



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.V DENGAN *DENGUE HAEMORHAGIC FEVER* (DHF) DI RUANG CHRYSANT  
RUMAH SAKIT MITRA KELUARGA  
BEKASI TIMUR**

**Disusun Oleh:  
EVITA SALSYA DESTIA  
201701017**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
STIKes MITRA KELUARGA  
BEKASI  
2020**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.V DENGAN *DENGUE HAEMORHAGIC FEVER* (DHF) DI RUANG CHRYSANT  
RUMAH SAKIT MITRA KELUARGA  
BEKASI TIMUR**

**Disusun Oleh:  
EVITA SALSYA DESTIA  
201701017**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
STIKes MITRA KELUARGA  
BEKASI  
2020**

## LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS KARYA TULIS ILMIAH

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Evita Salsya Destia

NIM : 201701017

Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga Program Studi  
Diploma III Keperawatan

Menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Tn.V dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) di Ruang Chrysant Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur “ yang dilaksanakan pada tanggal 10 Februari 2020 sampai 12 Februari 2020 adalah sepenuhnya hasil karya saya sendiri dan semua sumber yang baik dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan benar. Orisinalitas karya tulis ilmiah ini tanpa adanya unsur plagiatisme 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, 31 Mei 2020

Yang membuat pernyataan



( Evita Salsya Destia)

## LEMBAR PERSETUJUAN

Karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn.V dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) di Ruang Chryasant Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur “ disusun oleh Evita Salsya Destia (201701017) ini telah disetujui untuk diujikan pada Ujian Sidang dihadapan Tim penguji.

Bekasi, 31 Mei 2020

Pembimbing Karya Tulis Ilmiah



(Ns. Lisbeth Pardede, S.Kep., M.Kep)

Mengetahui,

Koordinator Program Studi DIII Keperawatan

STIKes Mitra Keluarga



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

## LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dengan judul “ Asuhan Keperawatan pada Tn.V dengan “*Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)*” di Ruang Chrysant Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur” yang disusun oleh Evita Salsya Destia (201701017) telah diujikan dan dinyatakan LULUS dalam ujian sidang dihadapan Tim penguji 8 Juni 2020.

Bekasi, 8 Juni 2020

Penguji I



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

Penguji II



(Ns. Lisbeth Pardede, S.Kep., M.Kep)

**Nama mahasiswa** : Evita Salsya Destia  
**Nim** : 201701017  
**Program Studi** : DIII Keperawatan  
**Judul Karya Ilmiah** : Asuhan Keperawatan Pada Tn.V dengan  
*Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) di Ruang  
Chryasant Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi  
Timur*  
**Halaman** : xi + 63 halaman + 1 tabel + 1 lampiran  
**Pembimbing** : Lisbeth Pardede

### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah infeksi yang disebabkan oleh virus dengue. Dengue adalah virus penyakit yang ditularkan dari nyamuk *Aedes Aegypti*, nyamuk yang paling cepat berkembang di dunia ini telah menyebabkan hampir 390 juta orang terinfeksi setiap tahunnya. Adapun data untuk kasus kematian demam berdarah dengue (DBD) yang terjadi di Provinsi Jawa Barat yaitu sebanyak 54 kematian, dan untuk kematian tertinggi terjadi di Provinsi Jawa Timur yaitu sebanyak 105 kematian. Sedangkan di ruang Chryasant di Rs Swasta Bekasi Timur tersebut tercatat dalam satu tahun terakhir periode januari 2019 sampai Januari 2020, ditemukan pasien dengan penyakit Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) sebanyak 1.017 orang dari 15.748 pasien yang menjalani rawat inap dengan presentasi 0,64%.

**Tujuan Umum:** Untuk memahami dan menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan DHF serta memperoleh pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan DHF

**Metode Penulisan:** dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini menggunakan metode naratif deskriptif dengan cara mengelola satu kasus menggunakan proses asuhan keperawatan

**Hasil:** Didapatkan 4 diagnosa keperawatan yaitu Resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler, Resiko perdarahan berhubungan dengan penurunan trombosit, Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan intake nutrisi yang tidak adekuat akibat mual, dan Gangguan rasa nyaman: nyeri pada uluh hati berhubungan dengan agen cedera biologis (penekanan intra abdomen). Intervensi pada diagnosa prioritas yaitu Monitor TTV (TD,N.S) / shift, Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (trombosit, hematokrit) setiap hari sesuai program medis, Catat intake dan output dan hitung balance cairan /24 jam, dan awasi pemberian cairan infus RL 500cc/12 jam dengan 14tpm sesuai dengan program medis.

**Kesimpulan dan Saran:** Tidak semua diagnosa keperawatan dapat terselesaikan dalam waktu yang ditentukan karena nilai trombosit pasien yang terus menerus menurun dan nilai hematokrit pasien yang meningkat. Diharapkan perawat mampu memperhatikan pendokumentasian pada catatan keperawatan, baik dalam penulisan ataupun bahasa yang digunakan agar lebih memudahkan perawat shift selanjutnya yang menangani pasien tersebut mendapatkan informasi data terakhir pasien terinfokan dengan baik dan tidak terjadi kesalahpahaman.

**Keyword:** Asuhan Keperawatan, *Dengue Haemorrhagic Fever*

**Daftar Pustaka:** 8 (2010-2018)

**Name of Student** : Evita Salsya Destia  
**Student Number** : 201701017  
**Study Program** : Diploma of Nursing  
**Title of Writing** : Nursing care for Mr.V with Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) in the Chrysan Room of Mitra Keluarga East Bekasi Hospital  
**Pages** : x i + 63 pages + 1 tabel + 1 attachments  
**Supervisor** : Lisbeth Pardede

## ABSTRACT

### **Background:**

Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) is an infection caused by dengue virus. Dengue is a disease transmitted from Aedes Aegypti mosquitoes, The mosquito is fastest growing in the world and has caused nearly 390 million people to be infected every year. As for the data for Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) deaths that occurred at West Java Province is 54 death, and for the highest deaths occurred in the East Java Province, namely as 105 death. In the Chrysan Room in the East Bekasi hospital Recorded in the past year period on January 2019 to January 2020, found patients with Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) as much 1.017 people out of 15.748 patients undergoing hospitalization with 0,64% presentations.

### **General Purpose:**

To be able to understand and apply nursing care to patients with DHF and gain real experience in providing nursing care to patients with DHF

### **Writing Methods:**

In the preparation of scientific papers using descriptive narrative method by managing one case using the nursing care process.

### **Result:**

Obtained 4 nursing diagnoses, namely the risk of fluid imbalance with an increase in capillary permeability, the risk of bleeding associated with a decrease in platelets, the risk of nutritional deficits associated with inadequate nutritional intake due to nausea, and comfort disorders: pain of epigastrium associated with biological injury agents ( emphasis intra-abdominal ). Priority interventions for diagnosis are monitoring vital signs, daily monitoring of hematocrit and thrombocyte result in accordance with medical programs, recording outputs and calculating fluid balance 24 hours, and monitoring fluid administration infuse 500cc/8 hour RL with 20 gtt/ml according to the medical program.

### **Conclusions and recommendations:**

Not all nursing diagnoses can be completed within the specified time because the value of the patient's platelets continues to decrease and the hematocrit value of the patient increases. It is expected that nurses are able to pay attention to the documentation on the nursing record, in writing or the language used makes it easier for nurses in the next shift who handle these patients to get latest information properly and there is no misunderstanding.

**Keyword:** *Nursing Care, Dengue Hemorrhagic Fever*

**References:** 8 (2010-2018)

## KATA PENGANTAR

Dengan menyebut nama Allah SWT yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang, saya panjatkan puji dan syukur saya atas Kehadirat-Nya, yang telah memberikan rahmat, hidayah dan Inayah-Nya kepada saya, sehingga saya dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah saya yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Tn.V dengan Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) di Ruangan Chrysant Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur”.

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, saya telah diberikan support dan doa dari berbagai pihak terutama oleh pembimbing karya tulis ilmiah yang telah memberikan masukan dan pengarahan bagi saya untuk dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terimakasih sebesar-besarnya kepada:

1. Ibu Ns. Lisbeth Pardede, S.Kep., M.Kep selaku pembimbing dalam penulisan karya tulis ilmiah ini yang selalu memberikan support dan pengarahan bagi penulis.
2. Ibu Ns. Aprillia Veranita, S.Kep., M.Kep selaku penguji yang telah bersedia menguji mengenai karya tulis ilmiah ini.
3. Ibu Ns. Devi Susanti, S.Kep.,M.Kep., Sp.Kep.M.B selaku Ketua Studi DIII Keperawatan.
4. Bapak Ns. Anung Ahadi P, S.Kep.,M.Kep selaku Pembimbing Akademi penulis yang selalu memberikan semangat dan dorongan serta motivasi bagi penulis dalam menyusun karya tulis ilmiah ini.
5. Ibu Ns. Susi Hartati, S.Kep., M.Kep.,Sp.Kep.An selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga yang telah bersedia memberi kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Ayah dan Ibu tercinta Suhartono dan Mulyati, Abang tersayang Evfrian Julianto dan Adik tercinta Evsand Fadly Destiano yang selalu hadir untuk memberikan doa yang tiada hentinya, semangat, motivasi, dukungan moril dan materi bagi penulis

7. Seluruh dosen pengajar dan staf STIKes Mitra Keluarga yang telah memberikan bantuan dan pengajaran dalam proses belajar selama 3 Tahun ini.
8. Sr. Dian selaku kepala ruangan Chrysant dan Sr. Istiqomah selaku CM (Clinical Mentor) serta seluruh perawat Chrysant RS Mitra Keluarga Bekasi Timur yang telah membimbing dan membantu penulis dalam praktik.
9. Tn.V selaku pasien yang senantiasa bersedia membantu memberikan informasi dan menerima keberadaan penulis untuk menerapkan dan melakukan Asuhan Keperawatan berlangsung.
10. Keluarga An. V yang telah bersedia menerima kehadiran penulis dan membantu memberikan informasi selama proses keperawatan.
11. Sahabat Spesial Putri Nur Amanah yang selalu memberikan doa, masukan dan semangat dalam penulisan makalah ilmiah ini.
12. Sahabatku Kukuh Asmoroseto yang telah memberikan motivasi, selalu menyemangati dan senantiasa menemani dalam suka dan duka selama 5 tahun ini dan dalam penulisan makalah ilmiah ini.
13. Teman spesial Sri Handoyo yang menjadi *support system* bagi penulis selama di STIKes Mitra Keluarga dan dalam penulisan makalah ilmiah ini.
14. SOBAT KAYA tercinta Marwati Ayu Astuti, Sabila Aningrum, Suci Rahmayani, Yulia Ambarwati, Elisabeth Niken, Bunga Azizah Nur, Dheana Sheila Rahmadina, Febi Prihandini, Sari Zulhikmah, Gysella Hilmanita yang selalu memberikan semangat dan menjadi bagian dari kehidupan penulis selama 3 Tahun ini

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

## DAFTAR ISI

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 PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan Penulisan .....	3
1. Tujuan umum .....	3
2. Tujuan khusus .....	3
C. Metode Penulisan .....	3
1. Studi kasus .....	4
2. Studi literatur .....	4
3. Media dokumentasi .....	4
D. Ruang Lingkup .....	4
E. Sistematika Penulisan .....	4
BAB II TINJAUAN TEORI .....	6
A. Pengertian .....	6
B. Etiologi .....	6
C. Patofisiologi .....	6
1. Proses perjalanan penyakit .....	6
2. Manifestasi klinik .....	7
3. Klasifikasi .....	8
4. Komplikasi .....	9
5. Pemeriksaan Penunjang .....	10

D. Penatalaksanaan Medis.....	11
E. Pengkajian Keperawatan .....	12
F. Diagnosa Keperawatan.....	13
G. Perencanaan Keperawatan.....	14
H. Pelaksanaan Keperawatan .....	17
I. Evaluasi Keperawatan .....	17
BAB III TINJAUAN KASUS .....	18
A. Pengkajian Keperawatan .....	18
<i>Tabel 3.1 Analisa Data</i> .....	30
B. Diagnosa Keperawatan.....	34
C. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan .....	34
BAB IV PEMBAHASAN.....	49
A. Pengkajian Keperawatan .....	49
B. Diagnosa Keperawatan.....	50
C. Perencanaan Keperawatan.....	51
D. Pelaksanaan Keperawatan .....	53
E. Evaluasi Keperawatan .....	54
BAB V PENUTUP .....	56
A. Kesimpulan .....	56
B. Saran.....	58
DAFTAR PUSTAKA .....	60
LAMPIRAN .....	61

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa Data .....	30
------------------------------	----

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 : Patowdiagram Dengue Haemorrhagic Fever

Bekasi, 12 Februari 2020

Evita Salsya Destia

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah infeksi yang disebabkan oleh virus dengue. Dengue adalah virus penyakit yang ditularkan dari nyamuk *Aedes Aegypti*, nyamuk yang paling cepat berkembang di dunia ini telah menyebabkan hampir 390 juta orang terinfeksi setiap tahunnya (Soedarto, 2012). DBD memiliki gejala serupa dengan Demam Dengue, namun DBD memiliki gejala lain berupa sakit atau nyeri pada ulu hati terus menerus, perdarahan pada hidung, mulut, gusi atau memar pada kulit. Virus *Dengue* ditemukan di daerah tropik dan sub tropik kebanyakan di wilayah perkotaan dan pinggiran kota di dunia ini. Untuk Indonesia dengan iklim tropis sangat cocok untuk pertumbuhan hewan ataupun tumbuhan serta baik bagi tempat berkembangnya beragam penyakit, terutama penyakit yang dibawa oleh vektor, yakni organisme penyebaran agen patogen dari inang ke inang, seperti nyamuk yang menularkan penyakit. (Kemenkes, 2018)

Menurut (Widoyono, 2011) adapun data yang telah didapatkan bahwa di banyak negara tropis ternyata virus dengue sangat endemik, di Asia penyakit ini sering menyerang salah satunya di negara Cina Selatan, Pakistan, India, Indonesia dan semua negara di Asia Tenggara. Adapun data untuk kasus kematian demam berdarah dengue (DBD) yang terjadi di Indonesia pada tahun 2017 berjumlah 493 kematian jika dibandingkan tahun 2016 berjumlah 1.598 kematian, kasus ini mengalami penurunan hampir tiga kali lipat. Untuk kematian tertinggi kedua pada tahun 2017 terjadi di Provinsi Jawa Timur yaitu sebanyak 105 kematian, dan untuk kematian tertinggi pertama terjadi di Provinsi Jawa Timur yaitu sebanyak 105 kematian (Kemenkes, 2018)

Berdasarkan data medical record di salah satu Rumah Sakit Swasta Bekasi Timur dalam satu tahun terakhir periode Januari 2019 sampai Januari 2020, ditemukan pasien dengan penyakit Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) sebanyak 1.017 orang dari 15.748 pasien yang menjalani rawat inap dengan presentasi 0,64%.

Melihat angka kejadian Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) seperti data yang sudah dijabarkan dan apabila angka kejadian tersebut semakin meningkat dari tahun ke tahun dan tidak dapat penanganan yang tepat dan segera maka akan mengakibatkan komplikasi yang fatal dan bisa mengakibatkan meninggal dunia. Komplikasi DHF lainnya adalah perdarahan luas, syok, ensefalopati dengue, kelainan ginjal dan penurunan kesadaran. Sehingga hal ini memerlukan penanganan yang khusus agar tidak menambah angka kematian di setiap tahun nya.

Peran perawat terhadap pasien dengan penyakit DHF sebagai promotif yaitu memberikan informasi mengenai penyakit DHF, tanda dan gejala DHF, penyebab DHF, komplikasi DHF pasien DHF. Lalu preventif yaitu dengan cara 3M plus yaitu: menutup, mengubur dan menguras, menggunakan obat anti nyamuk, menggunakan kelambu saat tidur. Kuratif yaitu perawat memberikan asuhan keperawatan secara tepat kepada pasien seperti memantau peningkatan suhu tubuh, memantau intake dan output cairan pasien, mengkaji mual muntah dan memberikan terapi sesuai instruksi dari dokter. Kemudian Rehabilitatif yaitu perawat memberikan tindakan keperawatan secara adekuat untuk mempercepat proses penyembuhan serta mencegah terjadinya komplikasi dan menganjurkan pasien dan keluarga untuk bantu mengontrol kesehatan pasien tersebut.

Berdasarkan data diatas maka sangat penting perawat memberikan asuhan keperawatan pada pasien demam berdarah dengue atau dengue haemorrhagic fever (DHF). Maka dari itu penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien 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 masalah kesehatan DHF
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan DHF
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan DHF
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan DHF
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan DHF
- f. Mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dengan praktik
- g. Mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat serta dapat mencari solusi atau alternatif pemecahan masalahnya.
- h. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan DHF.

## **C. Metode Penulisan**

Metode penulisan yang digunakan adalah metode deskriptif naratif yaitu memberi gambaran dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien melalui pendekatan proses keperawatan. Selain itu penulis juga menggunakan beberapa cara untuk menulis karya tulis ini, seperti:

### **1. Studi kasus**

Penulis melakukan pemberian asuhan keperawatan pada pasien secara langsung, dengan melakukan wawancara kepada pasien dan keluarga, pemeriksaan fisik dan menerapkan proses asuhan keperawatan.

### **2. Studi literatur**

Adalah dengan memperoleh bahan-bahan ilmiah yang bersifat teoritis baik dalam lingkup medik maupun asuhan keperawatan dengan menggunakan media kepustakaan yaitu buku-buku yang ada kaitannya dengan masalah pasien dan juga media elektronik yaitu internet.

### **3. Media dokumentasi**

Adalah dengan mengumpulkan data-data yang diperoleh melalui medical record pasien yang terdiri dari hasil laboratorium, catatan keperawatan dan catatan dokter.

## **D. Ruang Lingkup**

Penulisan karya tulis ilmiah ini merupakan Asuhan Keperawatan pada pasien Tn.V dengan Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) di Ruang Crysant Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur selama 3 hari dari tanggal 10 Februari 2020 sampai 12 Februari 2020.

## **E. Sistematika Penulisan**

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini penulis membagi bagian-bagian karya tulis ilmiah ini dalam lima Bab besar yang secara sistematika disusun sebagai berikut: Bab I pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulian, ruang lingkup, metode penulisan dan sistematika penulisan. Bab II tinjauan teoritis yang terdiri dari konsep dasar masalah kesehatan yaitu definisi, etiologi, patofisiologi, penatalaksanaan., pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, evaluasi keperawatan. Bab III tinjauan kasus yang terdiri dari pengkajian

keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Bab IV pembahasan yang membahas kesenjangan yang terdapat antara teori dan kasus dengan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan. Bab V penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran serta diakhiri dengan daftar pustaka.

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Pengertian**

*Dengue haemorrhagic fever* (DHF) merupakan penyakit infeksi akut yang disebabkan oleh virus dengue dan ditularkan melalui vektor nyamuk *Aedes aegypti* atau *Aedes albopictus*. (Widyanto, F & Triwibowo, C, 2013)

Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit demam akut yang dapat menyebabkan kematian dan disebabkan oleh empat serotipe virus dari genus *Flavivirus*, virus RNA dari keluarga *Flaviviridae*. Dengue ditularkan oleh genus *Aedes*, nyamuk yang tersebar luas di daerah tropis dan subtropis di seluruh dunia. Demam dengue juga disebut *breakbone fever* dan merupakan penyakit virus yang ditularkan oleh nyamuk yang terpenting pada manusia. (Soedarto, 2012)

#### **B. Etiologi**

Penyebab penyakit demam berdarah DHF adalah virus dengue yang termasuk dalam jenis *Flavivirus grub family togaviviridae*.. DHF ditularkan melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti*.. Nyamuk *Aedes aegypti* memiliki kebiasaan hinggap pada pakaian yang bergantung di kamar dan menggigit atau menghisap darah pada siang hari dengan waktu puncak gigitan pukul 09:00 – 11:00 dan pukul 16:00 – 17:00. Nyamuk jantan tidak dapat menggigit dan menghisap darah, melainkan hidup dari sari bunga tumbuh- tumbuhan. (Widyanto, F & Triwibowo, C, 2013)

#### **C. Patofisiologi**

##### **1. Proses perjalanan penyakit**

Virus dengue akan masuk ke dalam tubuh melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti* dan kemudian akan bereaksi dengan antibodi dan terbentuklah kompleks virus antibodi, dalam sirkulasi akan

mengaktivasi sistem complement. Akibat aktivasi C3 dan C5 akan dilepas C3 dan C5a, dua peptide yang berdaya untuk melepaskan histamine dan merupakan mediator kuat sebagai faktor meningginya permeabilitas dinding pembuluh darah dan menghilangkan plasma melalui endotel dinding itu. Terjadinya trombositopenia, menurunnya fungsi trombosit dan menurunnya fungsi koagulasi (protombin, faktor V, VII, IX dan fibrinogen) merupakan faktor penyebab terjadinya perdarahan hebat, terutama perdarahan saluran gastroentestinal pada DHF. Yang menentukan beratnya penyakit adalah meningginya permeabilitas dinding pembuluh darah, menurunnya volume plasma, terjadinya hipotensi, trombositopenia dan diathesis hemoragik. Renjatan terjadi secara akut. Kemudian hal yang akan terjadi yaitu nilai hematokrit meningkat bersamaan dengan hilangnya plasma melalui endotel dinding pembuluh darah. Dan dengan hilangnya plasma klien mengalami hypovolemi. Apabila tidak diatasi bisa terjadi anoreksia jaringan, asidosis metabolik dan kematian. (Desmawati, 2013)

## 2. Manifestasi klinik

Menurut Widyanto, F & Triwibowo, C (2013) Tanda dan gejala utama yang paling sering muncul pada pasien dengan penyakit *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) adalah

- a. Demam mendadak 2-7 hari yang terjadi tanpa penyebab yang jelas yang kemudian turun sampai suhu normal atau bahkan lebih rendah
- b. Lesu atau lelah
- c. Nyeri punggung, nyeri tulang dan nyeri pada uluh hati
- d. Bintik kemerahan (petechie)
- e. Lebam (echymosis)
- f. ruam (purpura)
- g. Mimisan
- h. muntah darah
- i. nadi lemah dan cepat

- j. trombositopeni  $<100.000/ul$
- k. hematokrit meningkat  $>20\%$
- l. hematokrit menurun  $> 20\%$  sesudah pemberian cairan adekuat
- m. Penurunan kesadaran

Menurut Garna (2012) demam pada penderita Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

- a. Masa akut berlangsung selama 1-4 hari dimulai dari hari ke 1-4, mengalami peningkatan suhu tubuh dari  $39-40^{\circ}C$ .
- b. Masa kritis berlangsung selama 1-3 hari dimulai dari hari ke 3-6, mengalami penurunan suhu tubuh dari  $40^{\circ}C$  menjadi  $37-38^{\circ}C$ .
- c. Masa penyembuhan berlangsung 1-2 hari dimulai setelah terlewatnya masa kritis dengan suhu tubuh yang sudah kembali normal  $36-37^{\circ}C$ .

Demam kemudian akan berulang atau biasa disebut dengan demam bifasik yaitu demam yang dikira akan membentuk gambaran “pelana kuda”, Pada fase ini dinamakan fase kritis karena seringkali terjadi syok berat pada penderita.

### 3. Klasifikasi

Menurut Widyanto, F & Triwibowo, C. (2013) *Dengue haemorrhagic fever* diklasifikasikan berdasarkan beratnya penyakit menjadi empat derajat, dimana derajat III dan IV dikelompokkan pada *dengue shock syndrome* (DSS). Adanya trombositopeni dan hemokonsentrasi membedakan DHF derajat I dan II dari demam *dengue*, dimana:

#### 1. Derajat I

Demam dengan gejala tidak jelas; manifestasi perdarahan hanya dalam bentuk tourniquet positif dan mudah memar

#### 2. Derajat II

Manifestasi derajat I ditambah perdarahan spontan, biasanya berupa perdarahan kulit, atau perdarahan pada jaringan lainnya.

#### 3. Derajat III

Kegagalan sirkulasi berupa nadi tekanan sempit dan lemah, atau hipotensi, dengan gejala kulit dingin, lembab, dan penderita gelisah

#### **4. Komplikasi**

Menurut Desmawati (2013) komplikasi pada kasus DHF yaitu:

a. Perdarahan luas

Infeksi virus dengue menyebabkan terbentuknya antigen-antibodi yang dapat mengaktivasi sistem komplemen, juga menyebabkan agregasi, trombosit dan mengaktivasi sistem koagulasi melalui kerusakan sel endotel pembuluh darah. Agregasi trombosit terjadi sebagai akibat dari perlekatan kompleks antigen-antibodi pada membran trombosit mengeluarkan ADT, hal ini yang akan menyebabkan trombosit akan dihancurkan oleh RES, sehingga terjadi trombositopenia.

b. Syok

Infeksi sekunder oleh virus dengue akan menyebabkan respon antibodi amnestic yang akan terjadi dalam waktu beberapa hari mengakibatkan proliferasi dan transformasi limfosit dengan menghasilkan titer tinggi antibodi IgG anti dengue. Kemudian terbentuklah 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 ditanggulangi menyebabkan asidosis dan anoksia yang dapat berakhir fatal yaitu kematian.

c. Ensefalopati Dengue

Pada umumnya ensefalopati terjadi sebagai komplikasi syok yang berkepanjangan dengan perdarahan, tetapi dapat juga terjadi pada DBD yang tidak disertai syok. Gangguan metabolik seperti hipoksemia, hiponatremia atau perdarahan, dapat menjadi penyebab terjadinya ensefalopati

d. Kelainan ginjal

Gagal ginjal akut pada umumnya terjadi pada fase terminal, Sebagai akibat dari syok yang tidak teratasi dengan baik. 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 antibodi yang menyebabkan efek salah satunya permeabilitas kapiler yang meningkat sehingga terjadi penurunan transportasi O<sub>2</sub> ke otak, sehingga terjadi penurunan kesadaran.

## 5. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Widyanto, F & Triwibowo (2013) untuk memastikan diagnosis DBD tidak hanya dilihat dari gejala yang muncul. Namun perlu adanya pemeriksaan lanjutan seperti laboratorium dan serologis

1. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan ini dilakukan untuk memeriksa jumlah trombosit dan adanya rembesan plasma karena peningkatan permeabilitas vaskuler atau dikenal dengan haemoconcentration. Pada penderita DBD, ditemukan jumlah trombosit dalam tubuh mengalami penurunan yang drastis sampai mencapai 100.000 sel/mm<sup>3</sup> atau bahkan dapat lebih rendah.

2. Pemeriksaan serologis

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

- a. Apabila titer antibodi kurang dari 1/20 dan *titer antibodi fase konvalesen* meningkat 4 kali atau lebih tetapi kurang dari 1/2560, berarti infeksi primer.

- b. 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
  - c. 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
  - d. Apabila titer antibodi akut lebih atau sama dengan dari 1/1280 dan *titer antibodi fase konvalesen* tetap atau naik ,berarti infeksi baru
3. Pemeriksaan NS 1
- Fungsi pemeriksaan NS 1 untuk melihat antigen. Nilai normal: (-) negatif
4. Pemeriksaan Rumple Leed Test (tourniquet test)
- Rumple leed test adalah salah satu cara yang paling mudah dan cepat untuk menentukan apakah terkena demam berdarah atau tidak. Rumple leed adalah pemeriksaan bidang hematologi dengan melakukan pembendungan pada bagian lengan atas selama 10 menit untuk uji diagnostik kerapuhan vaskuler dan fungsi trombosit.

#### **D. Penatalaksanaan Medis**

Menurut Desmawati (2013) penatalaksanaan medis untuk DHF yaitu,

1. Grade I dan II:
  - a. Melalui oral dengan memotivasi pasien untuk banyak minum atau melalui Infus cairang ringer laktat dengan dosisi 75ml/Kg BB/hari untuk anak dengan BB <10 Kg atau 50ml/Kg BB/hari untuk anak dengan BB <10kg bersama-sama diberikan minuman oralit, air buah atau susu secukupnya
2. Grade III
  - a. Berikan infus ringer laktat 20 ml/Kg BB/1jam  
Apabila menunjukkan perbaikan (tensi terukur lebih dari 80 mmHg dan nadi teraba dengan frekuensi kurang dari 120x/mnt dan akral hangat) lanjutkan dengan ringer laktat 10ml/Kg BB/1jam.

- b. Apabila satu jam setelah pemakaian cairan RL 20ml/Kg BB/1jam keadaan tensi masih terukur kurang dari 80 mmHg dan nadi cepat, akral dingin maka penderita tersebut memperoleh plasma atau plasma ekspander (Dextran L atau yang lainnya) sebanyak 10 ml/Kg BB/1jam.

### **E. Pengkajian Keperawatan**

Menurut Desmawati (2013) pengkajian pada pasien dengan DHF meliputi:

1. Identitas
2. Keluhan utama
 

Pasien mengeluh panas, sakit kepala, lemah, nyeri uluh hati, mual dan nafsu makan menurun
3. Riwayat penyakit sekarang
 

Riwayat kesehatan menunjukkan adanya sakit kepala, nyeri otot, pegel seluruh tubuh, sakit pada waktu menelan, lemah, panas, mual, dan nafsu makan menurun
4. Riwayat penyakit terdahulu
 

Tidak ada penyakit yang diderita secara spesifik
5. Riwayat penyakit keluarga
 

Riwayat adanya penyakit DHF pada anggota keluarga yang lain sangat memmentukan, karena penyakit DHF adalah penyakit yang bisa ditularkan melalui gigitan nyamuk aides aigepty
6. Riwayat kesehatan lingkungan
 

Biasanya liingkungan kurang bersih, banyak genangan air bersih seperti kaleng bekas, ban bekas, tempat air minum burung yang jarang diganti airnya, dan bak mandi jarang dibersihkan
7. Riwayat tumbuh kembang
8. Pengkajian Per Sistem
  - a. Sistem pernafasan
 

Sesak, perdarahan melalui hidung, pernafasan dangkal, epitaksis, pergerakan dada simetris, perkusi sonor, pada auskultasi terdengar ronchi, krakles.

b. Sistem persyarafan

Pada grade III pasien gelisah dan terjadi penurunan kesadaran serta pada grade IV terdapat terjadi DSS.

c. Sistem kardiovaskuler

Pada grade III dapat terjadi hemokonsentrasi, uji tourniquet positif, trombositopenia, pada grade III dapat terjadi kegagalan sirkulasi, nadi cepat, lemah, hipotensi, cyanosis sekitar mulut, hidung dan jari-jari, pada grade IV nadi tidak teraba dan tekanan darah tidak dapat diukur.

d. Sistem pencernaan

Selaput mukosa kering, kesulitan menelan, nyeri tekan pada epigastrik, pembesaran limpa, pembesaran hati, abdomen terenggang, penurunan nafsu makan, mual, muntah, nyeri saat menelan, dapat hematemesis, melena.

e. Sistem perkemihan

Produksi urin menurun, kadang kurang dari 30 cc/jam, akan mengungkapkan nyeri saat berkemih, urin berwarna kuning pekat atau bahkan merah.

f. Sistem integumen

Terjadi peningkatan suhu tubuh, kulit kering, pada grade I terdapat positif pada uji tourniquet, terjadi petechie, pada grade III dapat terjadi perdarahan spontan pada kulit.

## **F. Diagnosa Keperawatan**

Menurut Desmawati (2013) diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF), meliputi:

1. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi virus dengue
2. Resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan perdarahan yang berlebihan, pindahnya cairan intravaskuler ke ekstrasvaskuler
3. Resiko syok hypovolemik berhubungan dengan perdarahan yang berlebihan, pindahnya cairan intravaskuler ke ekstrasvaskuler

4. Resiko gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi yang tidak adekuat akibat mual dan nafsu makan yang menurun
5. Resiko terjadi perdarahan berhubungan dengan penurunan faktor-faktor pembekuan darah (trombositopenia)

### **G. Perencanaan Keperawatan**

Menurut Desmawati (2013) rencana keperawatan yang muncul pada pasien dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF), meliputi:

1. Hipertensi berhubungan dengan proses infeksi virus dengue
  - Tujuan : suhu tubuh normal
  - Kriteria hasil : suhu tubuh antara 36 – 37°C, nyeri otot hilang
  - Intervensi :
    - a. Beri kompres air kran
      - Rasional: kompres dingin akan terjadi pemindahan panas secara konduksi
    - b. Berikan/anjurkan pasien untuk banyak minum 1500-2000 cc/hari (sesuai toleransi)
      - Rasional: untuk mengganti cairan tubuh yang hilang akibat evaporasi
    - c. Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang tipis mudah menyerap keringat dan mudah menyerap keringat
      - Rasional: memberikan rasa nyaman dan pakaian tipis mudah menyerap keringat dan tidak merangsang peningkatan seluruh tubuh
    - d. Observasi pemasukan dan pengeluaran cairan, tanda vital (suhu, nadi, tekanan darah) tiap 3 jam sekali atau lebih sering
      - Rasional: mendeteksi dini kekurangan cairan serta mengetahui keseimbangan cairan dan elektrolit dalam tubuh
    - e. Kolaborasi: pemberian cairan intravena dan pemberian obat sesuai program

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

2. Resiko defisit volume cairan berhubungan dengan pindahnya cairan intravaskuler ke ekstrasvaskuler

Tujuan : tidak terjadi defisit cairan

Kriteria : input dan output seimbang, vital sign dalam batas normal, tidak ada tanda presyok, akral hangat, capillary refill < 3 detik

Intervensi :

- a. Awasi vital sign tiap 3 jam/ lebih sering

Rasional: vital sign membantu mengidentifikasi fluktuasi cairan intravaskuler

- b. Observasi kapilari refill

Rasional: indikasi keadekuatan sirkulasi perifer

- c. Observasi intake dan output. Catat warna urin/konsentrasi, B<sub>j</sub>

Rasional: penurunan haluaran urin pekat dengan peningkatan B<sub>j</sub> diduga dehidrasi

- d. Anjurkan untuk minum 1500-2000 cc/hari (sesuai toleransi)

Rasional: untuk memenuhi kebutuhan cairan tubuh peroral

- e. Kolaborasi: pemberian cairan intravena

Rasional: dapat meningkatkan jumlah cairan tubuh, untuk mencegah terjadinya hypovolemik syok

3. Resiko gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi yang tidak adekuat akibat mual muntah dan nafsu makan yang menurun

Tujuan : tidak terjadi gangguan kebutuhan nutrisi

Kriteria hasil : tidak ada tanda-tanda malnutrisi, menunjukkan berat badan yang seimbang

Intervensi :

- a. Kaji riwayat nutrisi, termasuk makanan yang disukai

Rasional: mengidentifikasi defisiensi

- b. Observasi dan catat masukan makanan pasien

- Rasional: mengawasi masukan kalori/kualitas kekurangan konsumsi makanan
- c. Timbang BB tiap hari (bila memungkinkan)  
Rasional: mengawasi penurunan BB/ mengawasi efektifitas intervensi
- d. Berikan makana sedikit namun sering dan atau makan diantara waktu makan  
Rasional: makanan sedikit dapat menurunkan kelemahan dan peningkatan masukan juga mencegah distensi gaster
- e. Berikan dan bantu oral hygiene  
Rasional: meningkatkan nafsu makan peroral
4. Resiko terjadi perdarahan berhubungan dengan penurunn faktor-faktor pembekuan darah (trombositopenia)
- Tujuan : tidak terjadi perdarahan
- Kriteria hasil : TD 100/60 mmHg, N: 80-100x/mnt, pulsasi kuat, tidak ada tanda perdarahan lebih lanjut, trombosit meninngkat
- Intervensi :
- a. Monitor tanda-tanda penurunan trombosit disertai tanda klinis  
Rasional: penurunan trombosit merupakan tanda adanya kebocoran 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 pembulu darah dan kemungkinan perdarahan yang dialami pasien
- c. Anjurkan pasien untuk banyak istirahat (bedrest)  
Rasional: aktivitas pasien yang tidak terkontrol dapat menyebabkan terjadinya perdarahan
- d. Berikan penjelasan kepada klien dan keluarga untuk melaporkan jika ada tanda perdarahan seperti: hematemesis, melena dan epitaksis

Rasional: keterlibatan pasien dan keluarga dapat membantu untuk melaporkan bila terjadi perdarahan

#### **H. Pelaksanaan Keperawatan**

Menurut Setiadi (2012) merupakan pengeololaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Pada tahap intervensi, yaitu terdiri dari: independent (mis: tindakan merujuk), interdependen, dan dependent.

#### **I. Evaluasi Keperawatan**

Menurut Setiadi (2012) tahapan ini merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan. Tujuannya adalah untuk melihat perkembangan pasien dalam mencapai tujuan yang disesuaikan dengan kriteria hasil pada tahap perencanaan. Evaluasi terdiri dari dua jenis, yaitu: evaluasi berjalan (SOAP), dan evaluasi akhir (SOAPIER).

## **BAB III**

### **TINJAUAN KASUS**

#### **A. Pengkajian Keperawatan**

##### **1. Identitas Klien**

Pasien bernama Tn.V dengan jenis kelamin laki-laki, berusia 18 tahun, belum menikah, agama Kristen, suku Medan, pendidikan terakhir SMA, dan bahasa yang digunakan adalah Indonesia. Saat ini Tn. V berstatus sebagai mahasiswa S1 Ekonomi. An.V tinggal di rumah yang beralamat di Tambun Selatan. Sumber biaya yang digunakan adalah BPJS Ketenagakerjaan dan sumber informasi didapat dari rekam medis, pasien, perawat ruangan, keluarga dan pasien.

##### **2. Resume**

Pasien Tn.V datang ke unit gawat darurat (UGD) RS Mitra Keluarga Bekasi Timur pada tanggal 9 Februari 2020 pukul 22.50 WIB dengan keluhan panas sejak tanggal 7 Februari 2020, sudah minum obat penurun panas tetapi panas tidak turun, kepala pusing, badan pegal – pegal, nyeri tekan di perut bagian atas, di kedua tangan terdapat bintik merah kecil – kecil dan mual. Dilakukan pemeriksaan tanda – tanda vital (TTV) didapatkan hasil TD: 133/79 mmHg, N: 137x/menit, RR: 22x/menit, S: 39°C. Pasien diperiksa dengan keadaan umum sakit sedang, kesadaran komposmentis. Masalah keperawatan adalah hipertermi, Tindakan yang dilakukan adalah menganjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang menyerap keringat, kemudian memberikan infus Ringer Laktat 500cc/8 jam di ven basilica sinistra dan memberikan obat injeksi tamoliv 1gr. Kemudian pada pukul 23:30 WIB Dr.A menganjurkan untuk cek laboratorium dengan hasil Hemoglobin 14,4 d/dl, Hematokrit 42 vol%, leukosit 4.680/ul, Trombosit 146.000/ul, Eritrosit 5,80 juta/ul, dan NS1-Ag positive\* (negative). Pada pukul 02.00 WIB pasien dipindahkan ke ruangan

Chrysant. Saat pengkajian di dapatkan data pasien mengatakan panas masih naik turun, kepala pusing, badan masih pegel, tangan masih terdapat bintik-bintik merah, mual dan nyeri uluh hati. Pasien tampak lemas dan meringis keakitan, pasien tampak sudah terpasang infus RL 500ml, perawat ruangan melakukan pemeriksaan TTV: TD: 130/75 mmHg, N: 60x/menit, S: 38°C, RR: 20x/menit, keadaan umum: sakit sedang, kesadaran komposmentis, akral teraba hangat, mukosa mulut kering, turgor kulit elastis. Evaluasi secara umum adalah suhu: 38°C. Masalah belum teratasi tujuan belum tercapai. Lanjutkan semua intervensi.

### 3. Riwayat Keperawatan

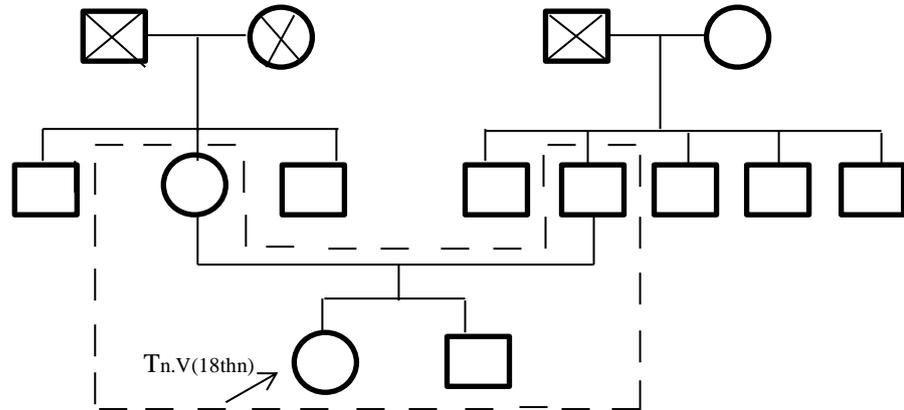
#### a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan sudah tidak demam namun suhu tubuh selalu naik setiap malam sejak empat hari lalu, pusing, nyeri di perut bagian atas seperti di tusuk – tusuk dengan skala 3, merasakan mual tetapi tidak muntah dan tangan masih terdapat bintik – bintik merah. Keluhan muncul sejak 2 hari lalu pada saat pasien pulang dari asramanya di Banten dan muncul secara mendadak, pasien mengatakan sudah mengkonsumsi obat penurun panas tetapi tidak ada perubahan untuk mengatasi keluhan.

#### b. Riwayat kesehatan masa lalu

Pasien mengatakan sebelumnya sudah pernah menderita penyakit DHF waktu umur 7 tahun, namun pasien hanya mengalami demam 3 hari di malam hari, batuk dan muntah tanpa berobat ke fasilitas kesehatan. Pasien mengatakan tidak mempunyai alergi makanan, obat, lingkungan, ataupun binatang. Pasien mengatakan tidak ada mengonsumsi obat rutin.

## c. Riwayat kesehatan keluarga (genogram)



## Keterangan:

- : Laki – Laki
- : Perempuan
- ➔ : Pasien
- ⊗ : Meninggal

Keterangan: pasien adalah anak pertama dari dua bersaudara, orang tua dari ibu meninggal karena penyakit jantung dan penyakit hati, sedangkan orang tua dari bapak meninggal karena penyakit jantung. Pasien tinggal bersama keluarga intinya yaitu ibu, bapak dan saudara keduanya. Tetapi karena pasien sedang menjalani kuliah jadi pasien tinggal di srama kampus di Kota Banten sudah satu setengah tahun dan pulang setiap hari libur.

## 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 terdekat dengan pasien yaitu ibu pasien. Pola komunikasinya baik, yang digunakan dalam keluarga yaitu pola komunikasi dua arah dengan pengambil keputusan Ayah pasien. Pasien mengikuti kegiatan kemasyarakatan dirumahnya yaitu karang taruna dan mengikuti kegiatan organisasi di kampusnya. Pasien mengatakan kedua orang tuanya harus meluangkan waktu untuk bergantian menjaganya di RS dan mempengaruhi libur pasien menunggu masuk kuliah menjadi terganggu. Perubahan yang dirasakan setelah sakit yaitu pasien mengatakan nafsu makan berkurang, badan lemas. Mekanisme koping terhadap stres yang digunakan oleh pasien yaitu mengalihkan masalah dengan cara pemecahan masalah. Hal – hal yang sedang difikirkan pasien saat ini yaitu ingin cepat sembuh dan bisa berkumpul dengan keluarga di rumah dan berharap tidak terkena penyakit yang sama lagi setelah menjalani perawatan. Perubahan yang dirasakan setelah sakit yaitu pasien mengatakan nafsu makan berkurang, badan lemas. Pasien mengatakan tidak ada nilai – nilai kepercayaan yang bertentangan dengan kesehatannya dan pasien selalu berdoa serta percaya kepada tuhan untuk kesembuhannya.

f. Pola kebiasaan

1) Pola nutrisi

Sebelum di RS

Pasien mengatakan frekuensi makan 5x/hari, nafsu makan baik, tidak ada mual muntah, porsi makan yang dihabiskan 1 porsi, tidak ada makanan yang tidak disukai, tidak ada alergi makanan, makanan pantangan tidak ada, suka makan goreng – gorengan dan nasi uduk setiap pagi hari, makanan diet tidak ada, dan tidak menggunakan lat bantu makan

Saat di RS

Pasien mengatakan frekuensi makan 3x/hari, nafsu makan berkurang, terdapat mual namun tidak muntah, porsi makan yang dihabiskan ½ porsi, tidak ada makanan yang tidak disukai, tidak ada alergi makanan, makanan pantangan tidak ada, makanan diet tidak ada dan tidak menggunakan alat bantu makan

2) Pola eliminasi

Sebelum di RS

Pasien mengatakan frekuensi BAK 6x/hari, berwarna kuning jernih, tidak ada keluhan, tidak menggunakan alat bantu BAK. Pasien mengatakan BAB 1x/hari, waktunya tidak tentu, konsistensi lembek, tidak ada keluhan, dan tidak menggunakan laksatif

Saat di RS

Pasien mengatakan frekuensi BAK 9x/hari, berwarna kuning jernih, tidak ada keluhan, tidak menggunakan alat bantu BAK. Pasien mengatakan BAB 1x/hari, waktunya tidak tentu, konsistensi lembek, tidak ada keluhan, dan tidak menggunakan laksatif

3) Pola personal hygiene

Sebelum di RS

Pasien mengatakan mandi 3x/hari pada pagi dan sore. Oral hygiene 3x/hari pada pagi, sore, dan malam sebelum tidur. Mencuci rambut 3x/minggu.

Saat di RS

Pasien mengatakan mandi 1x/hari pada sore hari hanya di lap menggunakan waslap Oral hygiene 1x/hari malam sebelum tidur. Mencuci rambut tetapi tidak menggunakan shampo.

## 4) Pola istirahat dan tidur

## Sebelum di RS

Pasien mengatakan tidak tidur siang karena kuliah dari pukul 06.00 pagi sampai 17.00 sore. Lama tidur malam 7-8 jam, kebiasaan sebelum tidur adalah nonton televisi.

## Saat di RS

Pasien mengatakan tidur siang 2-3 jam, lamanya tidur malam 7-8 jam, kebiasaan sebelum tidur adalah ngobrol, nonton tv dan berdoa.

## 5) Pola aktivitas dan latihan

## Sebelum di RS

Pasien mengatakan kegiatan waktu kuliah pada pagi hari pukul 07.00 WIB sampai 17.00 WIB. Pasien mengatakan sering melakukan olahraga basket setiap hari minggu pagi dan tidak ada keluhan dalam beraktivitas seperti mudah lelah serta nyeri dada jika melakukan aktivitas yang berlebihan.

## Saat di RS

Pasien mengatakan tidak kuliah, pasien mengatakan tidak olahraga, tidak ada keluhan dalam beraktivitas ialah mudah lelah jika berjalan dari tempat perawat hingga kamar pasien.

## 6) Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

## Sebelum di RS

pasien mengatakan tidak merokok, tidak minum alkohol, dan tidak menggunakan NAPZA.

## Saat di RS

pasien mengatakan tidak merokok, tidak minum alkohol, dan tidak menggunakan NAPZA.

#### 4. Pengkajian Fisik

##### a. Pemeriksaan fisik umum

Pasien mengatakan 1 minggu sebelum sakit berat badan (BB): 71 Kg, BB saat ini: 70 kg, tinggi badan (TB): 169 cm, Indeks massa tubuh (IMT): 24 (normal) keadaan umum sakit sedang, kesadaran komposmentis E: 4, M: 6. V: 5. Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

##### b. Sistem penglihatan

Posisi mata pasien tampak simetris, kelopak mata tampak normal, pergerakan bola mata tampak normal, konjungtiva tampak anemis, kornea tampak normal, sklera tampak anikterik, pupil tampak isokor, tidak ada kelainan pada otot mata, fungsi penglihatan tampak baik, tidak ada tanda-tanda radang, tidak menggunakan kacamata, pasien tidak menggunakan lensa mata, dan diameter pupil +2/+2.

##### c. Sistem pendengaran

Daun telinga kanan dan kiri pasien tampak normal, tidak ada serumen, kondisi telinga tampak normal dan tidak ada cairan yang keluar dari telinga, perasaan penuh di telinga tidak ada, tidak ada tinitus, fungsi telinga normal, tidak ada gangguan keseimbangan dan tidak ada pemakaian alat bantu dengar.

##### d. Sistem wicara

Pasien berbicara normal tidak terdapat gangguan pada sistem wicara.

##### e. Sistem pernafasan

Jalan nafas bersih, pasien tidak sesak, tidak menggunakan otot bantu nafas, frekuensi pernafasan 18x/menit, irama teratur, jenis pernafasan spontan dan dangkal, tidak terdapat batuk, saat

dipalpasi dada getaran sama kuat di kedua lapang paru kanan dan kiri, perkusi dada sonor, suara nafas vesikuler, tidak ada nyeri saat bernafas.

f. Sistem kardiovaskuler

1) Sirkulasi perifer

Frekuensi nadi pasien 70x/menit, irama teratur dan teraba kuat. TD: 130/70 mmHg, tidak ada distensi vena jugularis pada kiri dan kanan, temperatur kulit hangat, warna kulit kemerahan, pengisian kapiler >2 detik,akral teraba hangat dan tidak ada edema.

2) Sirkulasi jantung

Kecepatan denyuk nadi apikal 70x/menit, irama teratur, tidak ada kelainan bunyi jantung, dan pasien mengatakan tidak ada nyeri dada.

g. Sistem hematologi

Kulit pasien tidak tampak pucat, terdapat ptechie di kedua tangan

h. Sistem saraf pusat

Pasien mengeluh pusing, tingkat kesadaran komposmentis, 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.

i. Sistem pencernaan

Gigi pasien tampak caries, tidak menggunakan gigi palsu dan tidak ada gigi berlubang, tidak ada stomatitis, lidah tampak kotor, salifa normal, mual tetapi tidak ada muntah. Pasien mengatakan yeri pada daerah perut bagian atas dengan skala nyeri 3 rasanya seperti ditekan-tekan. Bising usus 8x/menit, tidak ada diare, dan tidak ada konstipasi. Pemeriksaan hepar tidak ada pembesaran pada hepar dan abdomen lembek.

j. Sistem endokrin

Saat pengkajian pasien tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, dan tidak ada luka ganggren.

k. Sistem urogenital

Saat pengkajian pasien mengatakan minum sebanyak 1200ml, BAK sebanyak 9x (@200)= 1800ml, Balance cairan dalam 24 jam (tanggal 10 Februari 2020) adalah (-) 100ml, Tidak ada perubahan pola kemih pada pasien seperti retensi urine, disuria, BAK tidak lampias, nocturia, inkontinensia dan anuria. Pasien mengatakan tidak ada keluhan sakit pinggang.

l. Sistem integumen

Saat pengkajian turgor kulit tidak elastis, temperatur kulit hangat, warna kulit kemerahan, keadaan kulit baik, tidak ada kelainan kulit, kondisi kulit daerah pemasangan infus baik, tekstur rambut baik dan bersih.

m. Sistem muskuloskeletal

Saat pengkajian pasien mengatakan tidak kesulitan dalam bergerak, tidak ada sakit pada tulang dan sendi, tidak ada fraktur, tidak ada kelainan bentuk tulang, tidak ada kelainan struktur tulang belakang. Keadaan tonus otot baik, kekuatan pada ekstremitas atas dan bawah adalah 5.

5. Data tambahan

Pasien mengatakan mengetahui tentang penyakit DBD yang disebabkan oleh gigitan nyamuk dan selalu demam tinggi pada malam hari.

6. Data Penunjang

a. Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 09 Februari 2020

Hemoglobin 14,4 g/dl dengan nilai rujukan 13,5 – 18,0 g/dl, Leukosit 4.680/ul dengan nilai rujukan 4.000 – 10.500, Hematokrit 42 vol% dengan nilai rujukan 42 – 52 vol%, Trombosit 146.000\*/ul dengan nilai rujukan 150.000 - 450.000/ul, Eritrosit 5,80 juta/ul dengan nilai rujukan 4,70 – 6.00 juta/ul, NS1- Ag positive dengan nilai rujukan Negative

b. Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 10 Februari 2020

Hemoglobin 13,2\* g/dl dengan nilai rujukan 13,5 – 18,0 g/dl, Leukosit 3.500\*/ul dengan nilai rujukan 4.000 – 10.500, Hematokrit 40\*vol% dengan nilai rujukan 42 – 52 vol%, Trombosit 127.000/ul\* dengan nilai rujukan 150.000 - 450.000/ul, Eritrosit 5,37 juta/ul dengan nilai rujukan 4,70 – 6.00 juta/ul.

c. Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 11 Februari 2020

Hemoglobin 13,4 g/dl dengan nilai rujukan 13,5 – 18,0 g/dl, Leukosit 2.650\*/ul dengan nilai rujukan 4.000 – 10.500, Hematokrit 40 vol% dengan nilai rujukan 42 – 52 vol%, Trombosit 129.000/ul\* dengan nilai rujukan 150.000 - 450.000/ul, Eritrosit 5,33 juta/ul dengan nilai rujukan 4,70 – 6.00 juta/ul

d. Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 12 Februari 2020

Hemoglobin 14,0 g/dl dengan nilai rujukan 13,5 – 18,0 g/dl, Leukosit 2.470\*/ul dengan nilai rujukan 4.000 – 10.500, Hematokrit 42 vol% dengan nilai rujukan 42 – 52 vol%, Trombosit 133.000/ul\* dengan nilai rujukan 150.000 - 450.000/ul, Eritrosit 5,70 juta/ul dengan nilai rujukan 4,70 – 6.00 juta/ul.

7. Penatalaksanaan

a) Obat oral

Sumagesic 3 x 200 mg

Vometa 3 x 10 mg

Imboost 3 x 15 ml

b) Obat injeksi

Ceftriazone 1 x 2 gr (drip)

Pantoprazole 1 x 40 mg

Dexametasone Extra

c) Infus RL 500 cc/ 12 jam

d) Cek lab darah lengkap setiap hari

e) Diit Lunak 1.700 kal

8. Data Fokus

Keadaan umum: sakit sedang, kesadaran: komposmentis, tanda – tanda vital (TTV): Tekanan darah: 130/70 mmHg, frekuensi nadi: 70x/menit, Frekuensi nafas: 18x/menit, suhu: 37.2°C.

a) Kebutuhan cairan

Data subjektif:

Pasien mengatakan menghabiskan minum sebanyak 1200cc, selama dirumah sakit BAK sebanyak 9x/hari sebanyak ±1800cc (@200cc), Pasien mengatakan mual tetapi tidak muntah, Pasien mengatakan tidak ada diare

Data objektif:

Turgor kulit tidak elastis, mukosa bibir lembab, tekanan darah: 130/70 mmHg, nadi: 70x/menit, hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 10 Februari 2020 adalah hemoglobin: 13,2\* g/dl dari 14,4 g/dl (tanggal 9 Februari 2020) (13,5 – 18,0 g/dl). Hematokrit: 40\*vol% dari 42 vol% (tanggal 9 Februari 2020) (42-52 vol%), trombosit: 127.000/ul dari 146.000/ul (tanggal 9 Februari 2020) (150.000-450.000/ul), suhu: 37,2°C, input cairan /24jam cairan infus sebanyak 1200cc, minum sebanyak 1200cc, output cairan /24jam BAK sebanyak 9x/hari = 1800cc (@200cc), IWL sebanyak 700cc dengan berat badan 70kg, hasil balance cairan dalam 24 jam

(tanggal 10 Februari 2020) adalah (-) 100cc dan hasil pemeriksaan NS1-Ag positive\* (negative).

b) Kebutuhan nutrisi

Data subjektif:

Pasien mengatakan makan 3x/hari, setiap makan menghabiskan ½ porsi karena tidak nafsu makan, mual tetapi tidak muntah, berat badan 2 minggu lalu 71 kg, tinggi badan 169cm.

Data objektif:

Konjungtiva ananemis, ekspresi wajah pasien tampak mual ketika sedang makan, hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 10 Februari 2020) hemoglobin= 13,2 g/dl (13,5-18,0 g/dl), berat badan pada saat pengkjian 70kg, ada penurunan berat badan sebanyak 1kg (1%),  $IMT = 70kg \div 1,69^2cm = 24$  (normal), Diet: TKTP

c) Kebutuhan aman

Data subjektif:

Pasien mengatakan kedua lengannya terdapat bintik-bintik merah, tidak ada perdarahan pada gusi dan tidak ada mimisan

Data objektif:

Tidak tampak perdarahan pada gusi, hasil pemeriksaan lab pada tanggal 10 Februari 2020 NS1-Ag positive\* (negative), trombosit= 127.000/ul dari 146.000/ul (tanggal 9 Februari 2020) (150.000-450.000/ul).

d) Kebutuhan nyaman

Data subjektif:

Pasien mengatakan nyeri di daerah perut bagian atas, rasanya seperti ditekan, nyeri muncul hilang timbul dengan tiba-tiba saat pasien melakukan pergerakan tiba-tiba.

Data objektif:

Pasien tampak gelisah dan tiba-tiba memegangi perut, skala nyeri 3, durasi  $\pm 1$  menit, tekanan darah 130/70 mmHg, nadi 70x/menit.

## 9. Analisa Data

**Tabel 3.1 Analisa Data**

No	Data	Masalah	Etiologi
1	<p>Data subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mengatakan menghabiskan minum sebanyak 1200cc</li> <li>b. Pasien mengatakan selama di rumah sakit BAK sebanyak 9x/hari= 1.800cc (@200cc)</li> </ul> <p>Data objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Turgor kulit kering</li> <li>b. Mukosa bibir lembab</li> <li>c. Tekanan darah: 130/70mmHg, nadi: 70x/menit</li> <li>d. Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 10 Februari 2020 Hemoglobin: 13,2g/dl dari 14,4g/dl (9 Februari 2020), hematokrit: 40vol% dari 42vol%(9 Februari</li> </ul>	Resiko ketidakseimbangan cairan	Peningkatan permeabilitas kapiler

	<p>2020) (42-52vol%) dan Trombosit: 127.000/ul dari 146.000/ul( 9 februari 2020) (150.000-450.000/ul)</p> <p>e. Suhu: 37,2°C</p> <p>f. Input cairan/ 24jam (tanggal 10 Februari 2020) cairan infus sebanyak 1200cc, minum sebanyak 1200cc, output cairan /24jam BAK sebanyak 9x/hari = 1800cc (@200cc), IWL sebanyak 700cc dengan berat badan 70kg, hasil balance cairan dalam 24 jam adalah (-) 100cc</p> <p>g. Hasil pemeriksaan NS1-Ag positive* (negative).</p>		
2	<p>Data subjektif:</p> <p>a. Pasien mengatakan tidak ada perdarahan pada gusi, hidung dan telinga</p> <p>b. Pasien mengatakan kedua tangan nya terdapat bintik-bintik merah</p>	Resiko perdarahan	Perubahan permeabilitas

	<p>Data objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kulit pasien terdapat ptechie di kedua tangan</li> <li>Tidak tampak perdarahan pada gusi, hidung dan telinga</li> <li>Hasil NS1-Ag positive* (negative)</li> <li>Hasil pemeriksaan laboratorium( tanggal 10 Februari 2020) trombosit: 127.000/ul dari 146.000/ul (tanggal 9 Februari 2020) (150.000-450.000/ul)</li> </ol>		
3	<p>Data subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan makan 3x/hari, setiap makan menghabiskan ½ porsi karena tidak nafsu makan</li> <li>Ada mual tetapi tidak muntah</li> <li>BB 1 minggu lalu 71kg, sekarang 70kg, tinggi 169cm</li> </ol> <p>Data objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Konjungtiva ananemis</li> <li>Ekspresi wajah tampak</li> </ol>	Resiko defisit nutrisi	Intake yang tidak adekuat

	<p>mual ketika sedang makan</p> <p>c. Hasil pemeriksaan laboratorium (tanggal 10 Februari 2020) hemoglobin: 13,2* g/dl dari 14,4 g/dl (tanggal 9 Februari 2020) (13,5 – 18,0 g/dl).</p> <p>d. BB:70 kg TB: 169 cm IMT= <math>70\text{kg} \div 1,69^2\text{cm} = 24</math> (normal)</p>		
4	<p>Data subjektif:</p> <p>a. Pasien mengatakan Pasien mengatakan nyeri di daerah perut bagian atas, rasanya seperti ditekan, nyeri muncul hilang timbul dengan tiba-tiba saat pasien melakukan pergerakan tiba-tiba,</p> <p>Data objektif:</p> <p>b. Pasien tampak gelisah dan tiba-tiba memegang perut</p> <p>c. skala nyeri 3, durasi <math>\pm 1</math> menit.</p> <p>d. tekanan darah 130/70 mmHg, nadi</p>	Gangguan rasa nyaman: nyeri pada uluh hati	Proses penyakit

	70x/menit, RR: 18x/menit		
--	-----------------------------	--	--

## B. Diagnosa Keperawatan

1. Resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler
2. Resiko perdarahan berhubungan dengan perubahan permeabilitas
3. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan intake nutrisi yang tidak adekuat akibat mual
4. Gangguan rasa nyaman: nyeri pada uluh hati berhubungan dengan proses penyakit

## C. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan

### 1. Resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler

**Data subjektif:** Pasien mengatakan menghabiskan minum sebanyak 1200cc, Pasien mengatakan selama di rumah sakit BAK sebanyak 9x/hari= 1.800cc (@200cc)

**Data objektif:** Turgor kulit kering, Mukosa bibir lembab, Tekanan darah: 130/70mmHg, nadi: 70x/menit, Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 10 Februari 2020, Hemoglobin: 13,2g/dl dari 14,4g/dl (9 Februari 2020), hematokrit: 40vol% dari 42vol%(9 Februari 2020) (42-52vol%) dan Trombosit: 127.000/ul dari 146.000/ul( 9 februari 2020) (150.000-450.000/ul), Suhu: 37,2°C, Input cairan/ 24jam (tanggal 10 Februari 2020) cairan infus sebanyak 1200cc, minum sebanyak 1200cc, output

cairan /24jam BAK sebanyak 9x/hari = 1800cc (@200cc), IWL sebanyak 700cc dengan berat badan 70kg, hasil balance cairan dalam 24 jam adalah (-) 100cc, Hasil pemeriksaan NS1-Ag positive\* (negative).

**Tujuan:** Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan resiko tidak terjadi aktual

**Kriteria Hasil:** Tekanan darah dalam batas normal (120/80 mmHg), Nadi dalam batas normal (60-100 mmHg), Suhu dalam batas normal (36,5-37,5°C), Hematokrit dalam rentang normal (42-52 vol%), Trombosit dalam rentang normal (150.000-450.000/ul), Balance cairan seimbang (0)

**Rencana tindakan:**

- a. Monitor TTV (TD,N.S) / shift
- b. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (trombosit, hematokrit) setiap hari sesuai program medis
- c. Catat intake dan output dan hitung balance cairan /24 jam
- d. Awasi pemberian cairan infus RL 500cc/12 jam dengan 14tpm sesuai dengan program medis

**Pelaksanaan keperawatan hari ke: 1.**

**Senin, 10 Februari 2020**

Pukul 09:00 WIB memonitor dan mencatat nilai Trombosit= 127.000\*/ul (150.000-450.000/ul) nilai hematokrit 40\* vol% (42-52 vol%), Pukul 09:30 WIB mengukur TTV: TD:129/70 mmHg, N: 71x/menit, S: 37°C, denyut nadi kuat, pukul 11:00 WIB

mengobservasi pemberian infus dan tetesan infus= aliran infus lancar dengan jumlah tetesan 14tpm. Pukul 12:00 mengobservasi minum pasien sudah menghabiskan minum satu botol (600ml) dari pukul 07:00. Pukul 15:40 mengukur TTV: TD 130/80 mmHg, N:70x/menit, S: 37,2 C. Pukul 16:00 mencatat intake – output dari pukul 07:00= input: infus 500ml, minum 200ml, output urin: 800ml. Pukul 20:00 WIB perawat ruangan mengukur TTV: TD: 128/80 mmHg, N: 60x/menit, S:36,5°C.

Pukul 01.00 WIB (perawat ruangan) mengukur TTV: TD: 135/70 mmHg, N: 85x/menit, S: 36°C. Pukul 05:30 WIB perawat ruangan mengukur TTV: TD: 120/80 mmHg, N: 80x/menit. Pukul 06:30 WIB (perawat ruangan) mengobservasi kelembapan mukosa bibir= mukosa tampak lembab, turgor kulit tampak kering. Dan input pasien mengatakan sudah menghabiskan minum dua botol lebih(±1200 ml) dan sudah BAK sudah 9x dalam 24 jam terakhir. Pukul 07:00 WIB (perawat ruangan) mengobservasi input output, input oral pasien mengatakan minum sebanyak 1.200ml, cairan infus 1.200ml, output cairan/ 24jam BAK sudah 9x/hari 1.800ml (@200), IWL 700ml. Pukul 07:10 menghitung balance cairan dengan hasil input: 2.400ml dan output 2.500ml dengan balance cairan= (-) 100ml/24 jam.

### **Evaluasi keperawatan Selasa, 11 Februari 2020 pukul 06:00 WIB**

**Subjektif** : pasien mengatakan minum sebanyak= 1.200ml, output cairan/ 24jam BAK sudah 9x/hari 1.800ml (@200).

**Objektif**: nilai Trombosit= 127.000\*/ul (150.000-450.000/ul) nilai hematokrit 40\* vol% (42-52 vol%) : TD 130/80 mmHg, N:70x/menit, S: 37,2 C, denyut nadi kuat, aliran infus lancar dengan jumlah tetesan 14 tpm, akral= hangat, balance cairan dengan hasil input: 2.400ml dan output 2.500ml dengan balance cairan= (-) 100ml/24 jam.

**Analisa:** masalah tetap resiko, tujuan belum tercapai

**Planning:** lanjutkan semua intervensi

## **Pelaksanaan keperawatan hari ke: 2**

**Selasa, 11 Februari 2020**

Pukul: 09:30 WIB mengukur TTV dengan hasil TD: 131/65 mmHg, N: 80x/ menit, S:36,5°C, denyut nadi kuat. Pukul 09:45 WIB memonitor dan mencatat hasil laboratorium dengan hasil : hematokrit 40\* vol% (42-52 vol%), Trombosit= 129.000\*/ul (150.000-450.000/ul). Pukul 11:00 WIB mengobservasi pemberian infus dan tetesan infus= aliran infus lancar dengan jumlah tetesan 14 tpm. Pukul 15:40 mengukur TTV dengan hasil TD: 120/80 mmHg, N: 79x/menit, S:36,5°C, denyut nadi kuat Pukul 16:00 WIB mengobservasi input minum dari pukul 07:00 sudah 400ml, Infus 500 ml, BAK 4x 800ml (@200), dengan IWL 700 cc (BB 70kg). Pukul 20:30 WIB perawat ruangan mengukur TTV: TD: 131/80 mmHg, N: 80x/menit, S:36,8°C, denyut nadi kuat.

Pukul 17:00 WIB (perawat ruangan) mengobservasi pemberian infus dan tetesan infus= aliran infus lancar dengan jumlah tetesan 14 tpm, Pukul 05:10 WIB (perawat ruangan) mengukur TTV: TD: 120/80 mmHg, N: 79x/menit, S:36,5°C. Pukul 06:50 WIB (perawat ruangan) mengobservasi masukan minum dan urin pasien selama 24 jam terakhir, pasien mengatakan minum sudah menghabiskan 2 botol lebih (1.700ml), infus sudah masuk= 1200 ml dan sudah BAK 10x (@200) = 2000ml, IWL 700ml. Pukul 07:00 WIB menghitung balance cairan 24jam dengan hasil input= 2.780 ml dan output= 2.700ml jadi balance cairan= 80ml/24 jam

### **Evaluasi keperawatan Rabu, 12 Februari 2020 pukul 06:00 WIB**

**Subjektif:** pasien mengatakan 24 jam ini sudah menghabiskan 2 botol lebih 1.700ml dan sudah BAK 10x (@200) = 2000ml

**Objektif :** Hemoglobin= 13,4\* g/dl (13,5-18,0 g/dl), hematokrit 40\* vol% (42-52 vol%), Trombosit= 129.000\*/ul (150.000-450.000/ul), TD: 120/80 mmHg, N: 79x/menit, S:36,5°C, denyut nadi kuat, aliran infus lancar dengan jumlah tetesan 14 tpm, minum sudah menghabiskan 2 botol lebih = 1.700ml, infus sudah masuk= 1200 ml dan sudah BAK 10x (@200) = 2000ml, IWL 700ml. balance cairan 24jam dengan hasil input= 2.900 ml dan output= 2.700ml jadi balance cairan= 200 ml/24 jam

**Analisa:** masalah tetap resiko, tujuan belum tercapai

**Planning:** lanjutkan semua intervensi

### **Pelaksanaan Keperawatan hari ke:3**

#### **Rabu, 12 Februari 2020**

Pukul 08:30 WIB mengukur tanda-tanda vital dengan hasil TD: 130/70 mmHg, Nadi: 80x/menit, denyut nadi kuat. Pukul 09:00 memonitor dan mencatat nilai hemoglobin= 14,0 g/dl (13,5-18,0 g/dl), hematokrit 42 vol% (42-52 vol%), pukul 13:00 WIB mengobservasi pemberian infus dan tetesan infus dengan hasil aliran infus lancar dengan jumlah tetesan 20 tpm. Pukul 15:40 mengukur TTV dengan hasil TD: 128/80 mmHg, N: 70x/menit, S:36°C, Pukul 16:00 WIB mengobservasi input-output dari pukul 07:00 pasien mengatakan sudah menghabiskan minum 400 cc, infus 700 cc, output dari pukul 07:00 pasien mengatakan sudah BAK 2x= 400ml (@200cc).

Pukul 19:00 WIB (perawat ruangan) mengobservasi pemberian infus dan tetesan infus= aliran infus lancar dengan jumlah tetesan 14 tpm, Pukul 05:30 WIB (perawat ruangan) mengukur TTV: TD: 120/80 mmHg, N: 79x/menit, S:36,5°C. Pukul 06:50 WIB (perawat ruangan) mengobservasi masukan minum dan urin pasien selama 24 jam terakhir, pasien mengatakan minum sudah menghabiskan 3 botol lebih 2000ml, infus sudah masuk= 1300 ml dan sudah BAK 11x (@200) = 2200ml, IWL 700ml. Pukul 07:00 WIB menghitung balance cairan 24jam dengan hasil input= 3.300 ml dan output= 2.900ml jadi balance cairan= 400 ml/24 jam

**Evaluasi Keperawatan Kamis, 13 Februari 2020 pukul 06:00 WIB**

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

**Objektif:** nilai hemoglobin= 14,0 g/dl (13,5-18,0 g/dl), hematokrit 42 vol% (42-52 vol%), TD: 128/80 mmHg, N: 70x/menit, S:36°C, denyut nadi kuat, aliran infus lancar dengan jumlah tetesan 20 tpm, minum 3 botol lebih 2000ml, infus sudah masuk= 1300 ml dan BAK 11x (@200) = 2200ml, IWL 700ml. balance cairan 24jam dengan hasil input= 3.300 ml dan output= 2.900ml jadi balance cairan= 400 ml/24 jam

**Analisa:** masalah tetap resiko, tujuan tercapai

**Planning:** lanjutkan semua intervensi oleh perawat ruangan

## 2. Resiko perdarahan berhubungan dengan perubahan permeabilitas

**Data subjektif:** Pasien mengatakan tidak ada perdarahan pada gusi, hidung dan telinga Pasien mengatakan kedua tangannya terdapat bintik-bintik merah

**Data objektif:** Kulit pasien terdapat petechie di kedua tangan Tidak tampak perdarahan pada gusi, hidung dan telinga, Hasil NS1-Ag positive\* (negative), Hasil pemeriksaan laboratorium( tanggal 10 Februari 2020), trombosit: 127.000/ul dari 146.000/ul (tanggal 9 Februari 2020) (150.000-450.000/ul)

**Tujuan:** setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perdarahan tidak terjadi

**Kriteria hasil:** trombosit dalam batas normal (150.000-450.000/ul), TD dalam batas normal (110-120/60-80 mmHg), petechie tidak ada, tidak ada perdarahan pada gusi

### Rencana tindakan:

- a. Monitor TTV (TD,N) / shift
- b. Monitor ketat adanya tanda- tanda perdarahan pada gusi atau adanya petechie/shift
- c. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (trombosit)/ hari sesuai program medis

### Pelaksanaan keperawatan hari ke: 1

#### Senin, 10 Februari 2020

Pukul 09:00 WIB memonitor dan mencatat nilai Trombosit= 127.000\*/ul (150.000-450.000/ul) Pukul 09:30 WIB mengukur TTV: TD:129/70 mmHg, N: 71x/menit, pukul 11:00 WIB melakukan

pemeriksaan Rumpleleed dengan hasil rumpleed positive, pukul 11:10 WIB mengobservasi adanya perdarahan dengan hasil perdarahan tidak terjadi ditandai dengan pasien tidak mengeluh adanya perdarahan pada gusi. Pukul 15:40 WIB mengukur TTV: TD 130/80 mmHg, N:70x/menit, S: 37,2 C. Pukul 20:00 WIB perawat ruangan mengukur TTV: TD: 128/80 mmHg, N: 60x/menit.

Pukul 01.00 WIB (perawat ruangan) mengukur TTV: TD: 135/70 mmHg, N: 85x/menit, S: 36°C. Pukul 05:30 WIB (perawat ruangan) mengukur TTV: TD: 120/80 mmHg, N: 80x/menit

### **Evaluasi keperawatan Senin, 10 Februari 2020 pukul 16:00**

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

**Objektif:** nilai Trombosit= 127.000\*/ul (150.000-450.000/ul), TD 130/80 mmHg, N:70x/menit, S: 37,2 C, hasil uji rumplee leed positive, petechie positive, tidak ada perdarahan pada gusi

**Analisa:** masalah tetap resiko, tujuan tercapai sebagian

**Planning:** lanjutkan semua intervensi

### **Pelaksanaan keperawatan hari ke: 2**

#### **Selasa, 11 Februari 2020**

Pukul: 09:30 WIB mengukur TTV dengan hasil TD: 131/65 mmHg,N: 80x/ menit, S:36,5oC, denyut nadi kuat. Pukul 09:45 WIB memonitor dan mencatat hasil laboratorium dengan hasil : Hemoglobin= 13,4\*

g/dl (13,5-18,0 g/dl), hematokrit 40\* vol% (42-52 vol%), Trombosit= 129.000\*/ul (150.000-450.000/ul), Pukul 12:00 WIB mengobservasi adanya perdarahan dengan hasil pasien tidak mengeluh adanya perdarahan pada gusi dan petechie positive. Pukul 15:40 mengukur TTV dengan hasil TD: 120/80 mmHg, N: 79x/menit, S:36,5°C Pukul 20:30 WIB perawat ruangan mengukur TTV: TD: 130/80 mmHg, N: 80x/menit,S:36,8oC, denyut nadi kuat

Pukul 05:10 WIB (perawat ruangan) mengukur TTV: TD: 120/80 mmHg, N: 79x/menit,S:36,5oC

### **Evaluasi keperawatan Selasa, 11 Februari 2020 pukul 16:00 WIB**

**Sujektif:** pasien mengatakan tidak ada perdarahan pada gusi ataupun mimisan

**Obektif:** : Hemoglobin= 13,4\* g/dl (13,5-18,0 g/dl), hematokrit 40\* vol% (42-52 vol%), Trombosit= 129.000\*/ul (150.000-450.000/ul), TD: 120/80 mmHg, N: 79x/menit, S:36,5°C petechie positive, tidak adanya perdarahan pada gusi dan mimisan

**Anlisa:** masalah tetap resiko, tujuan tercapai sebagian

**Plnning:** lanjutkan intervensi 1,2 dan 4

### **Pelaksanaan Keperawatan hari ke: 3**

#### **Rabu, 12 Februari 2020**

Pukul 08:30 WIB mengukur tanda-tanda vital dengan hasil TD: 130/70 mmHg, Nadi: 80x/menit, denyut nadi kuat. Pukul 09:00 WIB

mencatat dan emonitor nilai trombosit dengan hasil trombosit 133.000\*/ul (150.000-450.000/ul). Pukul 13:00 WIB mengobservasi adanya perdarahan dengan hasil pasien tidak mengeluh adanta perdarahan pada gusi dan petechie negative. Pukul 15:40 mengukur TTV dengan hasil TD: 128/80 mmHg, N: 70x/menit, S:36°C.

### **Evaluasi Keperawatan Rabu, 12 Februari 2020 pukul 16:00 WIB**

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

**Objektif:** TD: 128/80 mmHg, N: 70x/menit, S:36°C, denyut nadi kuat, nilai trombosit 133.000\*/ul (150.000-450.000/ul), petechie negative , tidak ada perdarahan pada gusi.

**Analisa:** masalah tetap resiko, tujuan tercapai

**Planning:** lanjutkan semua intervensi oleh perawat ruangan.

### **3. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan intake nutrisi yang tidak adekuat akibat mual**

**Data subektif:** Pasien mengatakan makan 3x/hari, setiap makan menghabiskan ½ porsi karna tidak nafsu makan  
Ada mual tetapi tidak muntah, Bb 2 minggu lalu 71kg, sekarang 70kg, tinggi 169cm

**Data objektif:** Konjungtiva ananemis, Ekspresi wajah tampak mual ketika sedang makan, Hasil pemeriksaan laboratorium (tanggal 10 Februari 2020), hemoglobin: 13,2\* g/dl dari 14,4 g/dl (tanggal 9

Februari 2020) (13,5 – 18,0 g/dl), IMT=  
 $70\text{kg} \div 1,69^2\text{cm} = 24$  (normal), Diit:TKTP

**Tujuan:** setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam, diharapkan nutrisi tetap adekuat.

**Kriteria hasil:** makan habis 1 porsi, mual muntah tidak ada, IMT dalam rentang normal, konjungtiva ananemis.

**Rencana tindakan:**

- a. Monitor asupan makan pasien/ shift
- b. Monitor keluhan mual dan muntah/ shift
- c. Timbang BB pasien /2 hari
- d. Anjurkan pasien makan sedikit tapi sering setiap kali makan
- e. berikan Diit TKTP sesuai dengan program medis
- f. berikan terapi obat vometa 3x10mg

**Pelaksanaan keperawatan hari ke: 1**

**Senin, 10 Februari 2020**

Pukul 06:00 WIB (perawat ruangan) memberikan terapi obat vometa 10 mg (oral) dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 10:20 WIB memonitor dan mencatat nilai hemoglobin = 13,2\* g/dl (13,5-18,0 g/dl). Pukul 10:30 WIB menghitung IMT dengan hasil  $70\text{kg} \div 1,692\text{cm} = 24$  (normal). Pukul 12:00 WIB menganjurkan pasien makan sedikit tapi sering dengan hasil pasien mengikuti instruksi perawat, pukul 13:00 WIB memonitor asupan makan pasien dengan hasil pasien mengatakan nafsu makan menurun dan menghabiskan makan ½ porsi , pukul 14:00 WIB memonitor keluhan mual dan muntah dengan hasil pasien mengatakan masih mual tetapi tidak ada muntah, pukul 18:00 WIB perawat ruangan memberikan obat vometa 10 mg (oral) dengan hasil obat berhasil diberikan. , pukul 20:00 WIB perawat ruangan

memonitor keluhan mual dan muntah dengan hasil pasien mengatakan mual sudah mulai berkurang.

Pukul 06:00 WIB (perawat ruangan) memberikan terapi obat vometa 10 mg (oral) dengan hasil obat berhasil diberikan.

### **Evaluasi keperawatan Senin, 10 Februari 2020 pukul 14:00 WIB**

**Subjektif:** pasien mengatakan mau mengikuti instruksi perawat untuk makan sedikit tapi sering, masih merasakan mual, tidak ada muntah, nafsu makan berkurang dan makan hanya dihabiskan  $\frac{1}{2}$  porsi

**Objektif:** hemoglobin = 13,2\* g/dl (13,5-18,0 g/dl). Pukul 10:30 WIB menghitung IMT dengan hasil  $70\text{kg} \div 1,692\text{cm} = 24$  (normal)

**Analisa :** masalah tetap resiko, tujuan tercapai

**Planning:** lanjutkan semua intervensi

### **Pelaksanaan keperawatan hari ke: 2**

#### **Selasa, 11 Februari 2020**

Pukul 10:00 WIB memonitor dan mencatat nilai hemoglobin= 13,4 g/dl (13,5-18,0 g/dl). Pukul 10:30 WIB menginstruksikan pasien untuk makan sedikit tapi sering dengan hasil pasien mau mengikuti instruksi perawat. Pukul 11:00 mengkaji adanya mual dan muntah dengan hasil pasien mengatakan mual sudah tidak ada dan tidak ada muntah. Pukul 13:00 WIB mengobservasi asupan makan pasien dengan hasil pasien mengatakan makan sudah habis 1 porsi nafsu makan sudah ada seperti pasien sebelum sakit.

Pukul 18:00 WIB perawat ruangan memberikan obat vometa 10 mg (oral) dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 21:20 WIB perawat ruangan mengkaji adanya keluhan mual dengan hasil pasien mengatakan mual sudah tidak ada.

### **Evaluasi keperawatan Selasa, 11 Februari 2020**

**Subjektif:** pasien mengatakan pasien mau mengikuti instruksi perawat untuk makan sedikit tapi sering, mual sudah tidak ada, tidak ada muntah, nafsu makan sudah ada seperti sebelum pasien sakit, dan makan habis satu porsi

**Objektif:** nilai hemoglobin= 13,4 g/dl (13,5-18,0 g/dl)

**Analisa:** masalah tetap resiko, tujuan tercapai

**Planning:** hentikan semua intervensi

#### **4. Gangguan rasa nyaman: nyeri pada uluh hati berhubungan dengan proses penyakit**

**Data subjektif:** Pasien mengatakan Pasien mengatakan nyeri di daerah perut bagian atas, rasanya seperti ditusuk-tusuk, nyeri muncul hilang timbul dengan tiba-tiba saat pasien melakukan pergerakan tiba-tiba, skala nyeri 3, durasi  $\pm$ 1 menit.

**Data objektif:** Pasien tampak gelisah dan tiba-tiba memegangi perut, tekanan darah 130/70 mmHg, nadi 70x/menit, RR: 18x/menit

**Tujuan:** setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x 24 jam diharapkan keluhan nyeri tidak terjadi

**Kriteria hasil:** mampu menyebutkan penyebab nyeri timbul, melaporkan bahwa skala nyeri berkurang, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, dan mengatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.

**Rencana tindakan:**

- a. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi /shift
- b. Observasi ketidaknyamanan setiap nyeri timbul
- c. Monitor TTV (TD,N,RR)/shift
- d. Atur posisi yang nyaman semi fowler
- e. Ajarkan dan anjurkan pasien untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam setiap kali nyeri timbul
- f. Berikan terapi obat sumagesic 3x200mg

**Pelaksanaan keperawatan hari ke: 1**

**Senin, 10 Februari 2020**

Pukul 06:00 WIB (perawat ruangan) memberikan terapi obat sumagesic 200 mg (oral) dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan. Pukul 09:30 WIB mengukur TTV: TD:130/70 mmHg, N: 70x/menit. Pukul 10:00 WIB mengkaji keluhan nyeri dengan hasil pasien mengatakan nyeri pada uluh hati seperti ditusuk-tusuk, nyeri muncul hilang timbul saat pasien melakukan pergerakan tiba-tiba dengan skala nyeri 3. Pukul 11:00 WIB mengatur posisi nyaman sesuai dengan keinginan pasien : semi fowler dengan hasil pasien tampak rileks saat diberikan posisi semi fowler. Pukul 14:00 WIB mengajarkan pasien untuk melakukan relaksasi nafas dalam dan menginstruksikan pasien untuk melakukan setiap nyeri muncul

dengan hasil pasien mengatakan mengerti dan mau mengikuti apa yang dianjurkan oleh perawat. Pukul 15:40 mengukur TTV: TD 130/80 mmHg, N:70x/menit, RR:18x/menit. Pukul 18:00 WIB perawat ruangan memberikan terapi obat sumagesic 200mg (oral) dengan hasil obat berhasil diberikan

Pukul 01.00 WIB (perawat ruangan) mengukur TTV: TD: 135/70 mmHg, N: 85x/menit, S: 36oC. Pukul 05:30 WIB perawat ruangan mengukur TTV: TD: 120/80 mmHg, N: 80x/menit. Pukul 06:30 memberikan terapi obat sumagesic 200 mg (oral) dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan

### **Evaluasi keperawatan Senin, 10 Februari 2020 pukul 14:00 WIB**

**Subjektif:** pasien mengatakan nyeri pada uluh hati seperti ditusuk-tusuk, nyeri muncul hilang timbul saat pasien melakukan pergerakan tiba-tiba dengan skala nyeri 3, pasien mengatakan mengerti dan mau mengikuti apa yang dianjurkan oleh perawat untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam saat nyeri muncul.

**Objektif** :TD 130/80 mmHg, N:70x/menit, RR:18x/menit, pasien tampak meringis dan memegang perutnya saat nyeri timbul, pasien tampak rileks saat diberikan posisi semi fowlerr.

**Analisa** : masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai

**Planning:** lanjutkan semua intervensi oleh perawat ruangan

### **Pelaksanaan keperawatan hari ke: 2**

**Selasa, 11 Februari 2020**

Pukul 08:00 memberikan terapi obat sumagesic 200 mg (oral) dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan. Pukul: 09:30 WIB mengukur TTV dengan hasil TD: 131/65 mmHg, N: 80x/ menit. Pukul 10:20 WIB mengatur posisi nyaman sesuai dengan keinginan pasien: semi fowler dengan hasil pasien tampak rileks st diberikan posisi semi fowler. Pukul 15:40 mengukur TTV dengan hasil TD: 120/80 mmHg, N: 79x/menit, RR: 18x/menit. Pukul 16:00 WIB mengkaji keluhan nyeri dengan hasil pasien mengatakan nyeri sudah tidak ada.

Pukul 05:10 WIB (perawat ruangan) mengukur TTV: TD: 120/80 mmHg, N: 79x/menit. Pukul 06:00 memberikan terapi obat sumagesic 200 mg (oral) dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan

#### **Evaluasi keperawatan Selasa, 11 Februari 2020 pukul 14:00 WIB**

**Subjektif:** pasien mengataka nyeri uluh hati sudah tidak ada, dengan skala 0,

**Objektif:** TD: 120/80 mmHg, N: 79x/menit, RR: 18x/menit dan pasien tampak rileks st diberikan posisi semi fowler

**Analisa:** masalah teratasi, tujuan tercapai

**Planning:** hentikan semua intervensi

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

#### **A. Pengkajian Keperawatan**

Menurut teori Widyanto, F & Triwibowo, C (2013) tanda dan gejala disebutkan adanya tanda-tanda perdarahan berupa ekimosis, purpura dan penurunan kesadaran namun pada kasus tidak ditemukannya tanda-tanda perdarahan tersebut hal ini ditandai dengan tidak adanya keluhan pasien berupa ekimosis, purpura dan penurunan kesadaran dan hasil pemeriksaan trombosit yang masih dalam rentang waspada yaitu 146.000\*/ul ( tanggal 09 Februari 2020)

Menurut teori Widyanto, F & Triwibowo, C ( 2013) disebutkan adanya keluhan mual dan muntah pada pasien dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF), namun pada kasus penulis hanya menemukan keluhan mual saja tanpa disertai dengan muntah. Hal tersebut terjadi karena pasien sudah mendapatkan terapi obat antiemetik yaitu vometa 3 x 10mg melalui oral.

Menurut teori Widyanto, F & Triwibowo, C (2013) didapatkan juga keluhan nyeri otot dan saat dilakukan pengkajian penulis tidak menemukan keluhan tersebut karena dari awal pasien masuk rumah sakit pasien hanya mengeluh nyeri pada uluh hati saja dengan skala 3.

Menurut teori Desmawati (2013) pada pengkajian sistem pernafasan dikatakan adanya keluhan perdarahan melalui hidung, pernafasan dangkal dan epitaksis, namun pada kasus penulis tidak menemukan keluhan tersebut karena tidak adanya keluhan pasien berupa perdarahan melalui hidung, pernafasan dangkal dan epitaksis. Hal tersebut dibuktikan data pada saat pengkajian yaitu RR: 22x/menit.

Faktor pendukung penulis dalam melakukan pengkajian yaitu pasien dan keluarga kooperatif dan terbuka tentang penyakit dan keluhan yang dialami oleh pasien saat ini. Tersedianya juga kelengkapan data pasien yang didapatkan dari rekam medis.

Faktor penghambat penulis dalam melakukan pengkajian keperawatan yaitu sulit dalam membaca tulisan tangan dokter dan perawat ruangan yang menuliskan di rekam medis pasien, sehingga dalam melakukan pelengkapan data pada saat pengkajian penulis sedikit mengalami kesulitan.

## **B. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan pada pasien dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) Menurut Desmawati (2013) tetapi tidak terdapat pada kasus antara lain:

1. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi virus dengue. Penulis tidak merumuskan diagnosa tersebut pada kasus dikarenakan demam sudah tidak ada dengan didapatkan hasil pengukuran pada saat pengkajian yaitu 37,2°C saat pasien masuk perawatan hari kedua. Menurut (Soedarto, Demam Berdarah Dengue, 2012) 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. Resiko syok hypovolemik berhubungan dengan perdarahan yang berlebihan, pindahnya cairan intravaskuler ke ekstrasvaskuler. Penulis tidak merumuskan diagnosa tersebut karena tidak ditemukannya keluhan berupa hipotensi, hipovolemi, serta hipoksia pada pasien akibat dari kebocoran plasma. Hal tersebut dibuktikan dengan tekanan darah pada saat pengkajian yaitu 130/70 mmHg.

Urutan dalam penegakan diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas terdapat kesenjangan antara kasus dan teori. Pada teori disebutkan urutan

diagnosa prioritasnya adalah Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi virus dengue, resiko ketidakseimbangan cairan, syok hypovolemik , resiko gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi, dan resiko terjadi perdarahan namun urutan penegakan diagnosa berdasarkan prioritas pada kasus adalah resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan permeabilitas kapiler.

Faktor pendukung penulis dalam melakukan pengkajian yaitu pasien dan keluarga pasien kooperatif dan terbuka tentang penyakit yang dialami pasien saat ini. Tersedianya juga kelengkapan data pasien yang di dapatkan dari rekam medis.

Faktor penghambat yaitu adalah perbedaan urutan diagnosa keperawatan berdasarkan priorita antara teori dan kasus yang ada.

### **C. Perencanaan Keperawatan**

Penulis menetapkan diagnosa keperawatan prioritas pada kasus adalah resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler. Penulis mengangkat diagnosa prioritas resiko ketidakseimbangan cairan mengacu pada hirarki maslow yang kedua yaitu kebutuhan fisiologis. Hal ini dibuktikan bahwa kandungan air dalam tubuh manusia adalah sekitar 60-70% dari berat tubuh, dan air sangat penting bagi organ-organ dalam tubuh untuk bekerja dengan baik. Maka penulis menetapkan diagnosa keperawatan ini menjadi prioritas utama pada kasus. Menurut teori penyusunan waktu dalam mencapai tujuan dari setiap intervensi tidak ada batasan waktu, sedangkan pada kasus penulis menetapkan waktu dan selama 3x24 jam untuk mencapai intervensi pada diagnosa keperawatan yang sudah ditegakkan oleh penulis.

Berikut merupakan kesenjangan pada rencana keperawatan yang ada dalam teori tetapi tidak terdapat pada kasus atau sebaliknya adalah:

1. Resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler, perencanaan keperawatan yang ada dalam teori tetapi tidak dilakukan oleh penulis dikarenakan tidak adanya indikasi dilakukannya tindakan tersebut yaitu: timbang popok atau pembalut jika diperlukan, monitor berat badan harian, persiapan untuk transfusi.
2. Resiko perdarahan berhubungan dengan perubahan permeabilitas, perencanaan keperawatan yang ada pada kasus namun tidak ada pada teori yaitu lakukan pemeriksaan rumple leed, tindakan tersebut direncanakan karena untuk melihat apakah adanya petechie pada pasien atau tidak. Adapun perencanaan yang ada dalam teori namun tidak dilakukan oleh penulis karena tidak adanya indikasi seperti adanya luka, perdarahan pada gastrointestinal, perdarahan aktif untuk dilakukannya tindakan tersebut yaitu : monitor koagulasi (mis. Prothombine time (PT), partial thromboplastine time (PTT), fibrinogen, degradasi fibrin dan/atau platelet), hindari pengukuran suhu rektal, anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan, kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan jika perlu.
3. Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi yang tidak adekuat akibat mual, perencanaan keperawatan yang tidak ada dalam teori namun ada pada kasus yaitu anjurkan pasien makan sedikit tapi sering setiap kali makan, tindakan tersebut direncanakan karena untuk menghindari terjadinya mual pada pasien. Adapun perencanaan yang ada dalam teori namun tidak dilakukan oleh penulis dikarenakan tidak adanya indikasi untuk dilakukannya tindakan tersebut yaitu: timbang berat badan secara rutin, monitor kekeringan, rambut kusam, dan mudah patah, catat jika lidah berwarna magenta, scarlet.
4. Gangguan rasa nyaman: nyeri pada ulu hati berhubungan dengan proses penyakit, perencanaan keperawatan yang ada dalam teori

namun tidak dilakukan oleh penulis dikarenakan tidak adanya indikasi untuk dilakukannya tindakan tersebut yaitu: evaluasi pengalaman nyeri masa lampau, bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan, kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan, kurangi faktor presipitasi nyeri, kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil, *analgesic administration*, kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri.

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

Faktor penghambat yang dialami penulis adalah ketidakmaksimalan pemberian tindakan keperawatan karena keterbatasan waktu penulis yang tidak dapat 24 jam memberikan asuhan keperawatan pada pasien sehingga tidak semua intervensi dapat dilaksanakan dengan baik. Untuk itu solusi yang digunakan oleh penulis adalah bekerjasama dengan perawat ruangan dan tim medis lainnya yang dinas di jam berikutnya.

#### **D. Pelaksanaan Keperawatan**

Tahap pelaksanaan keperawatan, semua tindakan keperawatan yang telah direncanakan telah dilakukan. Dilaksanakan selama 3 x 24 jam yaitu pada tanggal 10 Februari 2020 sampai 12 Februari 2020. Pelaksanaan keperawatan berjalan dengan baik dikarenakan adanya faktor pendukung yaitu adanya sikap kooperatif dari pasien dan keluarga yang membantu untuk melakukan perencanaan sesuai dengan intervensi yang telah dibuat agar berjalan dengan baik terutama tentang penyakit yang dialami pasien, hal ini disebabkan karena pasien mengalami perkembangan dalam kondisi kesehatannya.

Faktor pendukung penulis dalam melakukan implementasi adalah adanya bantuan dari perawat dan tim kesehatan lainnya sehingga dapat terlaksana implementasi sesuai dengan rencana yang telah disusun serta sikap kooperatif pasien dalam pemberian asuhan keperawatan

Adapun faktor penghambat penulis dalam melakukan pemberian asuhan keperawatan yaitu adanya keterbatasan waktu sehingga pelaksanaan tidak dapat dilakukan seluruhnya dengan maksimal. Solusi yang dilakukan oleh penulis dalam menghadapi faktor penghambat tersebut adalah dengan melakukan kolaborasi dengan perawat ruangan sebagai tim dan monitor perkembangan pasien melalui tindakan yang dilakukan oleh perawat ruangan dan disesuaikan dengan intervensi yang telah disusun agar asuhan keperawatan tetap berjalan dengan baik.

#### **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. Resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, masalah tetap resiko, tujuan tercapai ditandai dengan pasien mengatakan dalam 24 jam sudah , minum 3 botol lebih 2000ml, infus sudah masuk= 1300 ml dan BAK 11x (@200) = 2200ml, IWL 700ml. balance cairan 24jam dengan hasil input= 3.300 ml dan output= 2.900ml jadi balance cairan= 400 ml/24 jam, hematokrit 42 vol% (42-52 vol%) dan trombosit 133.000\*/ul (150.000-450.000/ul), TD: 128/80 mmHg, N: 70x/menit , denyut nadi kuat, aliran infus lancar dengan jumlah tetesan 20 tpm dan akral teraba hangat.
2. Resiko perdarahan berhubungan dengan perubahan permeabilitas setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, masalah tetap resiko, tujuan tercapai hal ini ditandai dengan pasien mengatakan tidak

adanya perdarahan pada gusi ataupun mimisan, nilai trombosit 133.000\*/ul (150.000-450.000/ul), TD: 128/80 mmHg, N: 70x/menit, S:36°C, denyut nadi kuat, petechie negative, tidak ada perdarahan pada gusi ataupun mimisan. Semua intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan.

3. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan intake nutrisi yang tidak adekuat akibat mual setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 jam, masalah tetap resiko, tujuan tercapai ditandai dengan pasien mengatakan mau mengikuti instruksi dari perawat untuk makan sedikit tapi sering, mual sudah tidak ada, muntah tidak ada, nafsu makan sudah kembali seperti sebelum pasien sakit dan makan menghabiskan satu porsi, nilai hemoglobin= 13,4 g/dl (13,5-18,0 g/dl) dan hentikan semua intervensi.
4. Gangguan rasa nyaman: nyeri pada uluh hati berhubungan dengan proses penyakit setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 jam, masalah teratasi dan tujuan tercapai ditandai dengan pasien mengatakan nyeri uluh hati sudah tidak ada dengan skala 0, TD: 120/80 mmHg, N: 79x/menit, RR: 18x/menit, pasien tampak rileks dan hentikan semua intervensi.

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

Faktor penghambat yang ditemukan oleh penulis yaitu tidak semua masalah pasien dapat teratasi dengan waktu yang sudah ditentukan dikarenakan nilai trombosit pasien yang terus menurun dan nilai hematokrit pasien yang terus menurun.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Penyebab penyakit demam berdarah DHF adalah virus dengue yang termasuk dalam jenis *Flavivirus grub family togaviviridae..* DHF ditularkan melalui gigitan nyamuk aedes aegyti dan pasien yang menderita DHF akan menyebabkan terjadinya naik turun nya suhu tubuh, penurunan nilai trombosit, dan kenaikan nilai hematokrit pada hasil laboratorium akibat dari proses infeksi yang terjadi akibat virus tersebut. Pada pengkajian pasien dengan DHF, ditemukan data antara lain: Suhu: 37°C, Hematokrit 40\*vol% dengan nilai rujukan 42 – 52 vol%, Trombosit 127.000/ul\* dengan nilai rujukan 150.000 - 450.000/ul.

Setelah dilakukan pengkajian pada pasien dengan DHF, didapatkan bahwa tidak semua tanda dan gejala yang terdapat pada teori terjadi pada pasien. Hal itu dikarenakan kondisi pasien yang masih mentoleransi dan mekanisme kompensasi tubuh setiap manusia yang berbeda- beda sehingga menimbulkan kesenjangan antara teori dan kasus.

Diagnosa keperawatan pada pasien dengan DHF terdapat empat diagnosa yaitu resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler, resiko perdarahan berhubungan dengan perubahan permeabilitas, resiko defisit nutrisi berhubungan dengan intake nutrisi yang tidak adekuat akibat mual, dan gangguan rasa nyaman: nyeri pada uluh hati berhubungan dengan proses penyakit. Masalah prioritas pada pasien dengan DHF ialah resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan peninngkatan permeabilitas kapiler yang dibuktikan dengan perubahan nilai trombosit dan hematokrit pada pasien.

Berdasarkan prioritas masalah utama pada pasien dengan DHF adalah ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan permeabilitas kapiler yang dibuktikan dengan Suhu: 37°C, Hematokrit 40\*vol% dengan nilai rujukan 42 – 52 vol%, Trombosit 127.000/ul\* dengan nilai rujukan 150.000 - 450.000/ul dan , minum 3 botol lebih 2000ml, infus sudah masuk= 1300 ml dan BAK 11x (@200) = 2200ml, IWL 700ml. balance cairan 24jam dengan hasil input= 3.300 ml dan output= 2.900ml jadi balance cairan= 400 ml/24 jam. Tujuan dan kriteria hasil ini akan ditetapkan selama 3x24 jam, maka perencanaan keperawatan prioritas yang dapat dilakukan pada pasien dengan DHF adalah Monitor TTV (TD,N,S), catat intake dan output dan hitung balance cairan /24 jam, monitor hasil pemeriksaan laboratorium (trombosit, hematokrit) setiap hari sesuai program medis, monitor ketat adanya tanda- tanda perdarahan pada gusi, hidung, telinga /shift, Monitor asupan makan pasien/ shift, monitor keluhan mual dan muntah/ shift, anjurkan pasien makan sedikit tapi sering setiap kali makan sesuai dengan program medis, berikan terapi obat vometa 3x10mg dan pengkajian nyeri secara kompherensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi /shift.

Pelaksanaan keperawatan yang dilakukan untuk pasien dengan DHF adalah Monitor TTV (TD,N.S) / shift, monitor hasil pemeriksaan laboratorium (trombosit, hematokrit) setiap hari sesuai program medis, catat intake dan output dan hitung balance cairan /24 jam , dan awasi pemberian cairan infus RL 500cc/12 jam dengan 14tpm sesuai dengan program medis merupakan bentuk aplikatif tindakan keperawatan guna untuk mencegah terjadinya komplikasi dari DHF. Dalam pelaksanaan keperawatan penulis sudah melakukan sesuai dengan rencana tindakan yang telah disusun berdasarkan dengan teori yang didapat.

Evaluasi keperawatan dilakukan diakhir proses pelaksanaan dan evaluassi akhir pelaksanaan. Evaluasi tersebut didapatkan dari perbandingan antara

kriteria hasil dengan respon pasien yang didapatkan dari hasil pelaksanaan tindakan. Evaluasi pada diagnosa keperawatan diagnosa resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler diharapkan diharapkan resiko tidak terjadi aktual. Selama pasien dirawat 3x24 Jam masalah tetap resiko dan tujuan tercapai yang ditandai dengan BC = 400 ml/24 jam, hematokrit 42 vol% (42-52 vol%) dan trombosit 133.000\*/ul (150.000-450.000/ul).

Evaluasi pada diagnosa resiko perdarahan berhubungan dengan perubahan permeabilitas diharapkan perdarahan tidak terjadi. Selama pasien dirawat 3x24 Jam masalah tetap resiko dan tujuan tercapai yang ditandai dengan dengan petechie negative, tidak ada perdarahan pada gusi ataupun mimisan.

Evaluasi pada diagnosa resiko defisit nutrisi berhubungan dengan intake nutrisi yang tidak adekuat akibat mual diharapkan resiko defisit nutrisi tidak terjadi aktual. Selama pasien dirawat 2x24 Jam masalah tetap resiko dan tujuan tercapai yang ditandai dengan pasien mengatakan mau mengikuti instruksi dari perawat untuk makan sedikit tapi sering, mual sudah tidak ada, muntah tidak ada, nafsu makan sudah kembali seperti sebelum pasien sakit dan makan menghabiskan satu porsi makan.

Evaluasi pada diagnosa keperawatan gangguan rasa nyaman: nyeri pada uluh hati berhubungan dengan proses penyakit diharapkan nyeri tidak terjadi. Selama pasien dirawat 2x24 Jam masalah teratasi dan tujuan tercapai yang ditandai dengan pasien mengataka nyeri uluh hati sudah tidak ada, dengan skala 0 dan pasien tampak rileks.

## **B. Saran**

Saran bagi penulis dalam pengumpulan data dan pengolahan data, yaitu:

1. Bagi petugas kesehatan

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

2. Bagi masyarakat

Penulis mengharapkan masyarakat dapat mencegah terjadinya DHF dengan cara menjalahkan PHBS (perilaku hidup bersih dan sehat) dan melakukan 3M (menguras, menutup dan mengubur).

## DAFTAR PUSTAKA

- Desmawati. (2013). *SISTEM HEMATOLOGI DAN IMUNOLOGI*. Jakarta: In Media.
- Garna, H. (2012). *BUKU AJAR DIVISI INFEKSI DAN PENYAKIT TROPIS DEPARTEMEN ILMU KESEHATAN ANAK FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS PADJADJARAN / RSUP DR. HASAN SADIKIN BANDUNG*. Jakarta: Sagung Seto.
- KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA. (2018). PROFIL KESEHATAN INDONESIA. Diambil pada 14 Februari 2020 Pukul 10:00 dari: <https://pusdatin.kemkes.go.id/article/view/19010400002/situasi-demam-berdarah-dengue-di-indonesia.html>
- Kesehatan, K. (2018). Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI . 1-2.
- Potter, P. &. (2010). *Fundamental Keperawatan (7th ed)*. Jakarta: Salemba Medika.
- Soedarto. (2012). *Demam Berdarah Dengue*. Jakarta: Sagung Seto.
- Widoyono. (2011). *PENYAKIT TROPIS epidemiologi, penularan, pencegahan & pemberantasannya Edisi Kedua*. Jakarta: Erlangga.
- Widyanto, F & Triwibowo, C. (2013). *TREND DISEASE "Trend Penyakit Saat Ini"*. Jakarta: CV. Trans Info Media.

## LAMPIRAN

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

