertermia berhubungan dengan Proses penyakit	12.00	1 Memonitor suhu tubuh Suhu 38.0°C	<i>sys</i>		S:	<i>sys</i>
		13.00	2 Memberi injeksi sanmol			pasien mengatakan badannya lebih	



							lembab  A: Masalah teratasi sebagian  P: Intervensi dilanjutkan	65
--	--	--	--	--	--	--	---	----

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab 4 akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan medikal bedah pada Tn Y dengan diagnosadengue *haemorrhagic fever* /DHF di Ruang General rumah sakit premier Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 13 Juli 2020 sampai dengan 16 Juli 2020. Melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek di lapangan. Pembahasan terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan dari tahap pengkajian, diagnosis, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.

#### **4.1 Pengkajian**

Penulis melakukan pengkajian pada Tn Y dengan melakukan anamesa pada pasien dan keluarga, melakukan pemeriksaan fisik, dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis. Pembahasan akan dimulai dari:

##### **4.1.1 Identitas**

Data yang didapatkan, pasien bernama Tn Y berjenis kelamin laki-laki, berusia 43 tahun dan pendidikan terakhir S1. Menurut studi yang dilakukan oleh Luh Putu Citta tahun 2014 mengatakan bahwa prevalensi infeksi dengue primer dan sekunder pada laki-laki lebih tinggi dibandingkan perempuan. Infeksi *dengue* primer tertinggi terjadi pada kelompok anak-anak, sedangkan infeksi *dengue* sekunder tertinggi pada kelompok dewasa.dari data tersebut menunjukkan bahwa laki-laki lebih rentan terhadap DHF terkait aktifitas atau pekerjaan di luar rumah saat siang hari yang merupakan waktu paparan terhadap *vector virus dengue*.



Sedang berdasarkan kelompok usia presentase sampel suspek DHF paling tinggi pada kelompok usia 26-45 tahun. Hal ini menunjukkan kelompok dewasa puntidak memiliki imunitas yang cukup untuk infeksi *dengue* dengan serotipe berbeda. hal lain yang menyebabkan tingginya kasus hal ini dikarenakan kelompok usia ini adalah kelompok usia *produktif* yang memiliki kegiatan pada siang hari lebih banyak baik di dalam ruangan maupun diluar ruangan, mobilisasi tinggi, interaksi dengan orang lain juga tinggi sehingga memudahkan vector yakni nyamuk *Aedes aegypti* untuk menularkan virus *dengue*.

#### **4.1.2 Riwayat Sakit dan Kesehatan**

Riwayat penyakit dahulu, didapatkan data pasien tidak memiliki riwayat penyakit apapun sebelumnya. Pasien mengatakan bahwa sakitnya ini adalah yang pertama kalinya dalam hidupnya.

##### **1. Riwayat Penyakit Dahulu**

Riwayat penyakit dahulu, didapatkan data pasien tidak memiliki riwayat penyakit apapun sebelumnya. Pasien mengatakan bahwa sakitnya ini adalah yang pertama kalinya dalam hidupnya.

##### **2. Riwayat Penyakit Keluarga**

Pasien mengatakan bahwa dalam keluarganya tidak ada yang memiliki penyakit yang sama dengannya sebelumnya sehingga Tn Y adalah penderita DHF pertama dalam keluarganya.

#### **4.1.3 Pemeriksaan Fisik**

Pemeriksaan fisik didapatkan beberapa masalah yang bisa digunakan sebagai data dalam menegakkan diagnosa keperawatan yang aktual maupun

resiko. Adapun pemeriksaan fisik dilakukan berdasarkan persistem seperti yang diuraikan sebagai berikut:

1. B1: *Breathing* (Sistem Pernapasan)

Saat dilakukan pengkajian pertama kali pada Tn Y, di dapatkan napas spontan, tanpa bantuan oksigen tambahan, tidak sesak, tidak batuk, suara napas vesikuler, tidak terdapat penggunaan otot bantu napas, tidak ada retraksi dada, gerakan dada simetris, suara nafas vesikuler, irama nafas regular, RR 20 x/menit, tidak ada ronkhi, tidak ada *wheezing*, bunyi perkusi sonor. Penulis berpendapat bahwa tidak terdapat gangguan pada sistem pernapasan pasien. hal ini didukung dengan pernyataan pasien yang mengatakan bahwa ia tidak pernah mengalami sesak napas selama mengidap penyakit tersebut.

2. B2: *Blood* (Sistem Cardiovasculer)

Hasil pengkajian awal pada Tn Y, didapatkan konjungtiva tidak anemis, tidak ada sianosis, CRT < 2 detik, akral hangat kering merah, TD : 112/ 75 mmHg, HR : 67 x/menit, kuat, reguler. Bunyi jantung S1S2 tunggal, tidak ada gallop, tidak ada murmur, tidak ada distensi vena jugularis.

3. B3: *Brain* (Sistem Persarafan)

Kesadaran composmentis, GCS E4V5M6, orientasi lingkungan baik, pasien mengingat hari dan tanggal saat ini, orientasi orang dan tempat baik, pupil isokor, diameter 3/3 mm. Pada pengkajian fungsi nervus didapatkan hasil nervus I (*Olfactory*) tidak ada masalah, nervus II (*Optic*): mata pasien mampu merespon cahaya, nervus III (*Oculomotorius*) pasien mampu berkedip saat diminta, nervus IV (*Throclear*) mata pasien mampu digerakkan keata, nervus V (*Trigeminal*): pasien tidak mengalami kesulitan mengunyah, nervus VI (*Abducent*): pasien bisa

melirik kekanan dan kekiri, nervus VII (*Facial*): pasien mampu tersenyum dengan lebar, nervus VIII (*Vestiulochoclear*) pasien mampu mendengar suara dengan baik, ervus IX (*Glossophryngeal*): pasien memiliki reflek telan yang bagus dan tidak tersedak saat makan dan minum, nervus X (*Vagus*): pasien tidak merasakan nyeri telan dan makan selalu habis 1 porsi, nervus XI (*Accesory*): kepala pasien tidak mampu digerakkan karena merasa sakit saat digerakkan, nervus XII (*Hypoglossal*): pasien mampu menjulurkan lidah kekiri dan kekanan

#### 4. B4: *Bladder* (Sistem Perkemihan)

Pasien tidak ada keluhan nyeri saat BAK, tidak ada nyeri tekan, tidak ada distensi kandung kemih, tidak terpasang kateter, warna urine kuning jernih, tidak keruh, tidak ada hematuria, aliran lancar. Pada saat dikaji frekuensi 5 x sehari dengan jumlah urine 500 ml, warna kuning jernih, tidak ada distensi vesika urinaria.

#### 5. B5: *Bowel* (Sistem Pencernaan)

Pengkajian sistem pencernaan pada Tn. Y didapatkan bentuk abdomen supel, tidak acites, ada mual, ada muntah, tidak kembung, tidak ada splenomegali, tidak ada hepatomegali, tidak ada melena. Pada saat dikaji, pasien menghabiskan 1/4 porsi dari makanan yang disediakan. Pasien tidak mendapatkan diit khusus. Peristaltik usus 13 x/menit. Pasien mengatakan BAB normal dan rutin seperti biasanya. terdapat gangguan pada sistem pencernaan pasien. Menurut studi yang dilakukan oleh (Namvongsa et al., 2013) mengatakan bahwa mual muntah merupakan gejala utama pasien *Dengue haemorrhagic fever* sehingga hampir semua pasien mengalaminya. Muntah yang biasanya diawali dengan rasa mual disebabkan oleh virus dengue yang menyebar sampai ke saluran pencernaan,

selanjutnya dari saluran pencernaan tersebut mengaktifkan pusat muntah yang berada di medulla oblongata melalui jaras aferen nervus vagus. Muntah yang terjadi dapat berlanjut dan dapat meningkatkan resiko syok karena dehidrasi sehingga diperlukan terapi antiemetik.

#### 6. B6 / Bone( Sistem Muskuloskeletal)

Pengkajian sistem muskuloskeletal pada Tn Y diperoleh data tidak ada edema pada ekstremitas tangan. Tn Y mengatakannya nyeri pada otot. Menurut studi yang dilakukan oleh (Cui et al., 2013) mengatakan bahwa keluhan nyeri otot atau pegal-pegal terkait dengan virus dengue yang mengganggu semua sel tubuh termasuk pada sel otot yang menyebabkan timbulnya keluhan nyeri otot.

#### 6. Sistem Integumen

Pengkajian sistem integumen pada Tn Y diperoleh data tidak terdapat luka apapun pada kulit pasien.

#### 7. Sistem Penginderaan

Sistem penglihatan: simetris, refleks cahaya +/+, pupil isokor, ukuran 3mm/ 3mm, Tn Y tidak menggunakan kacamata minus, lapang pandang mata baik. Tn Y dapat melihat objek jarak jauh.

#### 8. Endokrin

Didapatkan data pada Tn Y tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada nyeri tekan pada tiroid. Kadar gula sewaktu 138 mg/dl. napas tidak bau aseton.

### 4.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan pada kasus Tn Y menurut SDKI (2016) adalah sebagai berikut :

1. Resiko perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi

Data pengkajian yang didapatkan dari diagnosis tersebut adalah pasien mengeluh badan lemas, hasil laboratorium *Lymphocytes* 12.20 *Monocytes* 12.70 *Platelet count* 12 CPR hs 7.70 Dengue NS1 Postive Dengue IgG positive. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah 112/75 mmHg, Nadi 75 x/menit, RR 20 x/menit, suhu tubuh (aksila) 37.7°C. Resiko perdarahan pasien DHF disebabkan oleh infeksi virus *dengue* yang membentuk kompleks antigen-antibodi kemudian mengaktivasi sistem komplemen menyebabkan terjadinya *agregasi* trombosit dan mengaktivasi sistem koagulasi melalui kerusakan endotel pembuluh darah. Kelompok antigen-antibodi dalam membrane trombosit mengalami pelekatan sehingga merangsang pengeluaran ADP yang membuat sel-sel trombosit saling melekat. Kelompok trombosit dari sel trombosit yang saling melekat tadi dihancurkan oleh sistem retikuloendotel sehingga mengakibatkan terjadinya trombositopeni (faktor-faktor pembekuan darah) lalu agresi trombosit tadi akan menyebabkan pengeluaran platelet faktor III penyebab terjadinya koagulopati konsumtif atau koagulasi intravaskuler diseminata (KID) lalu mengalami peningkatan FDP (*Fibrinogen degradation product*) yang mengakibatkan turunya faktor pembekuan darah (Soedarto, 2012).

## 2. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit

Data pengkajian yang didapatkan dari diagnosis tersebut adalah pasien mengeluh panas hari ke 5 terutama sore dan malam hari, badan terasa hangat Suhu 37,7°C. Menurut (Valentino, Riyanto, & Dewi, 2012) penyakit DHF disebabkan oleh infeksi virus *dengue* yang ditularkan oleh nyamuk *Aedes Aegypti* yang biasanya berlangsung pada musim penghujan. Virus *dengue* akan masuk ke dalam peredaran darah orang yang digigitnya bersama saliva nyamuk, kemudian virus

akan mengakibatkan leukosit menurun dan bereplikasi. Leukosit akan merespon adanya viremia dengan mengeluarkan protein *cytokines* dan *interferon* yang bertanggung jawab terhadap timbulnya demam atau hipertermia (Wijaya & Putri, 2016). Menurut Nuratif dan Kusuma 2016 hipertermi adalah peningkatan suhu tubuh diatas normal dengan baatasan karakteristik peningkatan suhu diatas normal lebih dari 37,5<sup>0</sup>C, kulit kemerahan, kejang, takikardi, takipnea, kulit teraba panas. Hipertermi adalah adanya kenaikan suhu tubuh diatas normal sebagai respon dari stimulus patologis (stimulus yang menyebabkan sakit) yang berhubungan dengan adanya infeksi bakteri yang serius dan juga beresiko terkena infeksi bakteri maupun virus lebih lanjut.

3. Defisit nutrisi berhubungan denganketidakmampuan mencerna makanan

Data pengkajian yang didapatkan pasien mengeluh mual muntah makan habis ¼ porsi mukosa bibir kering bising usus meningkat. Menurut (Namvongsa et al., 2013) mengatakan bahwa mual muntah merupakan gejala utama pasien DHF sehingga hampir semua pasien mengalaminya. Muntah yang biasanya diawali dengan rasa mual disebabkan oleh virus *dengue* yang menyebar sampai saluran pencernaan.selanjutnya dari saluran pencernaan tersebut mengaktifkan pusat muntah yang berada di *medulla oblongata* melalui jaras *afere nervus vagus*. Muntah yang terjadi dapat berlanjut dan dapat meningkatkan risiko syok karena dehidrasi sehingga diperlukan terapiemetik.

### 4.3 Perencanaan

1. Resiko perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi

Tujuan resiko perdarahan tidak terjadi setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, dengan kriteria hasil: pemeriksaan trombosit dan

hematokrit normal, tidak ada tanda-tanda perdarahan ptekie, gusi berdarah dan perdarahan hidung.

Rencana keperawatan yang dilakukan pada pasien Tn Y diharapkan tidak terjadi perdarahan dan meningkatnya jumlah trombosit dengan kriteria hasil kehilangan darah yang terlihat (ptekie hilang), tidak ada perdarahan, tidak ada hematuria dan hematemesis, tekanan darah dalam batas (normal 140/90 mmHg), Nadi dalam batas yang diharapkan (60-100 x/ menit) frekuensi nafas dalam batas yang diharapkan (18-24 x/ menit). Hasil laboratorium dalam batas normal seperti hemoglobin (normal 12-16 g/dl), hematocrit (normal 37-43%) dan trombosit (normal 150-450 ribu/ ul) (Nurarifin & Kusuma, 2013).

#### 2. Hipertermi berhubungan dengan gangguan koagulasi

Tujuan: suhu tubuh normal setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, dengan kriteria hasil suhu tubuh dalam batas normal 36,4<sup>0</sup>C-37,4<sup>0</sup>C, tidak ada perubahan warna kulit, nadi dalam batas normal 100-220 x/ menit dan pernafasa dalam batas (normal 30-60 x/ menit)(Wilkinson, 2016)

#### 3. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan

Tujuan: kebutuhan nutrisi terpenuhi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam dengan kriteria hasil berat badan ideal, mukosa bibir lembab, tidak lemas. Anjurkan makan selagi hangat dan memberikan makanan sedikit tapi sering dan kolaborasi dengan ahli gizi (Hidayat, 2014)

### **4.4 Implementasi**

Implementasi merupakan tahap proses keperawatan dimana perawat memberikan intervensi keperawatan langsung dan tidak langsung pada pasien. Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah

disusun. Pelaksanaan rencana keperawatan dilaksanakan secara terkoordinasi dan terintegrasi. Hal ini karena disesuaikan dengan keadaan Tn Y yang sebenarnya.

1. Resiko perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi

Data pengkajian yang didapatkan dari diagnose tersebut adalah keluhan badan terasa lemas, Hasil laboratorium . Hasil pemeriksaan tanda –tanda vital didapatkan tekanan darah 112/75 mmHg, Nadi 67 x/ menit, RR 20 x/menit, suhu tubuh 37.7<sup>0</sup>C

Berdasarkan target pelaksanaan maka penulis melakukan beberapa tindakan yaitu memonitor nilai laboratorium digunakan untuk mengetahui jumlah penurunan trombosit serta peningkatan nilai *hematocrit* (hemokonsetrasi) yang merupakan tanda kebocoran, selain itu terdapat pemeriksaan laboratorium lain IgM dan IgG antidengue, yaitu pemeriksaan yang digunakan untuk mendeteksi zat kebal tubuh yang muncul akibat infeksi *dengue* (Tumaji & Astuti 2013).Memonitor tanda-tanda vital seperti meraba nadi, mengukur tensi darah, suhu tubuh dan pernafasan sangat penting dilakukan karena digunakan untuk mendeteksi kondisi pra syok.faktor yang mendukung rencana keperawatan ini adalah pasien dan keluarga mau bekerjasama dan kooperatif dengan perawat untuk dilakukan semua tindakan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah dibuat guna untuk kesembuhan dan kesehatan pasien.

2. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit

Data pengkajian yang didapatkan dari diagnosis tersebut hipertermi yang dirasakan pasien sejak 2 hari terutama pada siang dan malam hari.

Berdasarkan target pelaksanaan maka penulis melakukan beberapa tindakan yaitu melakukan observasi tanda-tanda vital. Edukasi penggunaan



pakaian yang menyerap keringat terhadap keluarga pasien, memberikan kompres hangat pada aksila dan dahi, mengajurkan keluarga untuk membatasi aktifitas klien, berkolaborasi dengan tim medis lain dalam pemberian obat antipiretik dan antibiotic (Rohmad Adi Candra, 2013)

### 3. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan

Data pengkajian dari diagnose tersebut pasien mengeluh mual, muntah makan habis  $\frac{1}{4}$  porsi, mukosa bibir kering.

Berdasarkan target pelaksanaan maka penulis melakukan beberapa tindakan yaitu melakukan observasi apakah pasien pernah muntah, observasi BB, makan sedikit tapi sering, kolaborasi dengan ahli gizi dan memberikan edukasi kepada keluarga tentang pentingnya memelihara dan meningkatkan kesehatan dalam pemberian nutrisi sehingga mencegah bahaya perdarahan lambung dan pencernaan, makanan sebaiknya yang lembek dan tidak merangsang dan dilarang melakukan banyak aktifitas seperti buang air kecil sebaiknya di tempat tidur (Nadesul hendrawan, 2017).

Dalam melaksanakan pelaksanaan ada beberapa faktor penunjang yang menyebabkan semua rencana tindakan dapat dilaksanakan dengan baik. hal-hal yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan medikal bedah itu antara lain adanya kerjasama yang baik dari perawat maupun dokter dan tim kesehatan lainnya, tersedianya sarana dan prasarana diruangan yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan medikal bedah dan penerimaan yang baik oleh kepala ruangan dan tim perawatan diruangan general kepada peneliti.

Pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, implementasi yang sama dengan tinjauan pustaka, sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan

direalisasikan pada klien dan ada pendokumentasian serta intervensi keperawatan yang nyata dilakukan pada klien.

Pada pelaksanaan tindakan keperawatan tidak ditemukan hambatan dikarenakan klien dan keluarga kooperatif dengan perawat, sehingga rencana tindakan dapat dilaksanakan.

#### **4.5 Evaluasi**

Evaluasi merupakan tahap akhir proses keperawatan dengan cara menilai sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam mengevaluasi, perawat harus memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang dicapai serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil. Evaluasi disusun menggunakan SOAP secara operasional dengan tahapan dengan *sumatif* (dilakukan selama proses asuhan keperawatan) dan *formatif* yaitu dengan proses dan evaluasi akhir. Evaluasi dapat dibagi dalam 2 jenis yaitu evaluasi berjalan (*sumatif*) dan evaluasi akhir (*formatif*). Pada evaluasi belum dapat dilaksanakan secara maksimal karena keterbatasan waktu. Sedangkan pada tinjauan evaluasi pada pasien dilakukan karena dapat diketahui secara langsung keadaan pasien. Dimana setelah dilakukan tindakan keperawatan dapat dievaluasi sebagai berikut:

1. Resiko perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi

Pada hari pertama didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Tn. Y adalah sebagai berikut: Tn Y mengatakan keluhannya badan terasa lemas dan sudah mengurangi aktivitas dan mencoba melakukan aktivitas BAK di tempat tidur diajarkan. Hasil pemeriksaan laboratorium Plt 12 K/ uL Wbc 4.28 K/ uL Hb

16.2 g/ dL HCT 47.9 % dan hasil pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah: 130/80 mmHg, suhu: 36,8°C, nadi: 110 x/menit, RR: 20 x/menit, dan SPO2 : 98%. Masalah teratasi sebagian dan intervensi no. 1-3 tetap dilakukan.

Pada hari kedua didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan medikal bedah pada Tn.Y adalah sebagai berikut: Tn. Y mengatakan kondisinya masih terasa lemas. Pasien juga mengatakan sudah mencoba mengurangi aktivitas. Pasien mengatakan semalam susah tidur tapi tidak tahu sebabnya. Hasil pemeriksaan laboratorium Plt 15 K/ uL Wbc 2.90 K/ uL Hb 17.3 g/ dL HCT 50.2 % Observasi tanda-tanda vital didapatkan hasil tekanan darah: 130/80 mmHg, suhu: 36,5°C, nadi: 110 x/menit, RR: 19 x/menit, dan SPO2 : 98%. Masalah teratasi sebagian dan intervensi no 1-3 tetap dilakukan

## 2. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakitnya

Pada hari pertama didapatkan hasil evaluasi pada pasien Tn Y adalah sebagai berikut: pasien mengatakan merasa gerah dan ingin mandi. Pasien tampak berkeringat akral hangat dan basah.Observasi tanda-tanda vital didapatkan hasil tekanan darah: 130/80 mmHg, suhu: 37,9<sup>0</sup>C, nadi: 110 x/menit, RR: 19 x/menit, dan SPO2 : 98%. pasien berada dalam batas yang normal. Masalah teratasi sebagian dan lanjutkan intervensi no. 1-5.

## 3. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan

Pada hari pertama didapatkan hasil evaluasi pada pasien Tn Y sebagai berikut: Tn Y mengatakan mual dan nafsu makannya menurun, makan habis ¼ porsi. Masalah teratasi sebagian dan melanjutkan intervensi no. 1-5.

Dari pembahasan hasil diatas untuk diagnosa hipertermi, diagnosa deficit nutrisi dan diagnosa resiko perdarahan masih berlanjut sesuai dengan kondisi

medis yang terjadi. Karena sampai berakhirnya pengambilan data ini Hasil pemeriksaan laboratorium Plt 17 K/ uL Wbc 10.90 K/ uL Hb 16.8 g/ dL HCT 51.2 % sudah ada kemajuan tetapi hasil masih dalam batas normal. Kerjasama yang baik antara pasien, keluarga, dan tim kesehatan mempermudah dalam tindakan keperawatan.

## BAB 5

### PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan medikal bedah secara langsung pada pasien dengan diagnosis medis *Dengue haemorrhagic fever* /DHF di Ruang General rumah sakit premier Surabaya, kemudian penulis dapat menarik simpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien dengan diagnosis *Dengue haemorrhagic fever*.

#### 5.1 Simpulan

Mengacu pada hasil uraian tinjauan kasus dan pembahasan pada asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien dengan diagnosis *Dengue haemorrhagic fever*, maka penulis dapat menarik simpulan sebagai berikut:

1. Pada pengkajian yang dilakukan pada tanggal 13 Juli 2020 pukul pasien mengeluh badan panas hari ke 5, mual muntah dan badan terasa lemah tanda-tanda vital tensi 112/75 Nadi 67 x/ menit Suhu 37.7<sup>0</sup>C
2. Diagnosa keperawatan medikal bedah yang muncul pada Tn Y dengan diagnose medis *Dengue haemorrhagic fever* adalah Resiko perdarahan berhubungan dengan, hipertermi berhubungan dengan, deficit nutrisi
3. Perencanaan asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien dengan *Dengue haemorrhagic fever*, harus melihat kondisi pasien secara keseluruhan dan target waktu penyelesaian juga disesuaikan dengan kemampuan pasien karena setiap individu mempunyai rentang respon yang berbeda-beda.

4. Fokus asuhan keperawatan medikal bedah dengan diagnose *Dengue haemorrhagic fever* adalah mengatasi resiko perdarahan, mengobesrvasi tanda-tanda vital dan kesadaran pasien , mencegah adanya tanda-tanda perdarahan yaitu gusi berdarah, Penulis melibatkan keluarga sacar aktif dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.
5. Pada akhir evaluasi dari 2 diagnosa keperawatan terastasi, karena berkat kerja sama yang baik antara pasien keluarga dan tenaga kesehatan.

## 5.2 Saran

Sesuai dari simpulan diatas, penulis memberikan saran sebagai berikut:

- 1 Guna mencapai kriteria hasil keperawatan yangdiharapkan, diperlukan hubungan baik dan keterlibatan pasien, keluarga dan perawat sehingga timbul rasa saling percaya yang akan menimbulkan kerjasama dalam pemberian asuhan keperawatan bersama.
- 2 Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan yang paling lama bersama pasien hendaknya mempunyai pengetahuan, ketrampilan yang cukup serta dapat bekerja sama dengan tim kesehatan lain dalam meberikan asuhan keperawatan.
- 3 Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang profesional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada pasien. Perawat juga perlu meningkatkan pengetahuan baik secara *hard skill* dengan mengikuti pelatihan – pelatihan maupun *soft skill* yaitu dengan disiplin dan ramah sehingga dengan harapan perawat mampu memberikan asuhan keperawatan yang profesional.

- 4 Perawat perlu melakukan pendokumentasian dan jangan sampai lupa tentang hal tersebut karena pendokumentasian merupakan salah satu bukti tanggung jawab serta tanggung gugat perawat jika kelak ada masalah yang menyangkut kepentingan pasien.
- 5 Kembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara holistik dan menyeluruh sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan yang profesional serta dapat bekerja sama dengan tenaga medis lain dalam pemenuhan kebutuhan dasar manusia.

## DAFTAR PUSTAKA

- Bur, R., Suwanto, S., Santoso, W. D., & Harimurti, K. (2016). Serum lactate as predictor and diagnostic biomarker of plasma leakage in adult dengue patients. *Universa Medicina*.  
<https://doi.org/10.18051/univmed.2016.v35.213-221>
- Cui, L., Lee, Y. H., Kumar, Y., Xu, F., Lu, K., Ooi, E. E., ... Ong, C. N. (2013). Serum Metabolome and Lipidome Changes in Adult Patients with Primary Dengue Infection. *PLoS Neglected Tropical Diseases*.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0002373>
- Debora Oba. (2012). *Proses Keperawatan dan pemeriksaan Fisik* (Salemba me). Jakarta.
- Dian Indriyani. (2011). *Tumbuh kembang dan terapi bermain* (Salemba Me). Jakarta.
- Haryanto. (2007). *Konsep Dasar Keperawatan dengan Pemetaan Konsep* (Salemba Me). Jakarta.
- Hidayat. (2008). *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hidayat, A. A. (2014). *Buku Saku Pratikum Kebutuhan Dasar Manusia* (EGC). Jakarta.
- Murwani. (2011). *Pengantar profesi dan praktik keperawatan profesional* (EGC). Jakarta.
- Nadesul hendrawan. (2017). *Cara mudah mengalahkan demam berdarah* (PT Kompas). Jakarta.
- Namvongsa, V., Sirivichayakul, C., Songsithichok, S., Chanthavanich, P., Chocejindachai, W., & Sitcharungsi, R. (2013). Differences in clinical features between children and adults with dengue hemorrhagic fever/dengue shock syndrome. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*.
- Nursalam. (2008). *Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2013). *Manajemen Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Potter & Perry. (2011). *Buku Ajaran Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses dan Praktik*. (E. 4 V. 1, Ed.) (EGC). Jakarta.
- Raihan, R., Hadinegoro, S. R. S., & Tumbelaka, A. R. (2016). Faktor Prognosis Terjadinya Syok pada Demam Berdarah Dengue. *Sari Pediatri*.  
<https://doi.org/10.14238/sp12.1.2010.47-52>
- Riendravi. (2013). *Buku ilmu Perilaku kesehatan* (EGC). Jakarta: Rineka Cipta.



- Setiadi. (2008). *Konsep dan Praktek Penulisan Riset Keperawatan*. Jakarta.
- Soedarto. (2012). *Demam Berdarah Dengue, Dengue Hemorrhagic Fever (IKAIP)*. Jakarta.
- Suriadi dan Rita Yulianni. (2010). *Askep pada anak (EGC)*. Jakarta.
- Valentino, B., Riyanto, B., & Dewi, R. (2012). HUBUNGAN ANTARA HASIL PEMERIKSAAN DARAH LENGKAP DENGAN DERAJAT KLINIK INFEKSI DENGUE PADA PASIEN DEWASA DI RSUP Dr. KARIADI SEMARANG. *Jurnal Kedokteran Diponegoro*.
- WHO. (2009). *Dengue guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control*. World Health Organization. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-374144-8.00078-3>
- WHO, & Regional Office for South-East Asia. (2011). *Comprehensive guidelines for prevention and control of dengue and dengue haemorrhagic fever. Revised and expanded edition*. SEARO Technical. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Widagdo. (2012). *masalah dan Tatalaksana Penyakit Infeksi Pada Anak*. (C. S. Seto, Ed.) (2012th ed.). Jakarta.
- Wilkinson, J. (2016). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan dengan Intervensi dan Kriteria Hasil Edisi 9 (EGC)*. Jakarta.

**Lampiran 1*****CURRICULUM VITAE***

Nama : Elysabeth Oktaviana Purba

Tempat / Tanggal Lahir : Surabaya, 26Oktober 1990

Alamat : Asrama yonif para raider 503 Mojosari-  
Mojokerto, Jawa Timur

## Riwayat Pendidikan :

1. SD Negeri Sidokare II Sidoarjo Tahun 2002
2. SMP PGRI 9 Sidoarjo Tahun 2005
3. SMA Negeri 1 Wonoayu Tahun 2008
4. D III STIKES Hang Tuah Surabaya Tahun 2011
5. STIKES Hang Tuah Surabaya Tahun 2019

## Lampiran 2

### MOTTO dan PERSEMBAHAN

#### Motto:

"SELALU ADA HARAPAN BAGI MEREKA YANG SERING BERDOA


SELALU ADA JALAN BAGI MEREKA YANG SERING BERUSAHA"

#### Persembahan:

Dengan memanjatkan puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa saya mempersembahkan karya ini kepada:

1. Orang tua dan mertua tersayang yang selalu memberikan semangat, do'a dan dukungan yang tidak pernah putus.
2. Untuk Suami dan anak yang selama ini selalu memberikan semangat, do'a dan dukungan yang tidak pernah putus.
3. Untuk Ibu Dwi P yang selama ini memberikan bimbingan ilmu kepada saya, dan perhatian yang tiada duanya.
4. Seluruh rekan-rekan rumah sakit premier Surabaya yang telah membantu dalam menyelesaikan penelitian ini
5. Seluruh teman-teman dan semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan penelitian ini

## Lampiran 3


	<b>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL</b>		No SPO:  <b>SPO – 11</b>
Judul  <b>CUCI TANGAN HIGIENIS</b>		No Revisi  <b>00</b>	Hal. 1-2
<p><b>A. Pengertian</b> Membersihkan/ mencucitangansecarahigienis/ rutin.</p> <p><b>B. Tujuan</b> Bersihkankumandanbakteripenyakit.</p> <p><b>C. Prosedur</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persiapanalat:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kran/ air bersih.</li> <li>b. Sabun Cair/ batang.</li> <li>c. Handuk/ lap kering/ tisu.</li> </ol> </li> <li>2. Persiapanpencucian.       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Air bersih yang mengalir dari kran, cerat atau sumber lain.</li> <li>b. Sabun Cair / batang</li> <li>c. Handuk,, lap kertas atau kain yang kering</li> <li>d. Kuku dijaga selalupendek</li> <li>e. Cincin danglelangperhiasan harus di lepas dari tangan</li> </ol> </li> <li>3. Pelaksanaan       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Basahitangansetinggi pertengahan lengan bawah dengan air mengalir.</li> <li>b. Taruh sabun di bagian tengah tangan yang telah basah, buat busa secukupnya.</li> <li>c. Gosok ke dua telapak tangan dan jari atau punggung tangan, jarid dan persendiannya, kedua ibu jari dengan cara menggenggam dan memutar, bersihkan ujung jarid dan kuku tangan, gosok pergelangan tangan.</li> </ol> </li> </ol>			

- d. Proses berlangsung selama 40 – 60 detik (jika menggunakan air mengalir, 20 – 30 detik jika menggunakan hand scrub).
- e. Bilas kembali dengan air sampai bersih.
- f. Keringkan dengan handuk atau kertas yang bersih atau tissue atau handuk katun sekali pakai.

**C. Daftar Pustaka**

Hidayat, Aziz Alimul. 2005. *Buku Saku Pratikum Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta: EGC.

Kusmiati, Yuni. 2010. *Ketrampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan*. Yogyakarta. Fitramaya.


	<b>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL</b>	No SPO:  <b>SPO –12</b>
Judul  <b>MENGUKUR TEKANAN DARAH</b>	No Revisi  <b>00</b>	Hal. 6-7
<p><b>A. Pengertian</b></p> <p>Menilaitekanandarah yang merupakanindikatoruntukmenilaisistemkardiovaskulerbersamaandenganpemeriksaannadi.</p> <p><b>B. Tujuan</b></p> <p>Mengetahuinilaitekanandarah</p> <p><b>A. Indikasi</b></p> <p>Menilai pola hidup serta identifikasi fakto-faktor resiko kardiovaskuler dan hipertensi.</p> <p><b>B. Kontraindikasi</b></p> <p>Hindari penempatan menset pada lengan yang terpasang infus, shun artetivena, lengan yang mengalami fistula, trauma tertutup gip dan balutan.</p> <p><b>C. Prosedur</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persiapanpasien       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan kepada pasien tindakan yang akan dilakukan.</li> <li>b. Posisikan pasien senyaman mungkin.</li> </ol> </li> <li>2. Persiapanalat       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Spinomanometer (tensimeter) yang terdiridari: manometer air raksa+ kleppenutupdanpembukamansetudara</li> <li>b. Stetoskop</li> <li>c. Bukucatantanda vital danpena</li> <li>d. Pasiendiberitahudenganseksama (bilapasiensadar)</li> </ol> </li> <li>3. Prosedurpelaksanaan       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskanprosedurkepadapasien</li> <li>b. Cucitangan</li> <li>c. Gunakansarungtangan</li> </ol> </li> </ol>		

- d. Aturposisi pasien
- e. Letakkan lengan yang hendak diukur pada posisi terlentang
- f. Lengan bajudibuka
- g. Pasang manset pada lengan kanan/kiri atas sekitar 3 cm di atas fossa cubiti (jangan terlalu ketat maupun terlalu longgar).

**D. Daftar Pustaka**

Hidayat, Aziz Alimul. 2005. *Buku Saku Pratikum Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta: EGC.

Kusmiati, Yuni. 2010. *Ketrampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan*. Yogyakarta. Fitramaya.

	<b>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL</b>	No SPO:  <b>SPO –13</b>
Judul  <b>MENGUKUR SUHU AKSILA</b>	No Revisi  00	Hal. 8-9
<p><b>A. Pengertian</b></p> <p>Mengukur suhu badan pasien dengan menggunakan termometer yang dilakukan di daerah aksila/ketiak.</p> <p><b>B. Tujuan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur panas tubuh</li> <li>2. Mengetahui keseimbangan antara panas yang dihasilkan dengan yang dikeluarkan</li> </ol> <p><b>C. Indikasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bila tidak dapat dikerjakan pada bagian tubuh yang lain.</li> <li>2. Atas intruksi dokter</li> </ol> <p><b>D. Kontraindikasi</b></p> <p>Pasien yang luka/kudis ketiak, operasi pada mammae payudara.</p> <p><b>E. Prosedur</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persiapan Pasien       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan</li> <li>b. Keringkan ketiak pasien</li> </ol> </li> <li>2. Persiapan Alat       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Termometer bersih dalam tempatnya</li> <li>b. Air mengalir</li> <li>c. Bengkok</li> <li>d. Tissue</li> <li>e. Buku catatan</li> <li>f. Jam tangan</li> <li>g. Kapas alkohol</li> </ol> </li> <li>3. Prosedur Pelaksanaan</li> </ol>		




- a. Cucitangansebelumdansesudahmelakukantindakan
- b. Peralatandibawakepasien
- c. Bilaadapengunjung, mintapengunjunguntukmeninggalkankamarpasien
- d. Ijinkanpasienuntukmembantudalampelaksanaanprosedur.Membersihkan area pengukurandengan tissue.
- e. Tempatkantermometerdiketiakpasiendanbiarkanselama 10 menit
- f. Ambiltermometer,  
usapdengankapasalkoholdanbacahasilnyakemudianmasukkandalamlarut andesinfektankemudiancucidankeringkan.
- g. Aturposisipasien

#### **F. DaftarPustaka**

Hidayat, Aziz Alimul.2005.*Buku SakuPratikumKebutuhanDasarManusia*.  
Jakarta: EGC.


Kusmiati, Yuni.2010.*Ketrampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan*.  
Yogyakarta. Fitramaya.

	<b>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL</b>	No SPO:  <b>SPO –14</b>
Judul  <b>MENGUKUR NADI</b>	No Revisi  00	Hal. 10-11
<p><b>A. Pengertian</b></p> <p>Menghitung denyut nadi dengan meraba pada:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Arteri radialis (pergelangan tangan)</li> <li>2. Arteri brakialis (siku bagian dalam)</li> <li>3. Arteri karotis (leher)</li> <li>4. Arteri femoralis (pelipatan paha/ selangkangan)</li> <li>5. Arteri dorsalis pedis (kaki)</li> <li>6. Arteri frontalis (ubun-ubun)</li> </ol> <p><b>B. Tujuan</b></p> <p>Mengetahui jumlah denyut nadi dalam 1 menit.</p> <p><b>C. Indikasi</b></p> <p>Secara rutin, yaitu dikerjakan bersama-sama pada waktu mengambil suhu badan dan tensi.</p> <p><b>D. Kontraindikasi</b></p> <p>Dalam keadaan menggigil.</p> <p><b>E. Prosedur</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persiapan Alat       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Arloji dengan penunjuk detik</li> <li>b. Buku catatan</li> <li>c. Sarung tangan</li> </ol> </li> <li>2. Persiapan Pasien       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien diberi penjelasan</li> <li>b. Posisi pasien berbaring/duduk</li> <li>c. Pasien benar-benar istirahat (rileks)</li> </ol> </li> <li>3. Pelaksanaan       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Cucitangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan</li> </ol> </li> </ol>		

- b. Pakaisarung tangan
  - c. Menghitung denyut nadi bersama dengan mengukur suhu
  - d. Penghitungan dilakukan dengan menempelkan jariteling dan jaritengah pada arteri selama  $\frac{1}{2}$  menit kemudian hasilnya dikalikan 2 (kecuali pada pasien tertentu)
  - e. Khusus pada pasien anak dihitung selama 1 menit
  - f. Hasil penghitungan dicatat di buku suhu
4. Hal-hal yang perlu diperhatikan
- a. Volume denyut nadi, irama, nyeri/ tidak, tekanan nadi/ tidak.
  - b. Tidak boleh mengukur denyut nadi bila barumemeganges
  - c. Pada pasien gawat/ khusus, penghitungan dilakukan lebih sering
  - d. Bila terjadi perubahan pada denyut nadi harus segera dilaporkan kepada penanggung jawab/ dokter yang merawat.

#### **F. Daftar Pustaka**

- Hidayat, Aziz Alimul. 2005. *Buku Saku Pratikum Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta: EGC.
- Kusmiati, Yuni. 2010. *Ketrampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan*. Yogyakarta. Fitramaya.

	<b>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL</b>	No SPO:  <b>SPO –15</b>
Judul  <b>MENGUKUR PERNAFASAN</b>	No Revisi  00	Hal. 12-13
<p><b>A. Pengertian</b> Suatu tindakan untuk menghitung frekuensi respirasi.</p> <p><b>B. Tujuan</b> Mengetahui data objektif tentang respirasi dalam 1 menit</p> <p><b>C. Indikasi</b> Klien dengan gangguan hemodinamik dan gangguan pernafasan</p> <p><b>D. Kontraindikasi</b> Dalam keadaan menggigil.</p> <p><b>E. Prosedur</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persiapan Alat       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Arloji dengan penunjuk detik</li> <li>b. Buku catatan</li> <li>c. Sarung tangan</li> </ol> </li> <li>2. Persiapan Pasien       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien diberi penjelasan</li> <li>b. Posisi pasien berbaring/duduk</li> <li>c. Pasien benar-benar istirahat (rileks)</li> </ol> </li> <li>3. Pelaksanaan       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Cucitangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan</li> <li>b. Pakai sarung tangan</li> <li>c. Mengatur posisi klien</li> <li>d. Meletakkan tangan pasien di perut</li> <li>e. Memperhatikan frekuensi pernafasan (gerakannya turunnyadinding dada) selama 1 menit.</li> <li>f. Mendokumentasikan hasil tindakan.</li> </ol> </li> </ol>		


**F. DaftarPustaka**

Hidayat, Aziz Alimul.2005.*Buku SakuPratikumKebutuhanDasarManusia.*

Jakarta: EGC

Kusmiati, Yuni.2010.*Ketrampilan dasar praktik klinik kebidanan.* Yogyakarta.

Fitramaya.

	<b>PROSEDUR PENERIMAAN PASIEN RAWAT INAP</b>		
	Nomor Dokumen: SPO-01	Nomor Revisi: 00	Halaman 1-3
Pengertian	Penerimaan pasien adalah melakukan kegiatan pada TPPRI yang mempunyai fungsi untuk melayani pendaftaran kepada seluruh pasien Rawat Inap yang akan mendapatkan pelayanan medis dan tinggal diruangan, menempati tempat tidur, mendapatkan pemeriksaan serta perawatan yang diberikan oleh petugas yang ada di ruang rawat inap penyakit dalam.		
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dijadikan pedoman kerja dalam hal pendaftaran pasien rawat inap</li> <li>2. Mengetahui jumlah pasien secara tepat dan sebagai cross check</li> <li>3. Sebagai bahan untuk pembuatan laporan yang benar dan up to date yang membutuhkan pencatatan yang rutin, tepat dan isinya sesuai dengan kebutuhan ruang rawat inap penyakit dalam.</li> </ol>		
Kebijakan	Unit Rekam medis menyediakan SOP Tempat Penerimaan Pasien Rawat Inap (TP2RI) Medical Record & Health Information ruang rawat inap penyakit dalam		
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien datang di bagian admisi dan diterima oleh petugas admisi;</li> <li>2. Petugas menyerahkan Surat Pengantar Rawat Inap yang berasal dari poliklinik, UGD maupun rujukan dari dokter swasta.</li> <li>3. Petugas mengisi berkas rekam medis dengan melakukan wawancara kepada pasien mengenai tempat/fasilitas dan jaminan kesehatan yang diinginkan.</li> <li>4. Petugas mengecek / mencarikan tempat / fasilitas yang diinginkan.</li> <li>5. Petugas menanyakan apakah pasien meminta fasilitas atau perawatan yang lain; <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Jika pasien / keluarga pasien meminta fasilitas / perawatan yang lain sesuai permintaan pasien tersebut, maka pasien diminta untuk mengisi form persetujuan.</li> <li>b. Jika pasien tidak meminta fasilitas yang lain, maka petugas mendaftarkan pasien berdasarkan identifikasi data social pasien;</li> </ol> </li> </ol>		

	<p>6. Petugas menanyakan apakah pasien setuju dengan fasilitas yang sesuai dengan permintaan pasien;</p> <ol style="list-style-type: none"><li>a. Jika setuju, maka pasien mengisi formulir persetujuan;</li><li>b. Jika tidak setuju, maka petugas menanyakan apakah pasien memilih tempat yang lain selama tempat yang diinginkan belum ada.</li><li>c. Jika setuju, maka petugas mengisi formulir persetujuan sesuai tempat yang diinginkan pasien.</li><li>d. Jika tidak setuju, maka petugas merujuk pasien ke rumah sakit lain sesuai permintaan pasien.</li><li>e. Petugas mendaftarkan pasien berdasarkan identifikasi data social pasien;</li></ol> <p>7. Petugas memberitahukan ke pihak ruangan rawat inap akan ada pasien baru;</p> <ol style="list-style-type: none"><li>a. Petugas memberikan informasi kepada pasien bahwa tempat sudah disiapkan.</li><li>b. Petugas mengantarkan pasien untuk diantar ke ruangan rawat inap.</li></ol> <p>8. Petugas medis di unit pelayanan rawat inap memberikan pelayanan kesehatan bagi pasien;</p> <ol style="list-style-type: none"><li>a. Apakah pasien perlu pemeriksaan penunjang yang lain atau tidak.</li><li>b. Jika perlu pemeriksaan penunjang, maka petugas memberikan formulir ke unit pemeriksaan yang dituju.</li><li>c. Jika tidak, maka pasien tetap mendapatkan pelayanan kesehatan rawat inap.</li></ol> <p>9. Petugas Rawat Inap menanyakan kepada dokter apakah pasien sudah diperbolehkan untuk pulang;</p> <ol style="list-style-type: none"><li>a. Jika diperbolehkan untuk pulang, maka petugas menginformasikan kepada pihak pendaftaran ada pasien yang keluar / discharge.</li></ol>
--	--

	<ul style="list-style-type: none"><li>b. Petugas mempersilahkan pasien untuk menyelesaikan administrasi pembayaran di bagian kasir.</li><li>c. Petugas mempersilahkan pasien untuk pulang.</li><li>d. Jika tidak diperbolehkan untuk pulang, maka pasien tetap mendapatkan pelayanan kesehatan rawat inap.</li><li>e. Jika prosedur diatas tidak diindahkan oleh petugas rawat inap, maka petugas yang bersangkutan mendapatkan sangsi oleh pihak manajemen maupun Direktur Rumah Sakit.</li></ul>
Unit Terkait	Prosedur ini berlaku di Tempat Penerimaan Pasien Rawat Inap (Kamar Terima Rawat Inap dan Unit Gawat Darurat)