



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.G DENGAN *DENGUE*
HAEMORRHAGIC FEVER (DHF) DI RUANG DAHLIA
RUMAH SAKIT SWASTA BEKASI BARAT
DI MASA PANDEMI COVID-19**

**Disusun Oleh:
AYU LESTARI
201801009**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes MITRA KELUARGA
BEKASI
2021**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.G DENGAN DENGUE
HAEMORRHAGIC FEVER (DHF) DI RUANG DAHLIA
RUMAH SAKIT SWASTA BEKASI BARAT
DI MASA PANDEMI COVID 19**

**Disusun Oleh:
AYU LESTARI
201801009**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes MITRA KELUARGA
BEKASI**

2021

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS KARYA TULIS ILMIAH

Saya yang betanda tangan dibawah ini:

Nama : Ayu Lestari

NIM : 201801009

Institusi : STIKes Mitra Keluarga Prodi DIII Keperawatan

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Ny. G dengan diagnosa *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* di Ruang Dahlia RS Mitra Keluarga Bekasi Barat” yang dilaksanakan tanggal 5-7 Mei 2021 adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan benar. Orisinalitas karya tulis ilmiah ini, tanpa ada unsur plagiarism baik dalam aspek substansi maupun penulisan.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya. Bila dikemudian hari ditemukan kekeliruan, maka saya bersedia menanggung semua resiko atas perbuatan yang saya lakukan sesuai dengan aturan yang berlaku.

Bekasi, 18 Juni 2021

Yang membuat pernyataan

A handwritten signature in black ink is written over a rectangular official stamp. The stamp is yellow and white with a red border and contains the text 'STIKES MITRA KELUARGA' and 'PRODI DIII KEPERAWATAN'. Below the signature, the identification number 'BB09AJX13818291' is printed.

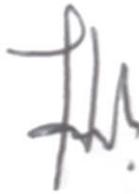
(Ayu Lestari)

LEMBAR PERSETUJUAN

Makalah Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan ada Ny. G dengan *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* di Ruang Dahlia Rumah Sakit Swasta Bekasi Barat Di Masa Pandemi” ini telah disetujui untuk diujikan pada Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji.

Bekasi, 18 Juni 2021

Pembimbing Makalah



(Ns. Devi Susanti, S.Kep.,M.Kep.,Sp.Kep.M.B)

Mengetahui,

Koordinator Program Studi DIII Keperawatan
STIKes Mitra Keluarga



(Ns. Devi Susanti, S.Kep.,M.Kep.,Sp.Kep.M.B)

LEMBAR PENGESAHAN

Makalah Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Ny. G dengan “Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)” di Ruang Dahlia Rumah Sakit Swasta Bekasi Barat” yang disusun oleh Ayu Lestari (201801009) telah diujikan dan dinyatakan LULUS dalam ujian siding dihadapan Tim penguji pada tanggal 22 Juni 2021.

Bekasi, 22 Juni 2021

Penguji I



(Ns. Aprillia Veranita, S.Kep., M.Kep)

Penguji II



(Ns. Devi Susanti, S.Kep.,M.Kep.,Sp.Kep.M.B)

Nama Mahasiswa : Ayu Lestari
NIM : 201801009
Program Studi : DIII Keperawatan
Judul Karya Tulis : **Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny.G Dengan Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) Di Ruang Dahlia Rumah Sakit Swasta Bekasi Barat di Masa Pandemi COVID-19**
Halaman : xii + 59 halaman + 1 lampiran
Pembimbing : Devi Susanti

ABSTRAK

Latar Belakang: Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) merupakan salah satu penyakit infeksius yang disebabkan oleh virus dengue dari gigitan nyamuk *Aedes Aegypti*, *Aedes Albopictus* dan penyakit ini dapat mengakibatkan kematian baik pada anak, remaja maupun dewasa bila tidak ditangani secara cepat dan tepat. Kota Bekasi merupakan salah satu daerah endemis di Jawa Barat yang terdapat penyakit DHF. Pada tahun 2014, jumlah penderita penyakit DHF sebanyak 805 orang dan jumlah kematian sebanyak 11 orang. Pada tahun 2015, jumlah penderita penyakit DHF sebanyak 1.010 orang dan jumlah kematian sebanyak 11 orang. Pada tahun 2016, jumlah penderita penyakit DHF sebanyak 3.813 orang dan jumlah kematian sebanyak 50 orang. Berdasarkan data rekam medis di Rumah Sakit Swasta dalam satu tahun terakhir didapatkan data yaitu sebanyak 1.277 pasien atau sekitar 12,77 %.

Tujuan Umum: Memberikan pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan DHF.

Metode Penulisan: Dalam penyusunan makalah ini penulis menggunakan metode deskriptif yaitu dengan mengungkapkan fakta-fakta sesuai dengan data yang didapat.

Hasil: Hasil dari pengkajian didapatkan 3 diagnosa keperawatan yaitu risiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler, risiko perdarahan berhubungan dengan trombositopenia, dan risiko defisit nutrisi berhubungan dengan keengganan untuk makan. Intervensi prioritas pada diagnosa risiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler adalah catat intake output dan hitung balance cairan/24jam. Intervensi prioritas pada diagnosa risiko perdarahan berhubungan dengan trombositopenia adalah monitor hasil pemeriksaan laboratorium trombosit sesuai program medis. Intervensi prioritas pada diagnosa risiko defisit nutrisi adalah monitor asupan makan.

Kesimpulan dan saran: Asuhan keperawatan pada pasien dengan Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) perlu memerhatikan masalah keperawatan yaitu risiko ketidakseimbangan cairan agar tidak terjadi risiko menjadi aktual. Saran perawat yaitu dengan mengobservasi balance cairan.

Kata Kunci: *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)*, asuhan keperawatan

Daftar Pustaka: 17 (2012-2021)

Name : Ayu Lestari
Student ID Number : 201801009
Study Program : Diploma of Nursing
The Title Scientific Paper : Nursing care for the patient Mrs. G With Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) in the Dahlia Room of West Bekasi Private Hospital during the Covid-19 Pandemic
Pages : xii + 59 page + 1 attachment
Advisor : Devi Susanti

ABSTRACT

Background: Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) is an infectious disease caused by the dengue virus from bite mosquito *Aedes Aegypti*, *Aedes Albopictus*, and this disease can cause death in both children, adolescents, and adults if not treated quickly and appropriately. Bekasi City is one of the endemic areas in West Java that has DHF disease. In 2014, the number of people with DHF was 805 people and the number of deaths was 11 people. In 2015, the number of people with DHF was 1.010 people and the number of deaths was 11 people. In 2016, the number of people with DHF was 3.813 people and the number of deaths was 50 people. Based on medical record data at the West Bekasi Private Hospital in the last year, data were obtained as many as 1.277 patients or about 12.77%.

Main objective: To provide real experience in providing nursing care to patients with DHF.

The method in writing: in preparation for this paper the author uses a descriptive method, namely by revealing the facts according to the data obtained.

Result: The results of the study obtained 3 diagnoses, namely the risk of fluid imbalance associated with increased capillary permeability, the risk of bleeding associated with thrombocytopenia, and the risk of nutritional deficit related to a reluctance to eat. The priority intervention in diagnosing the risk of fluid imbalance associated with increased capillary permeability is to record intake output and calculate fluid balance/24 hours. The priority intervention in diagnosing bleeding risk associated with thrombocytopenia is monitoring the results of laboratory tests for platelets according to the medical program. The priority intervention in diagnosing the risk of the nutritional deficit is monitoring food intake.

Conclusions and Suggestions: Nursing care for patients with *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* needs to pay attention to nursing problems, namely the risk of fluid imbalance so that the risk does not become actual. The nurse's suggestion is to observe the fluid balance.

Keyword: *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)*, Nursing care

References: 17 (2012-2021)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis ucapkan kehadiran Allah SWT, karena dengan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan makalah yang berjudul “Asuhan keperawatan pada Ny. G dengan diagnose Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) diruang dahlia rumah sakit swasta bekasi barat di masa pandemi covid-19”. Adapun tujuan dari makalah ini disusun dalam rangka memenuhi persyaratan ujian mata kuliah semester VI program pendidikan diploma DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga.

Dalam penyusunan makalah ini, penulis telah banyak diberikan doa dan motivasi dari berbagai pihak terutama oleh pembimbing makalah ilmiah yang telah memberikan masukan dan pengarahan bagi penulis untuk dapat menyelesaikan makalah ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan banyak-banyak terimakasih kepada:

1. Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep, Sp.Kep.M.B selaku penguji II, dosen pembimbing KTI yang telah meluangkan waktu dan pikiran untuk membimbing, memberi masukan, memberi saran, serta memotivasi penulis dalam penyusunan makalah ini, dan selaku coordinator program studi DIII Keperawatan.
2. Ns. Aprillia Veranita., M.Kep selaku penguji yang telah bersedia menguji penulis mengenai makalah ini.
3. Ns. Anung Ahadi Pradana., M.Kep.,Sp.Kep.Kom selaku dosen Pembimbing Akademik yang selalu memberikan dorongan dan dukungan serta motivasi penulis dalam penyusunan makalah.
4. Dr.Susi Hartati, SKp.,M.Kep.,Sp.Kep.An. selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga yang telah bersedia memberikan kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan makalah ilmiah ini.
5. Keluarga tercinta mama, papa, dan adekku tersayang yang selalu mendoakan setiap waktu serta memberikan motivasi dan dukungan kepada penulis selama menjalankan studi 3 tahun di STIKes Mitra Keluarga.

6. Seluruh dosen pengajar dan staff STIKes Mitra Keluarga yang telah memberikan bantuan kepada penulis dalam proses belajar selama 3 tahun.
7. Sr. Rini selaku kepala ruangan Dahlia dan Sr. Tuti selaku CM (Clinical Mentor) serta seluruh perawat Dahlia RS Mitra Keluarga Bekasi Barat yang telah membimbing dan membantu penulis dalam praktik.
8. Ny. G selaku pasien yang senantiasa bersedia membantu memberikan informasi dan menerima keberadaan penulis untuk menerapkan dan melakukan Asuhan Keperawatan berlangsung.
9. Teman seperjuangan karya tulis ilmiah KMB khususnya anak bimbingan Ibu Devi yaitu Christine, Arimbi, dan Sisi yang telah memberikan motivasi, dukungan, serta bantuan dalam pembuatan makalah ini.
10. Pejuang Amd.Kep yang terdiri dari Fitriah Dwi Arimbi, Astri Nurul Salsabila, dan Siti Chumaeroh Islami yang sudah memberikan dukungan dan semangat kepada penulis.
11. Kaka tingkat yang sudah wisuda terlebih dahulu yaitu Ka Nisma Ajeng yang sudah memberikan dukungan dan semangat kepada penulis.
12. Seluruh teman-teman seperjuangan angkatan VIII STIKes Mitra Keluarga yang telah berjuang sama-sama dalam menyelesaikan makalah ilmiah.

Terlepas dari semua itu, penulis menyadari sepenuhnya bahwa masih ada kekurangan baik dari segi susunan kalimat maupun tata bahasanya. Oleh karena itu dengan tangan terbuka kami menerima segala saran dan kritik dari pembaca agar kami dapat memperbaiki makalah ini. Akhir kata kami berharap semoga ini bermanfaat untuk masyarakat dan dapat memberikan pengetahuan bagi pembaca.

Bekasi, 5 Mei 2021



(Ayu Lestari)

DAFTAR ISI

COVER DALAM.....	i
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
ABSTRAK.....	v
ABSTRACT	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB I	1
PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	2
C. Ruang Lingkup.....	3
D. Metode Penulisan.....	3
E. Sistematika Penulisan	3
BAB II.....	5
TINJAUAN TEORI	5
A. Pengertian.....	5
B. Etiologi	5
C. Patofisiologi	5
1. Proses perjalanan penyakit	5
2. Manifestasi klinik.....	6
3. Klasifikasi	7

4. Komplikasi	7
D. Penatalaksanaan Medis.....	9
E. Pemeriksaan diagnostik	10
F. Pengkajian Keperawatan	11
G. Diagnosa Keperawatan	15
H. Perencanaan Keperawatan	18
I. Pelaksanaan Keperawatan	23
J. Evaluasi Keperawatan	23
BAB III	24
TINJAUAN KASUS	24
A. Pengkajian keperawatan	24
B. Diagnosa Keperawatan	38
C. Perencanaan, Pelaksanaan, Evaluasi Keperawatan.....	38
BAB IV	49
PEMBAHASAN	49
A. Pengkajian Keperawatan	49
B. Diagnosa Keperawatan	50
C. Perencanaan Keperawatan.....	51
D. Pelaksanaan Keperawatan	52
E. Evaluasi Keperawatan	53
BAB V.....	55
PENUTUP	55
A. Kesimpulan.....	55
B. Saran	56
DAFTAR PUSTAKA	57

DAFTAR TABEL

Tabel 1 : Analisa Data.....	34
-----------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Patoflowdiagram <i>Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)</i>	59
---	----

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Salah satu penyakit infeksius yang terdapat di daerah tropis adalah penyakit *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* (Handoko, 2013). DHF didefinisikan sebagai penyakit infeksi virus akut yang disebabkan oleh virus dengue yang ditandai dengan demam 2-7 hari (Kemenkes RI, 2017).

Menurut penelitian Marina & Hermawati (2018), *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* pada tahun 2015 yang terjadi di Indonesia dengan jumlah kasus sebanyak 129.650 orang. Kemudian terjadi peningkatan pada tahun 2016 sebanyak 2014.171 orang. Kota Bekasi merupakan salah satu daerah endemis DHF di Jawa Barat. Pada tahun 2014, jumlah penderita penyakit DHF sebanyak 805 orang dan jumlah kematian sebanyak 13 orang. Pada tahun 2015, jumlah penderita penyakit DHF sebanyak 1.010 dan jumlah kematian sebanyak 11 orang. Pada tahun 2016, jumlah penderita penyakit DHF terjadi peningkatan sebanyak 3.813 dan jumlah kematian sebanyak 50 orang. Jumlah kasus tertinggi terjadi pada tahun 2016 di Kota Bekasi Provinsi Jawa Barat. Menurut data rekam medis Rumah Sakit Swasta di Bekasi Barat dalam satu tahun terakhir didapatkan data yaitu sebanyak 1.277 pasien atau sekitar 12,77 %.

Berdasarkan angka kejadian kematian DHF yang semakin meningkat apabila terjadi komplikasi. Adapun komplikasi DHF yang terjadi adalah perdarahan luas, syok, ensefalopati dengue, kelainan ginjal dan penurunan kesadaran (Deswati, 2013).

Apabila komplikasi tersebut dapat terjadi, maka perawat memiliki peran penting di masa pandemi COVID-19. Peran perawat sangat dibutuhkan dalam

asuhan keperawatan yaitu sebagai *Caregiver* atau pemberi asuhan keperawatan, *advocate* atau *advocator*, *educator* atau pemberi edukasi, dan *kolaborator* atau *berkolaborasi* dengan tenaga kesehatan lain. Peran perawat sebagai *caregiver* yaitu perawat dalam melakukan asuhan keperawatan di masa pandemi, perawat menerapkan protokol kesehatan dengan memakai alat pelindung diri yaitu masker untuk mencegah terjadinya kontaminasi terhadap pasien, mencuci tangan dan pasien dilakukan pemeriksaan skrining COVID-19 yaitu swab antigen. Peran perawat sebagai *advocate* atau *advocator* yaitu perawat akan membantu untuk mengurangi stigma bagi pasien dan keluarga yang terindikasi positif COVID-19 (Malini, 2020). Peran perawat sebagai *educator* yaitu dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien yang menjalani isolasi, keluarga dan serta masyarakat umum (Friandani, 2021). Peran perawat sebagai kolaborator yaitu berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya yang terdiri dari dokter, ahli gizi, teknik laboratorium medik, fisioterapi, dan lain-lain dalam memberikan pelayanan keperawatan selanjutnya bagi pasien dengan DHF. Kolaborasi khususnya dilakukan untuk pemberian obat oral Sumagesic serta dalam pemberian diet 3J yaitu jumlah (kalori), jenis, dan jadwal.

Oleh karena itu, penulis tertarik untuk membahas mengenai asuhan keperawatan dengan Dengue Haemorrhagic Fever (DHF).

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulis memperoleh pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan DHF.

2. Tujuan Khusus

Penulis diharapkan mampu:

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF).

- b. Menentukan diagnosa keperawatan pada pasien dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF).
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada pasien dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF).
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF).
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF).
- f. Mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan praktik.
- g. Mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat serta dapat mencari solusi atau alternatif pemecahan masalah.
- h. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF).

C. Ruang Lingkup

Penulisan makalah ini merupakan asuhan keperawatan pada pasien Ny.G dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) di Ruang Dahlia Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat selama 3 hari dari tanggal 5 Mei 2021 sampai dengan tanggal 7 Mei 2021.

D. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan adalah metode deskriptif naratif yaitu memberi gambaran dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien melalui pendekatan proses keperawatan.

E. Sistematika Penulisan

Dalam penulisan karya ilmiah ini tersusun dari 5 BAB yang disusun secara sistematis, yaitu: BAB I yang berisi tentang pendahuluan, latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan, ruang lingkup dan sistematika penulisan. BAB II

terdiri dari tinjauan teori yaitu pengertian, etiologi, patofisiologi (proses perjalanan penyakit, manifestasi klinik, klasifikasi, komplikasi), penatalaksanaan medis, pengkajian keperawatan, diagnose keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan). BAB III berisi tentang tinjauan kasus yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB IV berisi tentang pembahasan yang menjelaskan kesenjangan antara teori dan kasus dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB V berisi tentang kesimpulan dan saran. Daftar pustaka yang mencantumkan beberapa buku referensi yang digunakan. Bagian akhir dari penulisan karya ilmiah ini adalah lampiran yang berupa patoflowdiagram DHF.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) adalah penyakit demam akut yang dapat menyebabkan kematian dan disebabkan oleh empat serotype virus dari genus *Flavivirus*, virus RNA dari keluarga *Flaviviridae* (Soedarto, 2012b). *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* adalah penyakit demam akut yang disebabkan oleh virus *dengue* dari gigitan nyamuk *Aedes Aegypti* dan *Aedes Albopictus* (Soedarto, 2014).

B. Etiologi

Menurut Soedarto (2012), demam *dengue* disebabkan oleh virus *dengue* (DEN) yang termasuk genus *flavivirus*. Nyamuk yang ditularkan oleh virus tergolong RNA positive-strand *flaviviridae*. Terdapat empat serotype virus DEN yang sifat antigennya berbeda, yaitu virus *dengue-1* (DEN-1), virus *dengue-2* (DEN-2), virus *dengue-3* (DEN-3), virus *dengue-4* (DEN-4). Pada tahun 1994, menurut Albert sabin bahwa spesifikasi virus *dengue* memiliki genotype yang berbeda diantaranya yaitu serotype.

C. Patofisiologi

1. Proses perjalanan penyakit

Menurut (Candra, 2010) menjelaskan bahwa peningkatan akut permeabilitas vaskuler yang mengakibatkan terjadinya kebocoran plasma ekstravaskuler, sehingga menimbulkan hemokonsentrasi dan penurunan tekanan darah. Setelah masuk kedalam tubuh manusia melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti*, maka virus *dengue*

berkembangbiak didalam sel retikuloendotelial kemudian terjadilah viremia yang berlangsung selama hari ke 5-7. Antibodi yang biasanya muncul adalah kadar IgG dan IgM, pada infeksi primer antibody mulai terbentuk, dan bila terjadi infeksi sekunder maka kadar antibody meningkat. Antibodi terhadap virus dengue dapat ditemukan didalam darah pada demam hari ke-5, kemudian meningkat di minggu pertama sampai dengan minggu ketiga, dan menghilang sekitar hari ke 60-90. Kadar IgG dan IgM sangatlah berbeda dan dapat dibedakan antara infeksi primer dengan infeksi sekunder. Infeksi primer antibody IgG meningkat selama demam 14 hari, sedangkan infeksi sekunder antibody IgG meningkat pada hari kedua. Oleh karena itu diagnosis infeksi primer dapat ditegakkan dengan mendeteksi antibody IgM setelah demam hari ke-5, sedangkan diagnosis infeksi sekunder dapat ditegakkan dengan adanya peningkatan antibody IgG dan IgM. Yang menentukan beratnya penyakit adalah meningkatnya permeabilitas dinding pembuluh darah, trombositopenia dan diathesis hemoragik. Kemudian hal yang terjadi yaitu nilai hematokrit meningkat bersamaan dengan hilangnya plasma melalui endotel dinding pembuluh darah. Dan dengan hilangnya plasma maka pasien mengalami hypovolemi. Apabila tidak teratasi bisa terjadi anoreksia jaringan, asidosis metabolic dan kematian.

2. Manifestasi klinik

Menurut Kemenkes RI (2017) diagnosis DHF dapat ditegakkan bila ditemukan manifestasi, antara lain:

- a. Demam 2-7 hari.
- b. Adanya manifestasi perdarahan baik yang spontan seperti petekie, purpura, ekimosis, epistaksis, peradranan gusi, hematesis atau melena, maupun berupa uji tourniquet.
- c. Trombositopenia (Trombosit $\leq 100.000/\text{mm}^3$).

d. Kebocoran plasma (*Plasma leakage*) dapat terjadi karena adanya peningkatan permeabilitas vascular dengan ditandai sebagai berikut:

- 1) Peningkatan hematokrit atau hemokonsentrasi $\geq 20\%$ dari nilai baseline atau terjadi penurunan pada *fase konvalesen*.
- 2) Efusi pleura, asites, hipoproteinemia atau hipoalbuminemia.

3. Klasifikasi

Menurut Dania (2016) klasifikasi derajat penyakit virus dengue, yaitu:

- a. Klasifikasi derajat I: demam diikuti gejala spesifik, satu-satunya manifestasi pendarahan adalah test Torniquet yang positif atau mudah memar.
- b. Klasifikasi derajat II: gejala yang ada pada tingkat I ditambah dengan pendarahan spontan, pendarahan bisa terjadi di kulit atau di tempat lain.
- c. Klasifikasi derajat III: kegagalan sirkulasi ditandai dengan denyut nadi yang cepat dan lemah, hipotensi, suhu tubuh menurun, kulit lembab, dan penderita gelisah.
- d. Klasifikasi derajat IV: shock berat dengan nadi yang tidak teraba, dan tekanan darah tidak dapat diperiksa, fase kritis pada penyakit ini diakhiri dengan masa demam.

4. Komplikasi

Menurut Deswati (2013) komplikasi pada kasus DHF, yaitu:

- a. Perdarahan luas

Infeksi virus dengue menyebabkan terbentuknya antigen-antibodi yang dapat mengaktivasi sistem komplemen, menyebabkan agregasi, trombosit dan mengaktivasi sistem koagulasi melalui kerusakan sel

endotel pembuluh darah. Agregasi trombosit terjadi sebagai akibat dari perlengketan kompleks antigen-antibodi pada membrane trombosit mengeluarkan ADT, hal ini yang akan menyebabkan trombosit akan dihancurkan oleh RES, sehingga terjadi trombositopenia.

b. Syok

Infeksi sekunder oleh virus dengue yang menyebabkan respon antibody amnestic yang terjadi dalam waktu beberapa hari mengakibatkan proliferasi dan transformasi limfosit dengan menghasilkan titer tinggi antibody IgG. Kemudian terbentuk sistem komplemen, pelepasan C3a C5a akibat aktivasi C3 dan C5 yang menyebabkan peningkatan permeabilitas dinding pembuluh darah dan merembesnya plasma dari ruang intravaskuler ke ruang ekstrasvaskuler. Syok yang tidak dapat ditangani dapat menyebabkan asidosis dan anoksia yang dapat berakhir fatal yaitu kematian.

c. Ensefalopati Dengue

Komplikasi ensefalopati dapat terjadi syok dengan perdarahan, tetapi dapat juga terjadi pada DHF yang tidak disertai dengan syok. Gangguan metabolik seperti hipoksemia, hiponatremia atau perdarahan dapat terjadi penyebab dari ensefalopati tersebut.

d. Kelainan ginjal

Dapat dijumpai uremik hemolitik walaupun jarang, untuk mencegah gagal ginjal maka setelah syok diobati dengan menggantikan volume intravaskuler, pentingnya diperhatikan apakah benar syok telah teratasi dengan baik.

e. Penurunan kesadaran

Saat terjadi infeksi virus dengue kemudian mengalami replikasi maka terbentuk kompleks virus antibody yang menyebabkan efek salah satunya permeabilitas kapiler yang meningkat sehingga terjadi penurunan transportasi O₂ ke otak, maka mengakibatkan penurunan kesadaran.

D. Penatalaksanaan Medis

Menurut Sidiek (2012), pada dasarnya pengobatan *DHF* bersifat suportif yaitu mengatasi kehilangan cairan plasma sebagai akibat peningkatan permeabilitas kapiler. Penatalaksanaan farmakologi penderita *DHF* adalah dengan terapi infus, obat antipiretik, antibiotic, dan pengecekan laboratorium (hemoglobin, hematokrit, dan trombosit) setiap hari, sedangkan secara non farmakologi adalah sebagai berikut:

1. Tirah baring atau istirahat
2. Diet makan lunak
3. Minum banyak (2-2,5 liter/24 jam) seperti: Susu, teh manis, sirup dan oralit.
4. Monitor tanda-tanda vital setiap 3 jam (suhu, nadi, tekanan darah, dan pernafasan). Jika kondisi pasien memburuk, observasi ketat setiap per jam.
5. Monitor tanda-tanda perdarahan (mimisan dan gusi berdarah).
6. Monitor tanda-tanda dan renjatan seperti keadaan umum, perubahan tanda-tanda vital, maupun hasil pemeriksaan laboratorium yang memburuk

Menurut Kemenkes RI (2018), pencegahan *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* dapat dilakukan dengan cara 3M yaitu:

1. Menguras, adalah membersihkan tempat yang sering dijadikan tempat penampungan air seperti: bak mandi, ember, dan tempat penampungan air minum.

2. Menutup, adalah dapat dilakukan dengan menutup rapat-rapat tempat penampungan air seperti: drum, kendi, dan toren air.
3. Memanfaatkan kembali atau mendaur ulang barang bekas, adalah tempat untuk perkembangbiakan nyamuk *aedes aegypti*.

Menurut Dinkes (2020), pencegahan *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* dimasa pandemi COVID-19 dapat dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Pemberantasan sarang nyamuk di rumah dapat dilakukan dengan penyemprotan (*Indoor Spraying*).
2. Bila terdapat tanda dan gejala, maka segera lapor ke RT atau RW dan puskesmas.
3. Periksa ke fasilitas pelayanan kesehatan dengan menggunakan masker, mencuci tangan, dan menjaga jarak.
4. Bila ada riwayat kontak fisik dengan pasien COVID-19 segera lapor ke dokter atau ke petugas kesehatan.
5. Fogging dapat dilakukan di luar atau halaman rumah anggota keluarga tetap didalam rumah.

E. Pemeriksaan diagnostik

Menurut Triwibowo (2013), pemeriksaan diagnostik *DHF* tidak hanya dapat di lihat dari gejala yang muncul, tetapi diperlukan adanya pemeriksaan lanjutan seperti:

- a. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan dilakukan untuk memeriksa trombosit dan adanya rembesan plasma karena peningkatan permeabilitas vaskuler. Pada penderita *DHF*, trombosit dalam tubuh mengalami penurunan yang drastis mencapai 100.00 sel/mm³ atau bahkan lebih rendah.

- b. Pemeriksaan serologis

Pemeriksaan serologis dilakukan dengan haemagglutination inhibition test (HIT) untuk mengetahui terjadinya peningkatan titer antibody darah yang diambil dengan kertas filter atau serum penderita, pemeriksaan serologis sebagai berikut:

- 1) Apabila titer antibodi kurang dari 1/20 dan titer *antibodi fase konvalesen* meningkat 4 kali atau lebih tapi kurang dari 1/2560, berarti infeksi primer
- 2) Apabila titer antibodi kurang dari 1/20 atau lebih sedangkan titer *antibodi fase konvalesen* meningkat lebih besar atau sama dengan 1/2560, berarti infeksi ulangan
- 3) Apabila titer antibodi akut kurang dari 1/20 atau lebih sedangkan titer *antibodi fase konvalesen* naik lebih dari atau sama dengan 4 kali, berarti infeksi ulangan
- 4) Apabila titer antibodi akut lebih atau sama dengan dengan 1/1280 dan titer *antibodi fase konvalesen* tetap atau naik, berarti infeksi baru

c. Pemeriksaan NS1

Fungsi pemeriksaan NS 1 untuk melihat antigen. Nilai normal: (-) negatif

d. Pemeriksaan Rumple Leed Test (tourniquet test)

Rumple leed test merupakan salah satu yang paling mudah dan cepat untuk menentukan apakah terkena *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* atau tidak.

F. Pengkajian Keperawatan

Menurut Nurarif & Kusuma (2015), pengkajian merupakan tahap yang sangat penting sebelum melakukan asuhan keperawatan. Pengkajian bertujuan untuk mendapatkan data-data tentang pasien sebelum menentukan rencana asuhan keperawatan yang diberikan. Pengkajian dilakukan dengan menggunakan beberapa teknik yaitu: wawancara: pengkajian yang dilakukan dengan

memberikan beberapa pertanyaan pada pasien atau keluarga. Pengukuran: meliputi pemeriksaan tekanan darah, nadi, suhu dan pernapasan. Pemeriksaan fisik: pemeriksaan yang dilakukan dari kepala sampai kaki dengan inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi untuk melihat adanya kelainan atau tidak.

1. Kaji riwayat keperawatan

a. Identitas

Nama, umur, jenis kelamin, alamat, pendidikan.

b. Keluhan utama

Pada saat pengkajian pertama pada klien dengan DHF sering kali keluhan utama yang didapatkan adalah panas atau demam.

c. Riwayat penyakit sekarang

Data yang didapat dari klien atau keluarga klien tentang perjalanan penyakit dari keluhan saat sakit hingga dilakukan asuhan keperawatan, biasanya klien mengeluh demam yang disertai menggigil, mual, muntah, pusing, lemas, dan pegal-pegal. Selain itu terdapat tanda-tanda perdarahan seperti petekie, gusi berdarah, diare yang bercampur darah, dan epiktasis.

d. Riwayat penyakit dahulu

Pada pasien DHF tidak ditemukan hubungan dengan riwayat penyakit dahulu. Hal ini dikarenakan DHF disebabkan oleh *virus dengue* dengan masa inkubasi kurang lebih 15 hari. Serangan kedua bisa terjadi pada pasien yang pernah mengalami DHF sebelumnya. Namun hal tersebut jarang terjadi karena pada pasien yang pernah mengalami serangan sudah mempunyai sistem imun pada virus tersebut.

e. Riwayat penyakit keluarga

Penyakit DHF merupakan penyakit yang diakibatkan nyamuk terinfeksi virus dengue. Jika salah satu dari anggota keluarga ada yang terserang penyakit DHF kemungkinan keluarga lain ada yang dapat menular karena gigitan nyamuk.

2. Pengkajian pola dan fungsi kesehatan

- a. Nutrisi: pasien mengalami penurunan nafsu makan dikarenakan pasien mengalami mual, muntah setelah makan.
- b. Aktifitas: pasien biasanya mengalami gangguan aktifitas dikarenakan pasien mengalami kelemahan, nyeri tulang dan sendi, pegal-pegal dan pusing.
- c. Istirahat tidur: demam, pusing, nyeri, dan pegal-pegal berakibat terganggunya istirahat dan tidur.
- d. Eliminasi: pada pasien DHF didapatkan bahwa pasien mengalami diare, haluaran urine menurun, BAB keras.
- e. Personal hygiene: pasien biasanya merasakan pegal dan perasaan seperti tersayat pada kulit karena demam sehingga pasien memerlukan bantuan orang lain dalam memenuhi perawatan diri.

3. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum

Pada derajat I, II, III biasanya pasien dalam keadaan composmentis, sedangkan pada derajat IV pasien mengalami penurunan kesadaran. Pada pemeriksaan didapatkan hasil demam naik turun serta menggigil, penurunan tekanan darah, frekuensi nadi, cepat dan teraba lemah.

b. Kulit

Kulit tampak kemerahan merupakan respon, fisiologis dan demam tinggi, pada kulit tampak terdapat bintik merah (petekie), hematom, ekimosis (memar).

c. Kepala

Pada pasien dengan DHF biasanya kepala terasa nyeri.

d. Wajah

Wajah tampak kemerahan, kemungkinan tampak bintik-bintik merah atau petekie.

e. Mulut

Terdapat perdarahan pada gusi, mukosa tampak kering, lidak tampak kotor.

f. Leher

Tidak tampak pembesaran *Jugularis Venous Pressure* (JPV).

g. Dada

Pemeriksaan dada biasanya ditemukan pernapasan dangkal, pada perkusi dapat ditemukan bunyi nafas cepat dan sering berat, redup karena efusi pleura. Pada pemeriksaan jantung ditemui suara abnormal, suara jantung pada S1 S2 tunggal, dapat terjadi anemia karena kekurangan cairan, sianosis pada organ tepi.

h. Abdomen

Nyeri tekan pada perut, saat dilakukan pemeriksaan dengan palpasi terdapat pembesaran hati dan limfe.

i. Anus dan genitalia

Pada pemeriksaan anus dan genitalia terkadang dapat ditemukannya gangguan karena diare atau konstipasi, misalnya kemerahan, dan lesi pada kulit.

j. Ekremitas atas dan bawah

Umumnya pada pemeriksaan fisik penderita DHF ditemukan ekremitas dingin, lembab, dan terkadang disertai sianosis.

4. Pemeriksaan penunjang

Hasil pemeriksaan darah pada pasien DHF yang didapatkan dengan hasil:

- a. Uji tourniquet positif
- b. Jumlah trombosit mengalami penurunan
- c. Hematokrit mengalami peningkatan sebanyak >20%
- d. Hemoglobin menurun
- e. Peningkatan leukosit

G. Diagnosa Keperawatan

Menurut SDKI (PPNI, 2016), diagnosa keperawatan pada pasien *DHF* yaitu:

1. Hipertermia (D.0129)

Definisi

Suhu tubuh meningkat di atas rentang normal tubuh.

Penyebab

- a. Dehidrasi
- b. Ketidaksiesuaian pakaian dengan suhu lingkungan
- c. Peningkatan laju metabolisme
- d. Respon trauma
- e. Penggunaan inkubator

Kriteria Mayor

Subjektif: (tidak tersedia)

Objektif

Suhu tubuh lebih dari 37,8°C oral atau 38,8°C rektal.

Kriteria Minor

Subjektif: (tidak tersedia)

Objektif

- a. Kulit merah
- b. Kejang
- c. Takikardi
- d. Takipnea
- e. Kulit terasa hangat.

2. Nyeri akut (D.0077)

Definisi

Pengalaman sensorik atau emosional yang berhubungan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional.

Penyebab

- a. Agen pencedera fisiologis (mis. infeksi, iskemia, neoplasma)

- b. Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)
- c. Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

Kriteria Mayor

Subjektif: mengeluh nyeri

Objektif

- a. Tampak meringis
- b. Gelisah
- c. Frekuensi nadi meningkat
- d. Sulit tidur

Kriteria Minor

Subjektif: (tidak tersedia)

Objektif

- a. Tekanan darah meningkat
- b. Pola napas berubah
- c. Berfokus pada diri sendiri
- d. Diaforesis

3. Risiko defisit nutrisi (D.0032)

Definisi

Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme

Penyebab

- a. Ketidakmampuan mencerna makanan
- b. Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi
- c. Peningkatan kebutuhan metabolisme
- d. Faktor ekonomi (mis. finansial tidak mencukupi)
- e. Faktor psikologis (mis. stress, keangasan untuk makan)

Kriteria Mayor

Subjektif: (tidak tersedia)

Objektif

Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal

Kriteria Minor

Subjektif

- a. Cepat kenyang setelah makan
- b. Nyeri abdomen
- c. Nafsu makan menurun

Objektif

- a. Bising usus hiperaktif
- b. Membran mukosa pucat
- c. Sariawan
- d. Serum albumin turun
- e. Rambut rontok berlebihan
- f. Diare

4. Risiko ketidakseimbangan cairan (D.0036)

Definisi

Berisiko mengalami penurunan, peningkatan atau percepatan perpindahan cairan dari intravaskuler, interstisial atau intraselular.

Faktor risiko

- a. Prosedur bedah mayor
- b. Trauma/perdarahan
- c. Luka bakar
- d. Aferesis
- e. Asites
- f. Obstruksi intestinal
- g. Peradangan pancreas
- h. Penyakit ginjal dan kelenjar
- i. Disfungsi intestinal

5. Risiko perdarahan (D.0012)

Definisi

Berisiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi didalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh).

Faktor risiko

- a. Gangguan gastrointestinal (mis. penyakit ulkus lambung, polip, varises)
- b. Gangguan fungsi hati (mis. sirosis hepatitis)
- c. Komplikasi antenatal (mis. ketuban pecah dini, plasenta previa/abruptio, kehamilan kembar)
- d. Komplikasi pasca partum (mis. atoni uterus, retensi plasenta)
- e. Gangguan koagulan (mis. trombositopenia)
- f. Efek agen farmakologis
- g. Tindakan pembedahan
- h. Trauma
- i. Kurang terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan
- j. Proses keganasan

H. Perencanaan Keperawatan

Menurut SIKI (PPNI, 2018) dan (Doenges, M.E & Moorhouse, M.F & Geissler, 2012), perencanaan keperawatan pada pasien DHF yaitu:

1. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit

Tujuan: setelah diberikan tindakan diharapkan suhu tubuh normal.

Kriteria hasil:

- a. Kulit merah menurun
- b. Suhu tubuh membaik
- c. Tekanan darah membaik

Intervensi:

- a. Monitor suhu tubuh

Rasional: suhu tubuh merupakan acuan untuk mengetahui keadaan umum pasien.

b. Longarkan atau lepaskan pakaian

Rasional: memberikan rasa nyaman agar tidak merangsang peningkatan suhu tubuh.

c. Berikan cairan oral

Rasional: peningkatan suhu tubuh mengakibatkan penguapan tubuh meningkat sehingga perlu diimbangi dengan asupan cairan.

d. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, *jika perlu*

Rasional: pemberian cairan sangat penting bagi pasien dengan suhu tubuh tinggi.

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri teratasi.

Kriteria hasil:

- a. Keluhan nyeri menurun
- b. Meringis menurun
- c. Kesulitan tidur menurun

Intervensi:

- a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas intensitas nyeri

Rasional: dengan mengidentifikasi dapat mempermudah perawat untuk dapat berfokus pada penyebab nyeri dan manajemennya.

- b. Identifikasi skala nyeri

Rasional: dengan mengidentifikasi skala nyeri maka akan membantu perawat untuk mengetahui tingkat nyeri pada pasien.

- c. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, terapi music dan kompres hangat/dingin)

Rasional: meningkatkan istirahat, memusatkan kembali perhatian pasien dan dapat meningkatkan koping.

- d. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Rasional: dengan mengajarkan teknik non farmakologis pasien dapat merasakan nyeri membaik.

- e. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

Rasional: pemberian analgetik dapat memblok nyeri pada susunan saraf pusat.

3. Defisit nutrisi berhubungan dengan keenganan untuk makan

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kebutuhan nutrisi dapat teratasi.

Kriteria hasil:

- a. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat
- b. Frekuensi makan membaik
- c. Nafsu makan membaik

Intervensi:

- a. Identifikasi status nutrisi

Rasional: dengan mengidentifikasi status nutrisi memenuhi asupan gizi yang baik.

- b. Identifikasi makanan yang disukai

Rasional: dengan mengidentifikasi untuk merangsang nafsu makan pasien sehingga pasien mau makan.

c. Monitor berat badan

Rasional: berat badan merupakan salah satu indikator untuk pemenuhan nutrisi

d. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah kontipasi

Rasional: agar dapat memudahkan organ pencernaan dalam metabolisme

e. Kolaborasi medikasi sebelum makan (mis, Pereda nyeri, antimietik), jika perlu

Rasional: untuk membantu mengatasi gejala mual dan muntah

4. Risiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan peningkatan atau perpindahan cairan dari intravaskuler ke ekstrasvaskuler.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan risiko ketidakseimbangan cairan tidak terjadi.

Kriteria hasil:

- a. Membran mukosa lembap meningkat
- b. Asupan makan meningkat
- c. Tekanan darah membaik
- d. Frekuensi nadi membaik
- e. Turgor kulit membaik

Intervensi:

- a. Monitor status hidrasi (mis. frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, pengisian kapiler, kelembapan mukosa, turgor kulit dan tekanan darah)

Rasional: untuk mengetahui dengan cepat dari keadaan normal

b. Catat intake dan output

Rasional: untuk mengetahui keseimbangan cairan.

c. Berikan cairan asupan cairan, sesuai kebutuhan

Rasional: asupan cairan sangat diperlukan untuk menambah volume cairan tubuh.

d. Berikan cairan intravena, sesuai kebutuhan

Rasional: pemberian cairan intravena sangat penting bagi pasien yang mengalami kekurangan cairan tubuh karena cairan tubuh masuk melalui pembuluh darah.

5. Resiko perdarahan berhubungan dengan trombositopenia

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan risiko perdarahan tidak terjadi.

Kriteria hasil:

- a. Kelembapan kulit meningkat
- b. Hemoglobin membaik
- c. Hematokrit membaik
- d. Tekanan darah membaik

Intervensi:

- a. Monitor tanda-tanda penurunan trombosit yang disertai gejala klinis

Rasional: penurunan trombosit merupakan tanda adanya kebocoran dari pembuluh darah yang pada tahap tertentu dapat menimbulkan tanda-tanda klinis seperti epitaksis.

b. Monitor trombosit setiap hari

Rasional: dengan trombosit yang dipantau setiap hari, dapat diketahui tingkat kebocoran pembuluh darah dan kemungkinan perdarahan yang dialami pasien.

c. Pertahankan bedrest selama perdarahan

Rasional: aktivitas pasien yang tidak terkontrol dapat menyebabkan perdarahan.

I. Pelaksanaan Keperawatan

Implementasi adalah proses keperawatan dari langkah keempat yang direncanakan oleh perawat untuk membantu klien mencegah, mengurangi, dan menghilangkan dampak atau respons yang ditimbulkan oleh masalah keperawatan (Ali, 2016).

J. Evaluasi Keperawatan

Menurut (Wijaya, 2013) evaluasi adalah proses penilaian pencapaian tujuan terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi respons pasien terhadap tindakan keperawatan untuk menentukan apakah tujuan keperawatan telah tercapai.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 5 Mei 2021. Pasien masuk pada tanggal 4 Mei 2021 di Ruang Dahlia kelas II, nomor register 110-57-88 dengan diagnose medis *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)*.

1. Identitas pasien

Pasien Ny.G dengan umur 34 tahun. Pasien sudah menikah, beragama Islam, pasien bersuku sunda, pendidikan D3 keperawatan. Bahasa yang digunakan sehari-hari adalah Bahasa Indonesia. Pasien seorang Ibu rumah tangga, pasien bertempat tinggal di Bekasi Utara.

2. Resume

Pasien Ny.G berusia 34 tahun datang ke IGD di Rumah Sakit Swasta di Bekasi Barat pada tanggal 4 Mei 2021 pukul 11.25 WIB dengan keluhan kepala pusing, badan linu-linu, badan pegal-pegal, timbul petekie ditangan. Keadaan umum sakit sedang, kesadaran composmentis. Telah dilakukan pemeriksaan suhu 39°C. Telah dilakukan pemeriksaan lab hematologi pada tanggal 4 Mei 2021 dengan hasil trombosit 85.000/ul, diberikan pemasangan infus RL 500cc/12 jam, diberikan obat ondansentron 4mg/IV, Torasic 30mg/IV, Sumagesic 600mg melalui oral, dan Cernevit 1 tetes drip dalam RL.

Pasien dipindahkan ke ruangan rawat inap Dahlia pada pukul 13.15 WIB dan dilakukan pengkajian oleh perawat ruangan dengan keluhan kepala pusing, badan linu-linu, badan pegal-pegal, timbul petekie di

tangan, nyeri ulu hati dengan skala 4. Tingkat kesadaran composmentis, keadaan umum sakit sedang. Telah dilakukan pemeriksaan suhu 38°C. Telah diberikan terapi obat sumagesic 600mg melalui oral dan obat analsik 500mg melalui oral. Masalah keperawatan yang muncul adalah hipertermi. Evaluasi secara umum adalah suhu 38°C. Masalah belum teratasi tujuan belum tercapai. Lanjutkan semua intervensi.

3. Riwayat Keperawatan

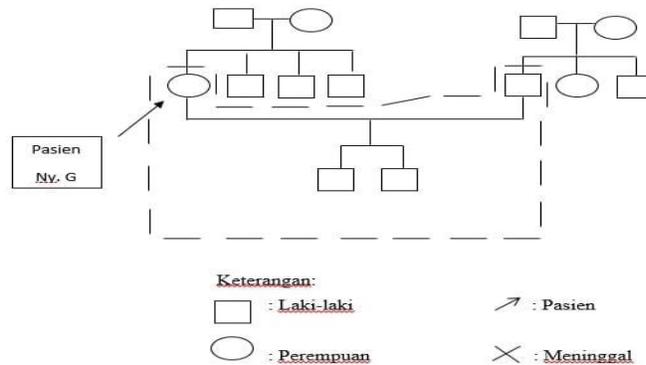
a. Riwayat keperawatan sekarang

Pasien mengatakan keluhan utama saat ini pusing, lemas, nyeri di perut bagian bawah seperti ditusuk-tusuk dengan skala 4, merasakan mual tetapi tidak muntah dan tangan masih terdapat ptekie. Keluhan muncul sejak 3 hari yang lalu pada saat tetangga terkena DHF dan muncul secara mendadak, pasien mengatakan sudah mengkonsumsi obat penurun panas tetapi tidak ada perubahan untuk mengatasi keluhan.

b. Riwayat keperawatan masa lalu

Pasien mengatakan sebelumnya sudah pernah menderita penyakit typhoid pada tahun 2010, namun pasien hanya berobat ke fasilitas kesehatan. Pasien mengatakan tidak mempunyai alergi makanan, obat, lingkungan ataupun binatang dan pasien mengatakan tidak ada riwayat penggunaan obat sebelumnya.

c. Riwayat keperawatan keluarga



d. Penyakit Yang Pernah Diderita Oleh Anggota Keluarga Yang Menjadi Faktor Resiko

Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit yang menjadi faktor resiko DHF.

e. Riwayat psikososial dan spiritual

Pasien mengatakan orang yang terdekat dengan pasien adalah suami dan dua seorang anak yang tinggal bersama pasien. Pola komunikasi dalam keluarga dua arah, dan terbuka. Pasien mengatakan dalam pengambilan keputusan dilakukan dengan musyawarah. Pasien mengatakan mengikuti kegiatan kemasyarakatan seperti arisan dan pengajian di lingkungan perumahannya. Dampak penyakit dari pasien terhadap keluarga yaitu pasien mengatakan suaminya harus meluangkan waktu untuk menjaganya dirumah sakit dan mengurus anak dirumah. Masalah yang mempengaruhi pasien saat ini adalah pasien hanya memikirkan penyakit yang dideritanya. Pasien mengatakan mekanisme koping yang digunakan terhadap stress yaitu dengan jalan-jalan bersama keluarganya. Hal yang dipikirkan saat ini adalah pasien berharap setelah menjalani

perawatan pasien dapat kembali sehat dan ingin cepat pulang. Pasien mengatakan ada perubahan yang dirasakan setelah sakit yaitu pasien mengatakan nafsu makan berkurang, badan lemas dan pusing. Pasien mengatakan tidak ada nilai-nilai kepercayaan yang bertentangan dengan keluhannya dan pasien selalu berdoa serta percaya kepada tuhan untuk kesembuhannya.

4. Pola Kebiasaan Pasien

a. Pola Nutrisi

Pasien mengatakan sebelum sakit frekuensi makannya 3x/hari, nafsu makan baik mual muntah tidak ada, pasien menghabiskan 1 porsi makan. Pasien mengatakan suka makan-makanan seperti bayam. Pasien tidak ada makanan yang membuat alergi, tidak ada makanan pantangan di rumah. Tidak ada makanan diet sebelumnya, pasien tidak mengonsumsi obat-obatan sebelum makan, dan tidak menggunakan alat bantu sebelum sakit.

Selama di rumah sakit pasien makan 3x sehari, pasien menghabiskan hanya ½ porsi makan, pasien mengatakan nafsu makan berkurang sedikit mual tetapi tidak ada muntah, tidak ada makanan yang membuat alergi, tidak ada makanan pantangan.

Pasien mendapat diet lunak 1700 kal. Pasien tidak ada mengonsumsi obat-obatan sebelum makan. Pasien memiliki Berat badan 53kg, Tinggi badan 149 cm dan IMT pasien 23,87kg/m² (normal).

b. Pola Eliminasi

Pasien mengatakan sebelum dirawat frekuensi BAK 7x/hari, warna urine kuning jernih, tidak ada keluhan saat BAK, tidak menggunakan alat bantu untuk BAK. Pasien mengatakan BAB

1x/hari, waktu pagi hari, warna BAB kecokelatan dan bau khas, tidak ada keluhan saat BAB, dan tidak menggunakan Laxatif. Saat pengkajian, pasien mengatakan BAK 9x/hari, warna BAK kuning jernih, tidak ada keluhan ketika BAK, tidak menggunakan alat bantu untuk BAK. Pasien mengatakan belum BAB saat ini.

c. Pola Personal Hygiene

Sebelum sakit, pasien mengatakan mandi 2x/hari saat pagi dan sore. Sikat gigi 2x/hari waktunya pagi dan sore, pasien mencuci rambut 4x/minggu.

Sejak sakit, pasien mengatakan belum mandi karena pasien masih lemas dan pusing. Pasien mengatakan tidak sikat gigi. Pasien mengatakan tidak mencuci rambut.

d. Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit, pasien mengatakan tidur siang 2 jam, lamanya tidur malam 6 jam, pola kebiasaan sebelum tidur main hp.

Sejak sakit, pasien mengatakan tidur siang 2 jam, lamanya tidur malam 7 jam, kebiasaan tidur adalah menonton tv.

e. Pola Aktivitas dan Latihan

Sebelum sakit, pasien mengatakan tidak berolahraga. Pasien mengatakan tidak ada keluhan saat beraktivitas.

Sejak sakit, pasien mengatakan tidak mengerjakan pekerjaan apapun selain istirahat, pada saat beraktivitas pasien merasakan pusing dan badan terasa lemas.

f. Kebiasaan yang Mempengaruhi Kesehatan

Sebelum di rumah sakit, pasien tidak merokok, tidak minum alkohol, dan tidak menggunakan NAPZA.

Saat di rumah sakit, pasien tidak merokok, tidak minum alkohol, dan tidak menggunakan NAPZA.

5. Pengkajian fisik

a. Pengkajian Fisik Umum

Berat badan sebelum sakit adalah 53kg, berat badan saat ini 53kg tidak terjadi penurunan berat badan selama di rawat di RS, tinggi badan 149cm. IMT pasien 23,87kg/m² (normal).

b. Sistem Penglihatan

Posisi mata simetris, kelopak mata normal, pergerakan bola mata pasien normal, konjungtiva ananemis, kornea kanan dan kiri pasien normal, sklera kedua mata pasien tampak anikterik, pupil isokor (reaksi terhadap rangsangan cahaya mata kanan +2, mata kiri +2), tidak ada kelainan pada otot-otot mata pasien, fungsi penglihatan mata kanan dan mata kiri normal dan tidak ada tanda-tanda radang. Pasien mengatakan tidak menggunakan kacamata ataupun kontak lensa.

c. Sistem Pendengaran

Daun telinga kanan dan kiri pasien normal, karakteristik serumen pasien kuning, cair, khas, pasien mengatakan tidak ada perasaan penuh ditelinga, tinnitus tidak ada, fungsi pendengaran masih normal. Tidak ada gangguan keseimbangan pada pasien, dan pasien tampak tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

a. Sistem Wicara

Pasien berbicara normal tidak terdapat gangguan pada sistem wicara.

b. Sistem Pernafasan

Jalan nafas pasien bersih tidak ada sumbatan, pasien mengatakan tidak sesak, tidak menggunakan otot bantu nafas, frekuensi pernafasan 18x/menit, irama pernafasan teratur, jenis pernafasan spontan, kedalaman nafas tampak dangkal, tidak terdapat batuk, tidak ada darah yang keluar dari pernafasan, palpasi dada getaran paru kanan dan kiri sama besar, suara nafas terdengar vesikuler, pasien mengatakan saat bernafas tidak mengeluh nyeri dan tidak menggunakan alat bantu nafas.

c. Sistem Kardiovaskuler

Nadi 73x/menit, irama teratur, denyut nadi kuat, tekanan darah 120/80mmHg. Tidak ada distensi vena jugularis kanan dan kiri, temperature kulit hangat, warna kulit pasien kemerahan, pengisian kapiler < 3 detik, tidak ada edema. Kecepatan denyut apical 85x/menit, irama teratur, tidak ada kelainan bunyi jantung, dan pasien mengatakan tidak ada nyeri dada.

d. Sistem Hematologi

Kulit pasien tidak tampak pucat, terdapat ptechie di kedua tangan.

e. Sistem Syaraf Pusat

Pasien mengeluh pusing, tingkat kesadaran composmentis, GCS: E: 4, M: 6, V: 5, tidak ada tanda-tanda peningkatan intra

kranial (TIK), tidak ada gangguan sistem persyarafan, reflek fisiologis tampak normal, dan reflek patologis tidak ada.

f. Sistem Pencernaan

Gigi pasien tampak caries, pasien tidak menggunakan gigi palsu dan tidak ada gigi berlubang, tidak ada stomatitis, lidah pasien tampak bersih, mukosa bibir tampak kering, pengeluaran saliva normal, mual tetapi tidak ada muntah. Pasien mengatakan nyeri perut bagian bawah kiri dengan skala nyeri 4 seperi ditekan-tekan. Bising usus 10x/menit, tidak diare dan tidak ada konstipasi. Pemeriksaan hepar tidak ada pembesaran pada hepar dan abdomen lembek.

g. Sistem Endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan nafas tidak bau keton. Pasien tidak mengalami poliuria, polidipsi, polifagi dan tidak ada luka gangren.

h. Sistem Urogenital

Infus 800ml, oral 1200 cc, ml, total 2.000cc. Output: urin (6x200) 1.200, IWL 530cc, total 1.730cc. Balance cairan: = (-) 270cc/24jam. Pasien tidak mengalami pola kemih, warna BAK pasien kuning jernih, tidak ada distensi kandung kemih dan tidak ada keluhan sakit pinggang.

i. Sistem Integumen

Turgor kulit tidak elastis, mukosa tampak kering, kulit teraba hangat, warna kulit kemerahan, tidak ada kelainan kulit, pasien tampak tidak ada tanda-tanda kemerahan pada abdomen, tidak

ada tanda-tanda flebitis pada daerah pemasangan infus, keadaan rambut baik dan rambut tampak bersih.

j. Sistem Musculoskeletal

Pasien mengatakan tidak mengalami kesulitan dalam bergerak, tidak mengeluh sakit pada tulang dan sendi. Kekuatan otot ekstremitas atas bawah, kanan dan kiri dalam rentang 5.

55555	55555
55555	55555

6. Data tambahan

Pasien mengetahui tentang penyakit DHF yang disebabkan oleh gigitan nyamuk, terdapat bintik-bintik merah, pusing kepala, nyeri perut atau nyeri ulu hati dan badan terasa ngilu-ngilu. Pasien mengetahui untuk mengatasi agar tidak terkena penyakit DHF yaitu dengan melakukan 3M yaitu menguras, mengubur, membakar barang yang tidak dipakai atau dengan mendaur ulang.

7. Data penunjang

Hasil laboratorium tanggal 4 Mei 2021

Hemoglobin 13,0*g/dL (13,5-16,0 g/dL), Hematokrit 32* vol% (37-47 vol%), Leukosit 3.280*/ul (4.000-10.500/ul), Trombosit 85.000*/ul (150.000-450.000/ul), NS1-AG positif* (negative).

8. Penatalaksanaan

Sumagesic 3x600mg (oral), Analsik 2x500mg (oral), Lizzor 2x500mg (oral), Napoz 3x4mg (oral), Arcolase 2x40mg (iv), Narpoz 3x4mg (iv) sesuai program medis, terapi cairan infus RL 500ml/12jam sesuai program medis, diit lunak 1700kal.

9. Data Fokus

Keadaan umum: sakit sedang, kesadaran: composmentis, tanda-tanda vital (TTV): Tekanan darah 120/80mmHg, frekuensi nadi: 80x/menit, frekuensi pernafasan: 18x/menit, suhu: 37,2°C.

a. Kebutuhan Fisiologis: Cairan

Data subjektif: pasien mengatakan minum sebanyak 1200cc cc, selama dirumah sakit BAK sebanyak 6x/hari sebanyak \pm 1200cc, pasien mengatakan mual tetapi tidak muntah, pasien mengatakan tidak ada diare.

Data objektif: turgor kulit tidak elastis, mukosa bibir kering, tekanan darah 120/80mmHg, nadi: 80x/menit, hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 4 Mei 2021 hematokrit 32 vol% (42-52 vol %). Suhu 37,2°C. Input cairan infus/24 jam sebanyak 800cc, minum sebanyak 1200cc. Output cairan/24 jam BAK sebanyak 6x/hari = 1200cc (@200cc), IWL sebanyak 530cc dengan berat badan 53 kg. Hasil balance cairan dalam 24 jam (tanggal 5 Mei 2021) adalah (-) 270cc/24jam.

b. Kebutuhan Fisiologis: Nutrisi

Data Subjektif: pasien mengatakan makan 3x/hari, pasien menghabiskan hanya ½ porsi karena tidak nafsu makan, mual tetapi tidak ada muntah, berat badan 53kg, tinggi badan 149cm.

Data Objektif: konjungtiva ananemis, ekspresi wajah pasien tampak mual ketika sedang makan, hasil pemeriksaan laboratorium (tanggal 6 Mei 2021) hemoglobin= 13,0 (13,5-16,0 g/dL), berat badan pada saat pengkajian 53kg dan tinggi badan 149cm, tidak terjadi penurunan berat badan. Pasien mendapatkan diit lunak 1700kal.

c. Kebutuhan Rasa Nyaman

Data Subjektif: pasien mengatakan nyeri di daerah perut bagian bawah kiri, rasanya seperti ditekan, nyeri muncul hilang timbul pada saat pasien melakukan pergerakan.

Data Objektif: Pasien tampak gelisah dan memegang perut, skala nyeri 4, durasi \pm 5 menit, tekanan darah 120/80mmHg dan nadi 73x/menit.

d. Kebutuhan Rasa Aman

Data Subjektif: Pasien mengatakan kedua tangannya terdapat ptekie, pasien mengatakan kulitnya gatal, tidak ada perdarahan pada gusi dan tidak ada mimisan.

Data Objektif: Pasien tampak muncul ptekie, pasien tampak menggaruk kulitnya, tidak ada perdarahan pada gusi dan tidak ada mimisan. Hasil laboratorium (tanggal 4 Mei 2021) Trombosit 85.000 (150.000-450.000/ul), NS1-AG positif (negative).

10. Analisa Data

Tabel 1 : Analisa Data

No.	Data	Masalah	Etiologi
1.	Data subjektif: a. Pasien mengatakan menghabiskan minum sebanyak 1200cc b. Pasien mengatakan	Resiko ketidakseimbangan cairan	Peningkatan permeabilitas kapiler

No.	Data	Masalah	Etiologi
	<p>selama di rumah sakit BAK sebanyak 6x/hari= 1.200cc (@200cc)</p> <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Turgor kulit kering b. Mukosa bibir tampak kering c. Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 4 Mei 2021 hematokrit 32 vol% (42-52 vol %). d. Cairan infus/24 jam (tanggal 5 Mei 2021) cairan infus sebanyak 800cc, minum sebanyak 1200cc. Output cairan/24 jam, BAK sebanyak 6x/hari=1200cc, 		

No.	Data	Masalah	Etiologi
	IWL sebanyak 530cc dengan berat badan 53kg, hasil balance cairan dalam 24 jam adalah (-) 270cc.		
2.	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan kedua tangannya terdapat ptekie. b. Pasien mengatakan tidak ada perdarahan pada gusi, hidung, dan telinga. <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kulit pasien tampak muncul ptekie. b. Tidak tampak perdarahan pada gusi, hidung, dan telinga. c. Hasil NS1-AG positif* (negatif) 	Risiko perdarahan	Trombositopenia

No.	Data	Masalah	Etiologi
	<p>d. Hasil laboratorium (Tanggal 4 Mei 2021) Trombosit 85.000*/ul (150.000-450.000/ul).</p>		
3.	<p>Data Subjektif:</p> <p>a. Pasien mengatakan menghabiskan hanya ½ porsi karena tidak nafsu makan.</p> <p>b. Pasien mengatakan ada mual tetapi tidak ada muntah.</p> <p>c. Berat badan 53kg dan tinggi badan 149 cm.</p> <p>Data Objektif:</p> <p>a. Ekspresi wajah pasien tampak mual ketika sedang makan.</p>	<p>Risiko defisit nutrisi</p>	<p>Keinginan untuk makan</p>

No.	Data	Masalah	Etiologi
	b. Hasil pemeriksaan laboratorium (Tanggal 4 Mei 2021) Hemoglobin 13,0* (13,5-16,0 g/dL) c. BB: 53 kg, TB: 149cm, dan IMT: $53 \div 1,49^2$ $\text{cm} = 23,87 \text{ kg/m}^2$ (normal).		

B. Diagnosa Keperawatan

1. Risiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler
2. Risiko perdarahan berhubungan dengan trombositopenia
3. Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan keenganan untuk makan

C. Perencanaan, Pelaksanaan, Evaluasi Keperawatan

1. Risiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler

Data Subjektif:

- a. Pasien mengatakan menghabiskan minum sebanyak 1200cc.
- b. Pasien mengatakan selama di rumah sakit BAK sebanyak 6x/sehari= 1.200cc (@200cc).

Data Objektif:

- a. Turgor kulit kering, mukosa bibir tampak kering.
- b. Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 4 Mei 2021 hematokrit 32 vol% (37-47 vol %).
- c. Cairan infus/24 jam (tanggal 5 Mei 2021) cairan infus sebanyak 800cc, minum sebanyak 1200cc. Output cairan/24 jam, BAK sebanyak 6x/hari=1200cc, IWL sebanyak 530cc dengan berat badan 53kg, hasil balance cairan dalam 24 jam adalah (-) 270cc.

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan risiko ketidakseimbangan cairan tidak terjadi.

Kriteria Hasil:

Tekanan darah dalam batas normal (120/80 mmHg), nadi dalam batas normal (60-100x/menit), membrane mukosa tampak lembap, hematokrit dalam rentang normal (42-52 vol %), balance cairan seimbang (0).

Rencana Tindakan:

- a. Monitor TTV (Tekanan darah, Nadi)/shift
- b. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (hematokrit) setiap hari sesuai program medis
- c. Catat intake output dan hitung balance cairan / 24 jam
- d. Berikan cairan infus RL 500cc/12 jam dengan 14 tpm sesuai dengan program medis

Pelaksanaan keperawatan pada tanggal 05 Mei 2021

Pukul 08.30 WIB memonitor TTV dengan hasil TD: 110/80 mmHg, nadi 80x/menit. Pukul 09.00 WIB memonitor dan mencatat hematokrit: 32 (37-47 vol %). Pukul 11.00 WIB memonitor intake dan output cairan

dengan hasil intake infus: 500cc, oral: 600cc, dan output urin: 600cc. Pukul 14.00 WIB mengobservasi pemberian infus dan tetesan infus = aliran infus lancar dengan jumlah tetesan 14tpm. Pukul 15.00 WIB mengukur TTV: TD 110/80mmHg, N: 80x/menit.

Pukul 17.30 WIB (perawat ruangan) mengobservasi pemberian infus dan tetesan infus= aliran infus lancar dengan jumlah 14 tpm. Pukul 20.30 WIB (perawat ruangan) mengukur TTV: 120/80mmHg, N: 80x/menit. Pukul 05.10 WIB (perawat ruangan) mengukur TTV: TD 120/80mmHg, N: 78x/menit. Pukul 06.45 WIB (perawat ruangan) mengobservasi kelembapan mukosa bibir= mukosa tampak lembap. Dan input pasien mengatakan sudah BAK 9x dalam 24 jam terakhir, pasien mengatakan minum sudah menghabiskan 1 botol lebih (1.000cc), infus sudah masuk= 1000cc dan BAK sudah 9x (@200) = 1.800cc, IWL 530cc. Pukul 07.40 WIB menghitung balance cairan dengan hasil intake= 2000cc dan ouput= 2330cc, jadi balance cairan= 330cc/24jam

Evaluasi keperawatan tanggal 06 Mei 2021 pukul 06.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan 24 jam ini sudah menghabiskan 1 botol lebih 1.000cc dan sudah BAK 9x (@200) = 1.800cc.

Objektif: hematokrit 32 vol% (37-47 vol %), TD: 110/80mmHg, N: 80x/menit, denyut nadi kuat, aliran infus lancar dengan jumlah tetesan 14 tpm, minum sudah menghabiskan 1 botol lebih = 1.000cc, infus sudah masuk= 1.000cc dan sudah BAK 9x (@200) = 1.800cc, IWL 530 cc. Balance cairan 24jam dengan hasil intake 2.000cc dan output 2.330cc, jadi balance cairan= 330 cc/24jam.

Analisa: masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning: lanjutkan semua intervensi

Pelaksanaan keperawatan pada tanggal 06 Mei 2021

Pukul 08.30 WIB mengukur TTV: TD 110/80 mmHg, nadi 78x/menit.
 Pukul 09.00 WIB memonitor dan mencatat hematokrit: 34 vol% (37-47 vol %). Pukul 12.00 WIB mengobsevasi pemberian infus dan tetesan infus dengan hasil aliran infus lancar dengan jumlah tetesan 14 tpm.
 Pukul 15.00 WIB mengukur TTV: TD 120/70 mmHg, N: 75x/menit.
 Pukul 15.30 WIB mengobservasi input output dari pukul 07.00 pasien mengatakan sudah menghabiskan minum 400cc, infus 700cc, output dari pukul 07.00 pasien mengatakan sudah BAK 2x=400 cc (@200cc).
 Pukul 20.00 WIB (perawat ruangan) mengobservasi pemberian infus dan tetesan infus dengan hasil infus lancar dengan jumlah tetesan 14 tpm.
 Pukul 05.30 WIB (perawat ruangan) mengobservasi minum dan urin selama 24 jam, pasien mengatakan minum sudah menghabiskan 3 botol lebih 2000cc, infus sudah masuk 1300cc, dan sudah BAK 11x (@200) = 2200cc, IWL 530cc.
 Pukul 07.00 WIB menghitung balance cairan 24 jam dengan hasil input 3.300cc, ouput 2.730, balance cairan= 570 cc/24jam.

Evaluasi keperawatan tanggal 07 Mei pukul 06.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan minum sudah menghabiskan 3 botol lebih 2000cc dan sudah BAK 11x (@200) = 2200cc.

Objektif: nilai hematokrit 34 vol% (37-47 vol %), TD: 120/70 mmHg, N: 75x/menit. Infus 1300cc, oral 2000cc dengan hasil input 3.300cc. BAK 11x (@200) = 2.200cc, IWL 530cc dengan hasil output 2.730cc. Total balance cairan = 570cc/24 jam.

Analisa: masalah teratasi sebagian, tujuan tercapai sebagian.

Planning: lanjutkan intervensi 1 dan 2

Pelaksanaan keperawatan pada tanggal 07 Mei 2021

Pukul 08.30 WIB mengukur TTV: TD 110/80 mmHg, nadi 78x/menit.
 Pukul 09.00 WIB memonitor dan mencatat hematokrit: 37 vol% (37-47

vol %). Pukul 12.00 WIB mengobsevasi pemberian infus dan tetesan infus dengan hasil aliran infus lancar dengan jumlah tetesan 14 tpm. Pukul 15.00 WIB mengukur TTV: TD 120/80 mmHg, N: 80x/menit. Pukul 15.30 WIB mengobservasi input output dari pukul 07.00 pasien mengatakan sudah menghabiskan minum 1.200cc, infus 1.000cc, output dari pukul 07.00 pasien mengatakan sudah BAK 5x=1.000 cc (@200cc). Pukul 20.00 WIB (perawat ruangan) mengobservasi pemberian infus dan tetesan infus dengan hasil infus lancar dengan jumlah tetesan 14 tpm. Pukul 05.30 WIB (perawat ruangan) mengobservasi minum dan urin selama 24 jam, pasien mengatakan minum sudah menghabiskan 4 botol 2400cc, infus sudah masuk 2000cc, dan sudah BAK 15x (@200)= 3.000cc, IWL 530cc. Pukul 07.00 WIB menghitung balance cairan 24 jam dengan hasil input 4.400cc, ouput 3.530cc, balance cairan= 870 cc/24jam.

Evaluasi keperawatan pada tanggal 08 Mei 2021 pukul 06.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan minum sudah menghabiskan 4 botol 2400cc dan sudah BAK 15x (@200) = 3000cc.

Objektif: nilai hematokrit 37 vol% (37-47 vol %), TD: 120/80 mmHg, N: 80x/menit. Infus 2000cc, oral 2400cc dengan hasil input 4.400cc. BAK 15x (@200) = 3000cc, IWL 530cc dengan hasil output 3.530cc. Total balance cairan = 870cc/24 jam.

Analisa: masalah teratasi, tujuan tercapai.

Planning: hentikan intervensi

2. Risiko perdarahan berhubungan dengan trombositopenia

Data Subjektif:

- a. Pasien mengatakan kedua tangannya terdapat bintik-bintik merah.

- b. Pasien mengatakan tidak ada perdarahan pada gusi, hidung dan telinga.

Data Objektif:

- a. Kulit pasien tampak muncul ptekie, tidak tampak perdarahan pada gusi, hidung dan telinga.
- b. Hasil NS1-AG negative (negative).
- c. Hasil laboratorium (tanggal 4 Mei 2021) Trombosit 85.000 (150.000-450.000/ul).

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan risiko perdarahan tidak terjadi.

Kriteria Hasil:

Trombosit dalam batas normal (150.000-450.000/ul), TD dalam batas normal (120/80mmHg), Ptekie tidak ada, tidak ada perdarahan pada gusi, hidung dan telinga.

Rencana Tindakan:

- a. Monitor TTV (Tekanan darah dan nadi)/shift.
- b. Monitor tanda dan gejala perdarahan.
- c. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (trombosit) sesuai program medis.

Pelaksanaan keperawatan pada tanggal 05 Mei 2021

Pukul 08.00 WIB memonitor dan mencatat nilai trombosit = 85.000*/ul (150.000-450.000/ul). Pukul 11.00 WIB mengukur TTV TD: 120/80mmHg, N: 80x/menit. Pukul 11.00 WIB melakukan pemeriksaan rumple leed dengan hasil positive. Pukul 11.15 WIB mengobservasi adanya perdarahan dengan hasil perdarahan tidak terjadi ditandai

dengan pasien tidak mengeluh adanya perdarahan pada gusi. Pukul 15.30 WIB mengukur TTV: TD 117/80mmHg, N: 88x/menit, S: 36,6°C. Pukul 20.00 WIB perawat ruangan mengukur TTV: TD 120/80mmHg, N: 75x/menit, S: 37,8°C. Pukul 01.00 WIB (perawat ruangan) mengukur TTV: TD 100/60mmHg, N: 70xmenit, S: 36°C. Pukul 05.30 WIB (perawat ruangan) mengukur TTV: TD 120/80mmHg, N: 80x/menit, S: 36,5°C.

Evaluasi keperawatan pada tanggal 06 Mei pukul 06.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan tidak adanya perdarahan pada gusi ataupun mimisan.

Objektif: nilai trombosit= 85.000*/ul (150.000-450.000/ul), TD: 117/80mmHg, N: 88x/menit, S: 36,6°C, hasil rumple leed positive, ptekie positive, dan tidak ada perdarahan pada gusi.

Analisa: masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning: lanjutkan semua intervensi

Pelaksanaan keperawatan pada tanggal 06 Mei 2021

Pukul 08.30 WIB mengukur TTV dengan hasil TD: 110/80 mmHg, N: 80x/menit, S: 36,5°C. Pukul 09.00 WIB memonitor dan mencatat hasil laboratorium dengan hasil: Hemoglobin 11, 8 (13,5-16,0 g/dL), Hematokrit 34 (37-47 vol%), Trombosit 129.000 (150.000-450.000/ul), Pukul 11.00 WIB mengobservasi adanya perdarahan dengan hasil pasien tidak mengeluh adanya perdarahan pada gusi dan petechie positive. Pukul 15.00 WIB mengukur TTV dengan hasil TD: 110/80mmHg, N: 74x/menit, S: 36,5°C. Pukul 20.30 WIB perawat ruangan mengukur TTV: TD: 120/80mmHg, N: 80x/menit, S: 36,8°C. Pukul 05.10 WIB (perawat ruangan) mengukur TTV: TD: 110/80 mmHg, N: 78x/menit, S: 36,5°C.

Evaluasi keperawatan pada tanggal 07 Mei 2021 pukul 06.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan tidak ada perdarahan pada gusi ataupun mimisan.

Objektif: Hemoglobin 11,8 g/dL (13,5-18,0 g/dL), Hematokrit 34 vol% (37-47 vol%), Trombosit 129.000/ul (50.000-450.000/ul), TD: TD: 110/80mmHg, N: 74x/menit, S: 36,5°C , petechie positif, tidak adanya perdarahan pada gusi dan mimisan.

Analisa: masalah teratasi sebagian, tujuan tercapai sebagian.

Planning: lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan keperawatan pada tanggal 07 Mei 2021

Pukul 08.00 WIB mengukur tanda-tanda vital dengan hasil TD: 110/80 mmHg, Nadi: 78x/menit, RR: 20x/menit, S: 36,5°C. Pukul 09.00 WIB mencatat dan memonitor nilai trombosit dengan hasil trombosit 169.000/ul (150.000-450.000/ul). Pukul 13.00 WIB mengobsevasi adanya perdarahan dengan hasil pasien tidak mengeluh adanya perdarahan pada gusi dan petekie negative. Pukul 15.00 WIB mengukur TTV dengan hasil TD: 120/70mmHg, N: 75x/menit, RR: 20x/menit, S: 36°C.

Evaluasi keperawatan pada tanggal 08 Mei 2021 pukul 06.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan tidak adanya perdarahan pada gusi ataupun mimisan.

Objektif: TD: 120/70mmHg, N: 75x/menit, RR: 20x/menit, S: 36°C, trombosit 169.000/ul (150.000-450.000/ul), petekie negative, tidak ada perdarahan pada gusi.

Analisa: masalah teratasi, tujuan tercapai.

Planning: hentikan intervensi.

3. Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan keenganan untuk makan

Data Subjektif:

- a. Pasien mengatakan makan 3x/hari.
- b. Pasien menghabiskan hanya ½ porsi karena tidak nafsu makan.
- c. Pasien mengatakan ada mual tetapi tidak ada muntah.
- d. Pasien mengatakan berat badan 53kg, tinggi badan 149cm.

Data Objektif:

- a. Ekspresi wajah pasien tampak mual ketika sedang makan.
- b. Hasil laboratorium (tanggal 4 Mei 2021) hemoglobin= 13,0 (13,5-16,0 g/dL).
- c. BB: 53kg, TB: 149cm, IMT= $53 \div 1,49^2$ cm = 23,87kg/m² (normal).

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam, risiko defisit nutrisi tidak terjadi.

Kriteria Hasil:

Mampu menghabiskan makanan 1 porsi, nafsu makan membaik, hemoglobin dalam batas normal (13,5-16,0 g/dL)

Rencana Tindakan:

- a. Kaji mual/shift
- b. Monitor asupan makan/shift
- c. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
- d. Berikan obat arcolase 2x40mg (vial)
- e. Berikan obat larcid 2x30mg (oral)
- f. Berikan obat narpoz 3x4mg (oral)
- g. Berikan obat ondansetron 3x4mg (oral)

Pelaksanaan keperawatan pada tanggal 05 Mei 2021

Pukul 06.00 WIB (perawat ruangan) memberikan terapi obat arcolase 40mg (iv), larcid 30mg (oral), narpoz 4mg (oral), ondansentron 4mg (oral) dengan hasil obat berhasil diberikan obat tidak dimuntahkan. Pukul 09.00 WIB memonitor dan mencatat nilai hemoglobin = 13,0 (13,5-16,0 g/dL). Pukul 10.30 WIB mengkaji mual dengan hasil pasien mengatakan masih mual tetapi muntah tidak ada. Pukul 11.00 WIB memonitor asupan makan dengan hasil pasien masih menghabiskan ½ porsi makan. Pukul 12.00 WIB menyajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai dengan hasil pasien tertarik dan memakan makanan yang sudah disediakan. Pukul 13.00 WIB memberikan obat narpoz 40 mg (oral) dan ondansentron 4mg dengan hasil obat berhasil diberikan dan obat tidak dimuntahkan. Pukul 15.00 WIB mengkaji mual dengan hasil pasien mengatakan masih mual tetapi tidak muntah. Pukul 18.00 WIB (perawat ruangan) memberikan obat arcolase 40mg (iv), larcid 30mg (oral), narpoz 4mg (oral), ondansentron 4mg (oral) dengan hasil obat berhasil diberikan dan obat tidak dimuntahkan. Pukul 20.00 WIB perawat ruangan mengkaji mual dengan hasil pasien mengatakan mual sudah mulai berkurang. Pukul 06.00 WIB (perawat ruangan) memberikan terapi obat arcolase 40mg (iv), larcid 30mg (oral), narpoz 4mg (oral), ondansentron 4mg (oral) dengan hasil obat berhasil diberikan dan obat tidak dimuntahkan.

Evaluasi keperawatan pada tanggal 06 Mei 2021 pukul 06.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan masih merasakan mual, tidak ada muntah, nafsu makan berkurang dan makan hanya menghabiskan ½ porsi.

Objektif: pasien tampak mual tetapi tidak ada muntah, nafsu makan tampak berkurang, makan tampak menghabiskan ½ porsi, hemoglobin 13,0 (13,5-16,0 g/dL).

Analisa: masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning: lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan keperawatan pada tanggal 06 Mei 2021

Pukul 06.00 WIB (perawat ruangan) memberikan terapi obat arcolase 40mg (iv), larcid 30mg (oral), narpoz 4mg (oral), ondansentron 4mg (oral) dengan hasil obat berhasil diberikan obat tidak dimuntahkan. Pukul 08.30 WIB memonitor dan mencatat nilai hemoglobin = 13,0 (13,5-16,0 g/dL). Pukul 10.00 WIB mengkaji mual dengan hasil mual sudah tidak ada dan tidak ada muntah. Pukul 11.00 WIB memonitor asupan makanan dengan hasil pasien mengatakan makan sudah habis 1 porsi nafsu makan sudah ada. Pukul 12.30 WIB menyajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai. Pukul 13.10 WIB Pukul 13.00 WIB memberikan obat narpoz 40 mg (oral) dan ondansentron 4mg dengan hasil obat berhasil diberikan dan obat tidak dimuntahkan. Pukul 18.00 WIB perawat ruangan memberikan obat arcolase 40mg (iv), larcid 30mg (oral), narpoz 4mg (oral), ondansentron 4mg (oral) dengan hasil obat berhasil diberikan dan obat tidak dimuntahkan. Pukul 20.00 WIB perawat ruangan mengkaji mual dengan hasil pasien mengatakan mual sudah tidak ada.

Evaluasi keperawatan pada tanggal 07 Mei 2021 pukul 06.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan mual sudah tidak ada, tidak ada muntah, nafsu makan sudah ada, dan makan habis 1 porsi.

Objektif: nilai hemoglobin = 13,0 (13,5-16,0 g/dL).

Analisa: masalah teratasi, tujuan tercapai.

Planning: hentikan intervensi.

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Pengkajian Keperawatan

Menurut Kemenkes RI (2017), pada pasien dengan *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* terdapat manifestasi klinis yaitu demam 2-7 hari sehingga demam turun naik. Namun pada kasus pasien sudah mengalami demam selama 4 hari. Hal ini dibuktikan pada saat pengkajian demam pasien sudah menurun, dikarenakan pasien sudah diberikan obat antipiretik.

Menurut Kemenkes RI (2017), pada pasien dengan DHF terdapat manifestasi klinis yaitu terdapat trombositopenia dengan tanda gejala seperti mimisan dan gusi berdarah. Namun pada kasus pasien tidak mengalami tanda gejala dari trombositopenia. Hal ini dibuktikan pada saat pengkajian pasien mengalami terjadi penurunan trombositopenia dan terdapat ptekie. Sehingga perdarahan yang terjadi tidak terdapat mimisan dan gusi berdarah dikarenakan nilai trombosit 85.000/ul kemudian pasien dianjurkan untuk menggunakan sikat gigi yang lembut agar tidak berdarah dan menghindari aktivitas yang dapat menimbulkan cedera.

Faktor pendukung dalam melakukan pengkajian keperawatan yaitu pasien yang sangat kooperatif dan terbuka terkait penyakitnya, adanya kelengkapan data dari rekam medis dan perawat ruangan yang membantu dalam proses pengumpulan data sehingga penulis dapat memperoleh data yang lengkap.

Faktor penghambat dalam melakukan pengkajian keperawatan yaitu penulis kesulitan untuk memperoleh data tambahan bahwa pasien dapat mencegah sebelum terinfeksi penyakit DHF dengan melakukan PHBS (Perilaku hidup

bersih dan sehat) serta melakukan 3M (Menguras, menutup dan mengubur) dan penulis kesulitan dalam membaca tulisan dokter, perawat ruangan dan tenaga kesehatan lainnya dalam mendokumentasikan hasil tindakannya.

B. Diagnosa Keperawatan

Menurut SDKI (PPNI, 2016), diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada pasien dengan *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* tetapi tidak terdapat pada kasus antara lain:

1. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit. Diagnosa keperawatan tersebut tidak dirumuskan dikarenakan demam sudah tidak ada dengan didapatkan hasil pengukuran pada saat pengkajian yaitu 37,2°C saat pasien masuk perawatan hari kedua. Menurut (Soedarto, 2012a) hari kedua adalah masa akut pada pasien dengan DHF ditandai dengan naik turunnya suhu tubuh, obat antipiretik juga tetap diberikan agar kenaikan suhu tidak dapat terjadi kembali.
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (penekanan intraabdomen). Diagnosa keperawatan tersebut tidak dirumuskan dikarenakan nyeri sudah tidak ada dengan didapatkan hasil pengukuran pada saat pengkajian yaitu dengan skala nyeri 4.
3. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor biologis. Diagnosa keperawatan tersebut tidak dirumuskan dikarenakan defisit nutrisi tidak ada dengan didapatkan hasil pengukuran berat badan yaitu 53 kg.

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien tetapi tidak terdapat pada teori antara lain:

1. Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan keenganan untuk makan. Diagnosa keperawatan tersebut terdapat pada kasus namun tidak terdapat pada teori dikarenakan pada teori ditemukan diagnosa keperawatan aktual, sedangkan pada kasus ditemukan diagnosa keperawatan risiko. Hal ini dibuktikan bahwa pada saat pengkajian

diagnosa keperawatan terjadi penurunan berat badan 10%, namun pada pasien tidak mengalami penurunan berat badan. Berat badan pasien adalah 53 kg.

Faktor pendukung dalam menegakkan diagnosa keperawatan yaitu adanya referensi-referensi seperti buku, *e-book* dan jurnal yang digunakan oleh penulis sebagai menegakkan diagnosa keperawatan.

Tidak ada faktor penghambat dalam menegakkan diagnosa keperawatan karena adanya referensi yang digunakan dalam penyusunan diagnosa keperawatan sesuai dengan kondisi pasien.

C. Perencanaan Keperawatan

Penulis menetapkan diagnosa keperawatan prioritas yaitu risiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler. Diagnosa keperawatan ini ditetapkan sebagai prioritas utama dikarenakan risiko ketidakseimbangan cairan termasuk kedalam kebutuhan fisiologis cairan bahwa dibuktikan kandungan air dalam tubuh manusia adalah sekitar 60-70% dari berat badan, dan air sangat penting bagi organ-organ dalam tubuh untuk bekerja dengan baik.

Adapun tujuan dari setiap intervensi terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus, dimana pada kasus dalam mencapai tujuan dari setiap intervensi tidak memiliki keterbatasan waktu. Sedangkan, pada kasus penulis di beri batasan waktu selama tiga hari dan selama 3x24jam.

Rencana keperawatan yang terdapat pada teori menurut SIKI (PPNI, 2018) yang terdapat pada kasus tetapi tidak terdapat pada teori antara lain:

1. Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan keenganan untuk makan.
Maka penulis mengambil diagnosa resiko dikarenakan tidak terjadi

penurunan berat badan dan menghabiskan 1 porsi makan. Adapun perencanaan yang ada pada kasus tetapi tidak terdapat pada teori seperti kaji mual/shift, monitor asupan makan/shift, sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai, berikan obat arcolase 2x40mg, berikan obat larcid 2x30mg, berikan obat narpoz 3x4mg dan berikan obat ondansentron 3x4mg.

Faktor pendukung dalam menyusun perencanaan adalah adanya referensi dalam pembuatan intervensi yang mempermudah penulisan untuk menyusun intervensi sehingga dapat dilakukan dengan baik.

Faktor penghambat dalam menyusun perencanaan adalah adanya keterbatasan waktu sehingga terdapat beberapa perbedaan dalam melakukan perencanaan keperawatan antara perawat ruangan dan penulis. Solusi yang dilakukan dalam menghadapi faktor penghambat adalah dengan memonitor tindakan yang dilakukan oleh perawat ruangan dan disesuaikan dengan perencanaan keperawatan yang telah disusun agar asuhan keperawatan tetap berjalan.

D. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang telah direncanakan serta telah dibuat. Perencanaan keperawatan pada pasien dilakukan selama 3 hari yaitu pada tanggal 05 Mei 2021 sampai dengan 07 Mei 2021. Pelaksanaan keperawatan berjalan dengan baik dikarenakan adanya sikap kooperatif dari pasien serta keluarga yang membantu untuk melakukan pelaksanaan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat, dikarenakan pasien mengalami perkembangan dalam kondisi kesehatannya.

Adapun pelaksanaan keperawatan pada pasien selama dua hari mengalami perubahan dengan tidak terjadinya mengalami penurunan berat badan pada hari

kedua. Hal ini dibuktikan bahwa adanya pasien sudah menghabiskan 1 porsi makan.

Faktor pendukung dalam melakukan pelaksanaan keperawatan adalah adanya bantuan dari perawat ruangan dan tim tenaga kesehatan lainnya sehingga terlaksananya implementasi sesuai dengan yang direncanakan serta sikap kooperatif dari pasien dan terbuka selama pemberian asuhan keperawatan.

Faktor penghambat dalam melakukan pelaksanaan adalah adanya keterbatasan waktu yang tersedia sehingga penulis tidak dapat melaksanakan selama 24 jam dikarenakan penulis bekerja secara shift sehingga untuk shift lainnya penulis melihat catatan keperawatan.

E. Evaluasi Keperawatan

Pada evaluasi keperawatan penulis mengarah pada tujuan dan kriteria hasil yang telah dibuat berdasarkan diagnosa keperawatan. Evaluasi keperawatan dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan pasien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya.

1. Risiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam masalah tidak terjadi, tujuan tercapai. Hal ini ditandai dengan hasil balance cairan dalam waktu 24 jam sebanyak 800cc/24 jam dan hasil pemeriksaan laboratorium hematokrit 37 vol%.
2. Risiko perdarahan berhubungan dengan trombositopenia. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam masalah tidak terjadi, tujuan tercapai. Hal ini ditandai dengan tidak adanya terjadi perdarahan pada gusi ataupun mimisan, tidak terdapat ptekie ditangan dan hasil pemeriksaan laboratorium trombosit 169.000/ul.
3. Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan keenganan untuk makan. Setelah dilakukan selama 2x24 jam masalah tidak terjadi, tujuan

tercapai. Hal ini ditandai dengan pasien menghabiskan makanan 1 porsi dan tidak terjadi penurunan berat badan.

Faktor pendukung selama membuat evaluasi keperawatan adalah pasien, keluarga kooperatif dan terbuka kepada penulis dan perawat ruangan sehingga penulis dapat mengevaluasi kondisi pasien dengan baik.

Tidak ada faktor penghambat dalam melakukan evaluasi keperawatan dikarenakan masalah tidak terjadi dan tujuan tercapai.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Penyebab penyakit *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* adalah virus dengue (DEN) yang termasuk *genus falvivirius*. DHF ditularkan melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti* dan pasien yang menderita DHF menyebabkan tanda gejala terjadinya naik turun terhadap suhu tubuh, dan terjadi penurunan trombosit. Jika terjadi penurunan trombosit maka akan mengakibatkan trombositopenia dimana trombositopenia merupakan suatu kondisi dimana trombosit dalam tubuh memiliki jumlah yang rendah atau jumlah darah dibawah normal. Data yang ditemukan pada pasien DHF saat pengkajian adalah demam sudah empat hari dan terjadi kenaikan suhu tubuh $37,2^{\circ}\text{C}$ dikarenakan pasien sudah diberikan obat antipiretik dan penurunan trombosit.

Diagnosa keperawatan yang dapat ditemukan pada pasien dengan DHF diantaranya adalah risiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan ketidakseimbangan cairan, risiko perdarahan berhubungan dengan trombositopenia dan risiko defisit nutrisi berhubungan dengan keengganan untuk makan. Diagnosa keperawatan prioritas yang diangkat pada pasien dengan DHF adalah risiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler karena ketidakseimbangan cairan termasuk kedalam kebutuhan fisiologis cairan dengan dibuktikan bahwa kandungan air dalam tubuh manusia adalah sekitar 60%-70% dari berat badan, dan air sangat penting bagi organ-organ dalam tubuh untuk bekerja dengan baik.

Perencanaan keperawatan untuk diagnosa keperawatan risiko ketidakseimbangan cairan berhubungan adalah monitor TTV (Tekanan darah

dan nadi), monitor hasil pemeriksaan laboratorium hematokrit, catat intake output dan hitung balance cairan / 24 jam dan berikan cairan infus RL 500cc/12 jam dengan 14 tpm sesuai program medis.

Pelaksanaan keperawatan yang harus diperhatikan oleh perawat untuk pasien dengan DHF adalah mengatasi cairan. Tindakan yang dilakukannya adalah memonitor TTV (Tekanan darah dan nadi), memonitor pemeriksaan laboratorium hematokrit, mencatat intake output dan menghitung balance cairan / 24 jam dan memberikan cairan infus RL 500cc/12 jam dengan 14 tpm sesuai program medis.

Evaluasi keperawatan dilakukan diakhir proses pelaksanaan dan evaluasi akhir pelaksanaan. Evaluasi tersebut didapatkan dari hasil perbandingan antara kriteria hasil dengan respon pasien yang didapatkan dari hasil pelaksanaan tindakan. Evaluasi pada diagnosa keperawatan resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler diharapkan resiko tidak terjadi aktual, masalah tidak terjadi dan tujuan tercapai.

B. Saran

1. Bagi petugas kesehatan

Penulis memberikan saran kepada tenaga medis khususnya dalam asuhan keperawatan pada pasien DHF. Penulis mengharapkan bahwa perawat mampu memperhatikan pendokumentasian pada catatan keperawatan, baik dalam penulisan ataupun bahasa yang digunakan agar mudah dapat dibaca oleh perawat shift selanjutnya agar tidak terjadi kesalahpahaman.

DAFTAR PUSTAKA

- Ali. (2016). *Dasar-Dasar Dokumentasi Keperawatan*. EGC.
- Candra, A. (2010). Demam Berdarah Dengue : Epidemiologi , Patogenesis , dan Faktor Risiko Penularan Dengue Hemorrhagic Fever : Epidemiology , Pathogenesis , and Its Transmission Risk Factors. *Demam Berdarah Dengue: Epidemiologi, Patogenesis, Dan Faktor Risiko Penularan*, 2(2), 110–119.
<http://ejournal2.litbang.kemkes.go.id/index.php/aspirator/article/view/1787>
- Dania, I. A. (2016). Gambaran Penyakit dan Vektor Demam Berdarah Dengue (DBD). *Jurnal Warta*, 48(April), 1–15.
<http://jurnal.dharmawangsa.ac.id/index.php/juwarta/article/view/179>
- Deswati. (2013). *Sistem Hematologi Dan Immunologi*. In Media.
- Dinkes. (2020). *AYO WASPADA DEMAM BERDARAH*.
<https://dinkes.surakarta.go.id/ayo-waspada-demam-berdarah/>
- Doenges, M.E & Moorhouse, M.F & Geissler, A. (2012). *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman asuhan pasien anak-dewasa* (dkk. penerjemah Devi Y (ed.)). EGC.
- Friandani, W. J. (2021). *Peran Perawat Di Masa Pandemi Covid-19*.
<https://rs.uns.ac.id/peran-perawat-di-masa-pandemi-covid-19/>
- Handoko, S. A. & S. J. (2013). Hubungan Pengetahuan Keluarga Tentang Penyakit DHF Dengan Sikap Keluarga Dalam Pencegahannya. *Jurnal Florence, Vol.2 No.2*. [http://eprints.umpo.ac.id/2051/1/Jurnal_Florence %28Penyakit DHF%29.pdf](http://eprints.umpo.ac.id/2051/1/Jurnal_Florence%28Penyakit%20DHF%29.pdf)
- Kemenkes RI. (2017). *Pedoman Demam Berdarah Dengue Indonesia*. 12–38.
<https://www.dinkes.pulangpisaukab.go.id/wp-content/uploads/2020/09/Isi-Buku-DBD-2017.pdf>

- Kemkes RI. (2018). *Kesiapsiagaan Menghadapi Peningkatan Kejadian Demam Berdarah Dengue Tahun 2019*. <http://p2p.kemkes.go.id/kesiapsiagaan-menghadapi-peningkatan-kejadian-demam-berdarah-dengue-tahun-2019/>
- Malini, H. (2020). *Perawat Garda Terdepan dalam Penanganan Covid-19; antara Profesionalisme dan Keselamatan Diri*. <https://fkep.unand.ac.id/en/informasi-berita/item/371-perawat-garda-terdepan-dalam-penanganan-covid-19-antara-profesionalisme-dan-keselamatan-diri>
- Marina, R., & Hermawati, E. (2018). TINGKAT PENULARAN KASUS DENGUE BERDASARKAN KARAKTERISTIK HABITAT LARVA *Aedes sp* DI KECAMATAN MUSTIKAJAYA, KOTA BEKASI. *Jurnal Ekologi Kesehatan*, 17(2), 105–113. <https://doi.org/10.22435/jek.17.2.99.105-113>
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc*. Mediacion.
- PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Sidiek, A. (2012). *Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu Mengenai Penyakit DBD Terhadap Kejadian Penyakit DBD Pada Anak*. EGC.
- Soedarto. (2012a). *Demam Berdarah Dengue*. Sagung Seto.
- Soedarto. (2012b). *Penyakit-penyakit Infeksi Di Indonesia*. Widya Medika.
- Soedarto. (2014). *Penyakit-penyakit Infeksi Di Indonesia*. Widya Medika.
- Triwibowo, W. &. (2013). *TREND DISEASE “Trend Penyakit Saat Ini.”* CV. Trans Info Media.
- Wijaya, A. (2013). *KMB 2 : Keperawatan Dewasa*. Nuha Medika.

LAMPIRAN

Lampiran 1 : Patoflowdiagram *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)*

