



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. I DENGAN  
*DENGUE HAEMORRHAGIC FEVER (DHF)*  
RUMAH SAKIT SWASTA CIKARANG  
DI MASA PANDEMI *COVID-19***

**Disusun Oleh:**

**TESA EVITASARI**

**201801040**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
MITRA KELUARGA  
BEKASI  
2021**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. I DENGAN  
*DENGUE HAEMORRHAGIC FEVER (DHF)*  
RUMAH SAKIT SWASTA CIKARANG  
DI MASA PANDEMI *COVID-19***

**Disusun Oleh:  
TESA EVITASARI  
201801040**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
MITRA KELUARGA  
BEKASI  
2021**

# LEMBAR PERNYATAAN ORSINILITAS

## MAKALAH ILMIAH

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama Lengkap : Tesa Evitasari

NIM : 201801040

Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga

Program Studi : Diploma III Keperawatan

Menyatakan bahwa makalah ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Ny. I dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) Rumah Sakit Swasta Cikarang Di Masa Pandemi *COVID-19*” yang dilaksanakan pada tanggal 06 Mei 2021 sampai dengan 08 Mei 2021 Adalah karya saya sendiri dan semua sumber yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan benar. Orisinalitas makalah ilmiah ini, tanpa unsur plagiatisme dalam pembuatan makalah ilmiah ini.

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

Bekasi, 18 Juni 2021

Yang membuat pernyataan



(Tesa Evitasari)

## LEMBAR PERSETUJUAN

Makalah ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Ny. I dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) Rumah Sakit Swasta Cikarang Di Masa Pandemi *COVID-19*” disusun oleh Tesa Evitasari (201801040) ini telah disetujui untuk diujikan pada ujian sidang dihadapan Tim penguji.

Bekasi, 18 Juni 2021

Pembimbing makalah 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

Makalah ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Ny. I dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) Rumah Sakit Swasta Cikarang Di Masa Pandemi *COVID-19*” yang disusun oleh Tesa Evitasari (201801040) telah diujikan dan dinyatakan LULUS dalam Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji pada tanggal 23 Juni 2021.

Bekasi, 23 Juni 2021

Penguji I



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

Penguji II



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

**Nama Mahasiswa** : Tesa Evitasari  
**NIM** : 201801040  
**Program Studi** : Diploma III Keperawatan  
**Judul Makalah ilmiah** : Asuhan Keperawatan pada Ny. I dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) Rumah Sakit Swasta Cikarang Di Masa Pandemi *COVID-19*  
**Halaman** : xiii + 83 halaman + 1 lampiran + tabel  
**Pembimbing** : Lisbeth Pardede

### ABSTRAK

**Latar Belakang:** *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) merupakan penyakit infeksi virus akut yang disebabkan oleh virus *dengue* yang ditularkan melalui nyamuk *Aedes Aegypti* ditandai dengan demam 2-7 hari disertai manifestasi perdarahan, penurunan trombosit (trombositopenia), adanya hemokonsentrasi yang ditandai kebocoran plasma (peningkatan hematokrit, asites, efusi pleura, hipoalbuminemia). Adapun data kejadian kasus DHF di Jawa Barat pada tahun 2017 sebanyak 11,422 kasus dan mengalami penurunan pada tahun 2019 sebanyak 8,593 kasus, angka kematian pada tahun 2017 sebanyak 56 dan terjadi peningkatan pada tahun 2019 sebanyak 65 kasus kematian. Berdasarkan data *medical record* di salah satu Rumah Sakit Swasta Cikarang dalam satu tahun terakhir periode April 2020 sampai April 2021, ditemukan pasien dengan penyakit DHF sebanyak 214 orang.

**Tujuan Umum:** Untuk memahami, menerapkan dan memperoleh pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan DHF melalui pendekatan proses keperawatan secara kompeherensif.

**Metode Penulisan:** Dalam penyusunan makalah ilmiah ini menggunakan metode naratif deskriptif yaitu dengan cara mengelola satu kasus menggunakan proses asuhan keperawatan.

**Hasil:** Didapatkan tiga diagnosa keperawatan yang dapat diangkat pada pasien dengan DHF terdapat tiga diagnosa yaitu kekurangan volume cairan berhubungan dengan pindahnya cairan intravaskuler ke ekstrasvaskuler, resiko gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi yang tidak adekuat akibat mual, nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (penekanan intraabdomen). Intervensi pada diagnosa prioritas yaitu monitor tanda-tanda vital, CRT, kelembaban mukosa bibir dan turgor kulit per shift, monitor hasil pemeriksaan hematokrit dan trombosit setiap hari sesuai dengan program medis, catat intake-output dan hitung balance cairan 24 jam, serta awasi pemberian cairan infus RA 500cc/12 jam dengan 14 tpm sesuai dengan program medis.

**Kesimpulan dan Saran:** Tidak semua diagnosa keperawatan dapat terselesaikan dalam waktu yang ditentukan karena nilai trombosit dan hematokrit pasien yang terus menurun. Masalah keperawatan yang perlu diperhatikan pada pasien dengan DHF yaitu kebutuhan cairan agar tidak terjadi komplikasi. Diharapkan perawat mampu memperhatikan pendokumentasian pada catatan keperawatan baik dalam penulisan ataupun bahasa yang digunakan, agar dapat memudahkan pembaca dan tidak terjadi kesalah pahaman dalam melakukan asuhan keperawatan.

**Keyword:** Asuhan keperawatan, *Dengue Haemorrhagic Fever*, DHF

**Daftar Pustaka:** 17 (2011-2020)

**Name** : Tesa Evitasari

**Student Number** : 201801040  
**Study Program** : Diploma of Nursing  
**Title** : Nursing care for Mrs. I with Dengue Haemorrhagic Fefer (DHF) Cikarang Private Hospital During the COVID-19  
**Page** : xiii + 84 halaman + 1 lampiran + tabel  
**Supervisor** : Lisbeth Pardede

## ABSTRACT

### Background:

Dengue Haemorrhagic Fefer (DHF) is an acute viral infectious disease caused by the dengue virus which is transmitted by the Aegypti mosquito characterized by a fever of 2-7 days accompanied by bleeding manifestations, decreased platelets (thrombocytopenia), hemoconcentration marked by plasma leakage (increased hematocrit, ascites, pleura effusion, hypoalbuminemia). The date on the incidence of dengue cases in West Java in 2017 was 11,422 cases and decreased in 2019 as many as 8,593 cases, the death rate in 2017 was 56 and there was an increase in 2019 as many as 65 deaths. Based on medical record data at one of the Cikarang Private Hospital in the last year for the period April 2020 to April 2021, 201 patients were found with DHF as many as 214 people.

### General Purpose:

To understand, apply and gain real experience in providing nursing care to patients with DHF through a comprehensive nursing process approach.

### Writing Methods:

In the preparation of this scientific paper using a descriptive narrative method, namely by managing one case using the nursing care process.

### Result:

There were three nursing diagnoses that could be raised in patients with DHF, there were three diagnoses, namely lack of fluid volume related to the transfer of intravascular fluid to extravascular, the risk of impaired nutritional needs meeting less than body requirements related to inadequate nutritional intake due to nausea, acute pain related to with biologic injury agents (intra-abdominal pressure). Interventions in priority diagnoses are monitoring vital signs, CRT, lip mucosal moisture and skin turgor per shift, monitoring the results of daily hematocrit and platelet examinations according to the medical program, recording intake-output and 24/hour fluid balance calculations, as well as supervising fluid administration. 500cc/12 hour RA infusion at 14 tpm according to medical program.

### Conclusion and Sugestions:

Not all nursing diagnoses can be resolved within the allotted time because the patient's platelet and hematocrit values continue to decline. The problem that needs to be considered in patients with DHF is the need for fluids so that complications do not occur. Nurses are expected to be able to pay attention to documentation in nursing notes both in writing and in the language used in, order to make it easier for readers and there will be no misunderstandings in nursing care.

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

**References:** 17 (2011-2020)

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis ucapkan kehadiran Allah SWT, karena dengan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan makalah ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Ny. I dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) Rumah Sakit Swasta Cikarang Di Masa Pandemi *COVID-19*”. adapun tujuan dari makalah ilmiah ini disusun dalam rangka memenuhi persyaratan ujian mata kuliah pada semester VI program pendidikan diploma DIII Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga.

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

1. Ns. Lisbeth Pardede, S.Kep., M.Kep selaku penguji II, serta dosen Pembimbing KTI yang telah meluangkan waktu dan pikiran untuk membimbing, memberi saran, serta memotivasi penulis dalam penyusunan makalah ilmiah ini.
2. Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.M.B selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga , dosen penguji I, serta dosen Pembimbing Akademik yang selalu memberikan semangat, motivasi dan nasehat yang sangat berguna bagi penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan program belajar dengan lancar.
3. Dr. Susi Hartati, S.kep., M.Kep., Sp.Kep.An. selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga.
4. Ns. Yuli, S.Kep. selaku CM ruang B Rumah Sakit Swasta Cikarang
5. Seluruh staf akademik dan non akademik Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga yang telah menyediakan fasilitas demi kelancaran pembuatan makalah ilmiah ini.
6. Pasien Ny. I yang sudah bersedia untuk memberikan informasi sehingga penulis dapat menyelesaikan makalah ilmiah ini

7. Keluarga tercinta Alm. Bapak Mulyadi dan Ibu Elida, kakak tersayang Mulya Ade Putra, kakak ipar Zumrotun Nisak, keponakan Muhammad Fathan Firdaus serta keluarga yang telah memberikan doa, dukungan, motivasi dan nasihat selama menjalankan studi di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga.
8. Teman seperjuangan makalah ilmiah KMB khususnya anak bimbingan Ibu Lisbeth yaitu Grace, Suci dan Siti yang telah memberikan dukungan, motivasi dan bantuan dalam menyelesaikan makalah ilmiah ini.
9. Sahabat sejati yang terdiri dari Wiwit, Syafitri, Sucianti, Suci R. D., Putri Anggraini, Maftuhatur, Grace, Dwi Nadia, Dita dan Alfonsa yang telah menemani, memberi dukungan, doa dan motivasi kepada penulis.
10. Kaka tingkat yang sudah lulus terlebih dahulu yaitu ka Delfia, ka suci, dan ka arieska yang telah memberikan doa, dukungan, semangat dan motivasi kepada penulis
11. Seluruh teman-teman seperjuangan angkatan 8 program studi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga yang telah berjuang sama-sama dalam menyelesaikan makalah ilmiah.
12. Sahabat SMA yaitu Salwa, Putri, Nabila, dan Nurmuawanah yang telah memberikan dukungan, motivasi dan bantuan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan makalah ilmiah ini.
13. Pihak-pihak yang terlibat dalam mendukung penulis dalam membuat makalah ilmiah ini.

Terlepas dari itu, penulis menyadari bahwa dalam penyusunan makalah ilmiah ini masih terdapat kekurangan. Oleh karena itu, penulis sangat terbuka untuk menerima segala kritik dan saran dari pembaca untuk memperbaiki makalah ilmiah ini dan semoga dapat bermanfaat untuk masyarakat serta memberikan pengetahuan kepada pembaca.

Bekasi, 18 Juni 2021



Tesa Evitasari

## DAFTAR ISI

COVER DEPAN.....	i
LEMBAR PERNYATAAN ORSINILITAS .....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN .....	iv
ABSTRAK .....	v
ABSTRACK .....	vi
KATA PENGANTAR .....	vii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB I.....	1
PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan Penulisan .....	3
1. Tujuan umum .....	3
2. Tujuan khusus .....	3
C. Metode Penulisan .....	4
1. Studi kasus.....	4
2. Studi kepustakaan.....	4
3. Studi dokumentasi .....	4
D. Ruang Lingkup.....	4
E. Sistematika Penulisan.....	4
BAB II.....	7
TINJAUAN TEORI .....	7
A. Pengertian.....	7
B. Etiologi .....	7
C. Patofisiologi .....	8
1. Proses perjalanan penyakit .....	8
2. Manifestasi klinis .....	10
3. Klasifikasi.....	11
4. Komplikasi .....	11
5. Pemeriksaan Penunjang.....	13

D. Penatalaksanaan Medis .....	14
E. Pengkajian Keperawatan .....	15
F. Diagnosa Keperawatan .....	18
G. Perencanaan Keperawatan .....	19
H. Pelaksanaan .....	30
I. Evaluasi .....	31
BAB III .....	32
TINJAUAN KASUS .....	32
A. Pengkajian Keperawatan .....	32
Tabel 3.1 Analisa Data.....	44
B. Diagnosa Keperawatan.....	49
C. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan .....	50
BAB IV .....	69
PEMBAHASAN .....	69
A. Pengkajian keperawatan .....	69
B. Diagnosa keperawatan.....	71
C. Perencanaan keperawatan .....	73
D. Pelaksanaan keperawatan .....	75
E. Evaluasi .....	76
BAB V.....	78
PENUTUP.....	78
A. Kesimpulan.....	78
B. Saran.....	80
DAFTAR PUSTAKA .....	81
LAMPIRAN.....	83

## DAFTAR TABEL

<b>Tabel 3.1 Analisa Data</b> .....	<b>44</b>
-------------------------------------	-----------

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1: Patoflowdiagram Dengue Haemorrhagic Fever

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Di Indonesia, infeksi virus dengue sangat sering terjadi dan cenderung meningkat setiap tahunnya, faktor lingkungan merupakan salah satu pemicu tingginya DHF. DHF merupakan penyakit tropis yang banyak dijumpai di Negara Asia Tenggara, Amerika Tengah, Amerika Serikat, dan Karibia (Kardiyudiani & Susanti, 2019). *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) merupakan penyakit infeksi virus akut yang disebabkan oleh virus *dengue* yang ditandai dengan demam 2-7 hari disertai dengan gejala yang tidak khas seperti nyeri kepala, nyeri otot & tulang, ruam kulit atau nyeri belakang bola mata (Kemenkes RI, 2017).

Menurut data *World Health Organization* (WHO), Asia Pasifik menanggung 75% dari beban dengue di dunia antara tahun 2004 dan 2010, sementara Indonesia dilaporkan sebagai negara ke-2 dengan kasus DHF terbesar diantara 30 negara wilayah endemis. (Kemenkes RI, 2017). Prevalensi kasus DHF yang terjadi di Indonesia pada tahun 2017, sebanyak 68.407 kasus dan mengalami peningkatan yang signifikan dari tahun 2016 yaitu sebanyak 204.171 kasus (Kemenkes RI, 2017). Kasus DHF lebih banyak menyerang laki-laki sebanyak 53,11% dibanding perempuan sebanyak 46,89%. Saat ini terdapat 5 kabupaten/kota dengan kasus DHF tertinggi, yakni Buleleng 3.313 orang, Badung 2.547 orang, kota Bandung 2.363, Sikka 1.786, dan Gianyar 1.717. Terdapat 51 penambahan kasus DHF dan 1 penambahan kematian akibat DHF. Sebanyak 73,35% atau 377 kabupaten/kota sudah mencapai *Incident Rate (IR)* kurang dari 49/100.000 penduduk. (Kemenkes RI, 2017).

Kasus DHF di Jawa Barat pada tahun 2017 sebanyak 11.422 kasus dan mengalami penurunan pada tahun 2019 sebanyak 8.593 kasus, angka kematian pada tahun 2017 sebanyak 56 dan terjadi peningkatan pada tahun

2019 sebanyak 65 kasus kematian (Juni & Jawa, 2019). Berdasarkan data *medical record* di salah satu Rumah Sakit Swasta Cikarang dalam satu tahun terakhir periode April 2020 sampai April 2021, ditemukan pasien dengan penyakit DHF sebanyak 214 orang.

Peran perawat sangat dibutuhkan dalam memberikan asuhan keperawatan yaitu sebagai *Caregiver* atau pemberi asuhan keperawatan, *advocate* atau *advocator*, *educator* atau pemberi edukasi, dan *kolaborator* atau *berkolaborasi* dengan tenaga kesehatan lain. Peran perawat sebagai *caregiver* yaitu perawat dalam melakukan asuhan keperawatan di masa pandemik, perawat harus menerapkan protokol kesehatan 5M (memakai masker, mencuci tangan, menjaga jarak, menghindari kerumunan, dan mengurangi mobilitas). Peran perawat sebagai *advocator* yaitu perawat akan membantu untuk mengurangi stigma bagi pasien dan keluarga yang terindikasi positif COVID-19 (Malini 2020). Peran perawat sebagai *educator* yaitu dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien yang menjalani isolasi, keluarga dan serta masyarakat umum (Friandani 2021). Peran perawat sebagai kolaborator yaitu berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya yang terdiri dari dokter, ahli gizi, teknik laboratorium medik, fisioterapi, dan lain-lain dalam memberikan pelayanan keperawatan selanjutnya bagi pasien dengan DHF. Kolaborasi khususnya dilakukan untuk pemberian obat oral Sumagesic serta dalam pemberian diet 3J yaitu jumlah (kalori), jenis, dan jadwal.

Penatalaksanaan DHF penting karena, apabila tidak ditangani dengan baik akan menyebabkan komplikasi yang akan mengancam nyawa. Oleh karena itu sangat butuh peran perawat dalam menangani kasus DHF sehingga tidak terjadi komplikasi lanjut. Untuk mencegah terjadinya peningkatan angka kejadian penderita DHF, dibutuhkan peran perawat sebagai promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Peran perawat dalam promotif yaitu dengan memberikan informasi mengenai penyakit DHF, penyebab, tanda dan gejala, dan komplikasi dari penyakit DHF. Peran perawat sebagai preventif yaitu memberikan edukasi mengenai cara yang dilakukan untuk mencegah terjadinya kasus DHF dengan cara

menggunakan obat anti nyamuk, menggunakan kelambu saat tidur, menutup, mengubur, dan menguras atau disebut juga dengan 3M plus. Peran perawat sebagai kuratif yaitu melakukan pengobatan sesuai dengan kolaborasi yang dilakukan dengan tim medis lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan secara tepat kepada pasien sesuai dengan sakitnya. Peran perawat sebagai rehabilitatif dengan cara memotivasi dan membantu pasien untuk pulih agar dapat melakukan aktivitas secara optimal kembali.

Oleh karena itu penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan dengan 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 DHF
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien DHF
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada pasien DHF
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan DHF
- e. Melaksanakan evaluasi pada pasien dengan DHF
- f. Mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat pada teori dan praktik
- g. Mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat serta dapat mencari solusi untuk pemecahan masalah
- h. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan DHF

### **C. Metode Penulisan**

Metode penulisan yang digunakan dalam Makalah ilmiah ini adalah metode deskriptif dengan studi kepustakaan. Dalam metode deskriptif pendekatan yang digunakan adalah studi kasus dimana penulis mengelola satu kasus dengan menggunakan proses asuhan keperawatan. Adapun metode yang digunakan adalah sebagai berikut:

#### **1. Studi kasus**

Yaitu pemberian asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan melakukan pengkajian terlebih dahulu dengan cara wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik hingga berlangsungnya proses keperawatan.

#### **2. Studi kepustakaan**

Yaitu dengan cara mempelajari buku yang berhubungan dengan asuhan keperawatan pada pasien dengan DHF untuk memperoleh konsep teoritis yang bersifat ilmiah.

#### **3. Studi dokumentasi**

Yaitu pengumpulan data melalui rekam medis yang tersedia di rumah sakit untuk memperoleh data yang lengkap dan lebih akurat.

### **D. Ruang Lingkup**

Penulisan makalah ilmiah ini merupakan asuhan keperawatan pada Ny. I dengan DHF di Rumah Sakit Swasta Cikarang selama 3 hari dari tanggal 06 Mei 2021 sampai 08 Mei 2021.

### **E. Sistematika Penulisan**

Secara garis besar makalah ilmiah ini tersusun dari lima BAB yang disusun secara sistematis, yaitu: BAB I yang berisi mengenai pendahuluan, latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan ruang lingkup, dan

sistematika penulisan. BAB II terdiri dari tinjauan teori yaitu pengertian, etiologi, patofisiologi (proses perjalanan penyakit, manifestasi klinik, klasifikasi, komplikasi) penatalaksanaan medis, pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan (pemeriksaan diagnostik), perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB III berisi tentang tinjauan kasus yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB IV yaitu pembahasan yang menjelaskan kesenjangan antara teori dengan kasus dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB V merupakan penutup yang berisi kesimpulan dan saran. Daftar pustaka yang mencantumkan beberapa buku referensi yang digunakan. Pada bagian akhir makalah terdapat lampiran berupa patoflowdiagram DHF.



## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Pengertian**

*Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF) adalah penyakit infeksi virus dengue akut yang disebabkan oleh virus dengue, virus dengue ditularkan oleh nyamuk aedes aegypti atau nyamuk aedes albopictus, yang masuk ke dalam tubuh melalui gigitan (Wijaya & Putri, 2013).

Penyakit DHF merupakan penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus dengue dengan manifestasi klinis demam, nyeri otot atau nyeri sendi yang disertai leukopenia, ruam, limfadenopati, trombositopenia, ditis hemoragik, dan terjadi perembesan plasma yang ditandai dengan hemokonsentrasi (peningkatan hematokrit) atau penumpukan cairan pada rongga tubuh. Sindrome renjatan dengue (*dengue shock syndrome*) adalah demam berdarah dengue yang ditandai oleh renjatan/syok (Nurarif & Kusuma, 2015).

#### **B. Etiologi**

Penyakit DHF termasuk kelompok B Arthropod *Borne Virus* (Arboviroses) yang dikenal sebagai *Flavivirus*, *famili Flaviviricae*, dan mempunyai empat *serotype*, yaitu tipe DEN-1, DEN-2, DEN-3, dan DEN-4. Infeksi dari salah satu serotipe akan menimbulkan antibodi terhadap *serotype* yang bersangkutan. *Serotype* DEN-3 merupakan *Serotype* yang dominan dan diasumsikan banyak menunjukkan manifestasi klinik yang berat (Wijaya & Putri, 2013).

Penyebab DHF adalah virus *dengue* yang termasuk dalam genus *Flavivirus* *grip family Togaviridae*. Ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*. Nyamuk aedes aegypti memiliki kebiasaan hinggap di pakaian yang bergantung di kamar dan menggigit atau menghisap darah pada siang hari dengan waktu puncak gigit pukul

09.00-11.00 dan pukul 16.00-17.00 (Widyanto & Triwibowo, 2013). Nyamuk yang menjadi vektor penyakit DHF yaitu nyamuk yang menjadi infeksi saat menggigit manusia yang sedang sakit (terdapat virus dalam darah), virus dapat juga ditularkan secara transsovarial dari nyamuk ke telur-telurnya (Widoyono, 2011)

### **C. Patofisiologi**

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

Virus dengue masuk ke dalam tubuh melalui gigitan nyamuk aedes aegypti dan aedes albopictus, maka tubuh pasien membentuk kekebalan penyakit. Apabila tubuh pasien diserang untuk kedua kalinya, maka tubuh akan aman. Akan tetapi, apabila virus yang masuk itu mempunyai 7 tipe yang berbeda, maka akan mengakibatkan reaksi imunologi proliferasi dan transformasi limfosit imun yang dapat meningkatkan titer antibodi IgG anti dengue. Dalam limfosit, terjadi replikasi virus dengue yang bertransformasi akibat virus yang berlebihan. Kondisi ini menyebabkan terbentuknya kompleks antigen-antibodi (Marni, 2016).

Menurut Hadinegoro dalam buku kepreawatan medikal bedah 1 Kardiyudiani & Susanti (2019) Nyamuk Aedes yang terinfeksi atau membawa virus dengue menggigit manusia, kemudian virus dengue masuk ke dalam tubuh dan beredar dalam pembuluh darah bersama darah. Virus kemudian bereaksi dengan antibody yang mengakibatkan tubuh mengaktifasi dan melepaskan C3 dan C5. Akibat dari pelepasan zat-zat tersebut tubuh mengalami demam, pegal, sakit kepala, mual, ruam pada kulit, dan kelainan yang mungkin akan terjadi seperti pembesaran kelenjar getah bening, hati, dan limfa. Patofisiologi primer pada penyakit DHF adalah meningkatnya permeabilitas membran vaskuler yang mengakibatkan kebocoran plasma sehingga cairan yang ada di intraseluler merembes menuju ekstraseluler. Tanda dari kebocoran plasma yakni penurunan jumlah trombosit, TD mengalami penurunan, hematokrit meningkat. Pada pasien DHF

terjadi penurunan TD dikarenakan tubuh kekurangan hemoglobin, dan hilangnya plasma darah selama terjadinya kebocoran.

Menurut Herdman (2012) yang terjadi pada penderita DHF adalah peningkatan permeabilitas dinding kapiler yang mengakibatkan terjadinya pembesaran atau kebocoran plasma, peningkatan permeabilitas dinding kapiler mengakibatkan berkurangnya volume plasma dan jumlah trombosit, terjadinya hipotensi (TD rendah) yang dikarenakan kekurangan haemoglobin, terjadinya hemokonsentrasi (peningkatan hematokrit >20%) dan renjatan (syok). Hal yang terjadi setelah virus masuk ke dalam tubuh adalah penderita mengalami demam, sakit kepala, mual, nyeri otot, pegal-pegal di seluruh tubuh, ruam atau bitnik-bintik merah pada kulit (petekie), sakit tenggorokan dan hal lain yang mungkin terjadi seperti pembesaran limfa (splenomegali). Hemokonsentrasi menunjukkan atau menggambarkan adanya kebocoran atau perembesan plasma ke ruang ekstra seluler, sehingga nilai hematokrit penting untuk menjadi patokan saat pemberian cairan intravena. Oleh karena itu, pada penderita DHF sangat dianjurkan untuk memantau hematokrit darah secara berkala untuk mengetahuinya. Setelah dilakukan pemberian cairan intravena, peningkatan jumlah trombosit menunjukkan kebocoran plasma telah teratasi sehingga pemberian cairan intravena harus dikurangi kecepatan dan jumlahnya untuk mencegah terjadinya edema paru dan gagal jantung. Sebaliknya jika tidak mendapatkan cairan yang cukup, penderita DHF akan mengalami kekurangan cairan yang dapat mengakibatkan kondisi yang buruk dan bisa mengalami renjatan bahkan apabila tidak segera ditangani dengan baik akan mengakibatkan kematian. Biasanya sebelum terjadinya kematian dilakukan pemberian transfusi untuk menambah semua komponen komponen di dalam darah yang telah hilang.

## 2. Manifestasi klinis

Tanda dan gejala menurut Susilaningrum et al. (2013)

- a. Demam tinggi sampai 40°C, demam terjadi secara mendadak berlangsung selama 2-7 hari kemudian turun menuju suhu normal atau lebih rendah
- b. Nyeri punggung, nyeri perut kanan atas, nyeri tulang, persendian, nyeri kepala, dan terasa lemah
- c. Uji tourniquet positif
- d. Ptekiea (bintik-bintik merah akibat perdarahan intradermak /submukosa
- e. Purpura (perdarahan di kulit)
- f. Epiktasis (Mimisan)
- g. Perdarahan pada gusi
- h. Perdarahan massif.
- i. Hematemesis dan melena (tinja berwarna hitam karena adanya perdarahan)
- j. Mual muntah
- k. Anoreksia
- l. Hepatomegali
- m. Renjatan (syok) terjadi pada hari ke-3 sejak awal sakit dengan tanda – tanda kegagalan sirkulasi.
- n. Kriteria laboratorium
  - 1) Trombositopenia (100.000/ul atau kurang)
  - 2) Hemokonsentrasi, (terlihat dari peningkatan hematokrit >20%).

Menurut Garna (2012) klasifikasi demam pada penderita DHF yaitu:

- a. Masa akut berlangsung selama 1-4 hari dimulai pada hari ke 1-4, mengalami peningkatan suhu tubuh menjadi 39-40°C.
- b. Masa kritis berlangsung selama 1-3 hari dimulai pada hari ke 3-6, mengalami penurunan suhu tubuh dari 40°C menjadi 39-40°C

- c. Masa penyembuhan berlangsung selama 1-2 hari dimulai setelah terlewatnya masa kritis dengan suhu tubuh yang sudah kembali normal 36-37°C.

### 3. Klasifikasi

Menurut Sodikin & Riyadi (2012) demam berdarah diklasifikasikan menjadi 4 derajat yaitu:

- a. Derajat I: ditandai dengan demam disertai gejala yang tidak khas, manifestasi dari perdarahan yaitu dengan uji bendung (Uji *tourniquet*).
- b. Derajat II: derajat I disertai perdarahan spontan pada kulit dan perdarahan lain.
- c. Derajat III: adanya kegagalan sirkulasi, seperti N cepat atau lambat, tekanan N menurun (20 mmHg atau kurang), hipotensi, sianosis disekitar mulut, kulit dingin, lembab, dan tampak gelisah.
- d. Derajat IV: syok berat, N tidak teraba, dan TD tidak teratur

### 4. Komplikasi

Menurut Desmawati (2013) komplikasi yang terjadi pada penderita DHF yaitu:

- a. Perdarahan luas

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

- b. Syok

Infeksi oleh virus *dengue* akan menyebabkan respon antibodi amnestik yang terjadi dalam waktu beberapa hari yang

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 segera dapat menyebabkan asidosis dan anoksia yang dapat berakibat fatal (kematian).

c. Ensefalopati Dengue

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

d. Kelainan ginjal

Pada umumnya gagal ginjal akut terjadi pada fase terminal, sebagai akibat dari syok yang tidak teratasi dengan baik. Uremi hemolitik dapat dijumpai walaupun jarang terjadi, untuk mencegah gagal ginjal maka setelah syok diobati dengan menggantikan volume intravaskuler, penting diperhatikan apakah syok telah teratasi dengan baik.

e. Penurunan kesadaran

Saat terjadi infeksi virus yang kemudian mengalami replikasi maka terbentuk kompleks virus antibodi yang menyebabkan permeabilitas kapiler mengikat sehingga terjadi penurunan transportasi O<sub>2</sub> ke otak, sehingga terjadi penurunan kesadaran.

Menurut soedarto 2012 komplikasi DHF terbagi menjadi 6, yaitu:

- a. Komplikasi pada susunan sistem syaraf pusat dapat berbentuk konfusi, kaku kuduk, perubahan kesadaran dan parises.
- b. Ensefalopati terjadi akibat pemberian cairan hipotonik yang berlebihan
- c. Infeksi
- d. Kerusakan pada hati
- e. Kerusakan otak
- f. Terjadi kejang

## 5. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Widyanto & Triwibowo (2013) pemeriksaan penunjang yang perlu dilakukan untuk menegakan diagnostik DHF diantaranya adalah:

### a. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui jumlah trombosit dan rembesan plasma karena adanya peningkatan permeabilitas vaskuler atau dikenal dengan hemokonsentrasi. Pada penderita DHF ditemukan jumlah trombosit dalam tubuh mengalami penurunan secara drastis mencapai 100.000 sel/mm<sup>3</sup> bahkan lebih rendah.

### b. Pemeriksaan serologi

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

- 1) Apabila titer antibodi kurang dari 1/20 dan *titer antibodi fase konvalesen* meningkat menjadi empat kali atau lebih tetapi kurang dari 1/2560, berarti terjadi infeksi primer.
- 2) Apabila titer antibodi kurang dari 1/20 atau lebih sedangkan *titer antibodi fase konvalesen* meningkat lebih besar atau sama dengan 1/2560, berarti terjadi infeksi berulang.

- 3) Apabila titer antibodi akut kurang dari 1/20 atau lebih sedangkan *titer antibodi fase* konvalesen naik atau sama dengan empat kali, berarti terjadi infeksi ulangan
- 4) Apabila *titer antibodi fase konvalesen* tetap atau naik, berarti adalah infeksi baru

c. Pemeriksaan NS 1

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

d. Pemeriksaan Rumple Leed Test (*Tourniquet test*)

Rumple leed test merupakan salah satu cara yang sangat mudah dilakukan dan cepat untuk menentukan apakah terkena DHF atau tidak. Rumple leed merupakan pemeriksaan pada hematologi dengan melakukan pembendungan pada bagian lengan atas selama 10 menit untuk uji diagnostik kerapuhan vaskuler dan fungsi trombosit.

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

Menurut Soedarto (2012) pengobatan yang dapat dilakukan pada penderita DHF yaitu:

- a. Untuk rehidrasi, penderita harus mengkonsumsi banyak cairan, jika tidak dapat minum maka akan diberikan cairan inrevena dan elektrolit untuk mengatasi dehidrasi dan mengoreksi gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit.
- b. Tranfusi trombosit atau darah diberikan jika terjadi perdarahan berat atau trombosit kurang dari 20.000.
- c. Jika terjadi melena, yang menunjukkan adanya perdarahan pada gastrointestinal diberikan tranfusi trombosit dan sel darah merah.

- d. Diberikan terapi oksigen untuk meningkatkan kadar oksigen pada darah yang rendah.
- e. Perawatan suportif diberikan di ruang ICU (*intensive care unit*)
- f. Paracetamol dan asetaminofen boleh diberikan sedangkan aspirin atau obat anti radang tidak boleh diberikan.

## **E. Pengkajian Keperawatan**

Menurut Nurarif & Kusuma (2015) pengkajian merupakan tahap yang penting sebelum melakukan asuhan keperawatan. Pengkajian bertujuan untuk mendapatkan data-data tentang pasien sebelum menentukan rencana asuhan keperawatan yang akan diberikan. Pengkajian dilakukan dengan menggunakan beberapa tehnik yaitu: wawancara: pengkajian yang dilakukan dengan memberikan beberapa pertanyaan pada pasien atau keluarga pasien. Pengukuran: meliputi pemeriksaan TD, N, suhu, dan pernapasan. Pemeriksaan fisik: pemeriksaan yang dilakukan dari kepala sampai kaki dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi, untuk melihat adanya kelainan atau tidak.

### **1. Kaji riwayat keperawatan**

#### **a. Identitas**

Nama, umur, jenis kelamin, alamat, pendidikan,

#### **b. Keluhan utama**

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

#### **c. riwayat penyakit sekarang**

Data yang didapat dari klien atau keluarga klien tentang perjalanan penyakit dari keluhan saat sakit hingga dilakukan asuhan keperawatan. biasanya klien mengeluh demam yang disertai menggigil, mual, muntah, pusing, lemas, pegal-pegal pada saat dibawa ke rumah sakit. selain itu terdapat tanda-tanda

perdarahan seperti pteqie, gusi berdarah, diare yang bercampur darah, dan epiktasis.

d. Riwayat penyakit dahulu

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

e. Riwayat penyakit keluarga

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

2. Pengkajian pola dan fungsi kesehatan

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

3. Pemeriksaan fisik

- a. Keadaan umum

Pada derajat I, II, dan III biasanya klien dalam keadaan composmentis sedangkan pada derajat IV klien mengalami penurunan kesadaran. Pada pemeriksaan didapatkan hasil demam naik turun serta mengigil, penurunan TD, frekuensi N cepat dan teraba lemah.

b. Kulit

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

c. Kepala

Pada klien dengan DHF biasanya kepala terasa nyeri

d. Wajah

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

e. Mulut

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

f. Leher

Tidak tampak pembesaran *Jugular Venous Pressure* (JPV)

g. Dada

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

h. Abdomen

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

i. Anus dan genitalia

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

j. Ekstremitas atas dan bawah

Umumnya pada pemeriksaan fisik penderita DHF ditemukan ekstremitas dingin, lembab, terkadang disertai sianosis yang menunjukkan terjadinya renjatan.

4. Pemeriksaan penunjang

Hasil pemeriksaan darah pada pasien DHF akan didapatkan hasil:

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

## **F. Diagnosa Keperawatan**

Menurut Nurarif & Kusuma (2015) diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan Dengue Haemorrhagic Fever (DHF), yaitu:

1. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan jalan nafas terganggu akibat spame otot-otot pernafasan, nyeri, dan hipoventilasi
2. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi virus dengue
3. Ketidak efektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan kebocoran plasma darah
4. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (penekanan inta abdomen)
5. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan pindahnya cairan intravaskuler ke ekstrasvaskuler
6. Resiko syok hipovolemik berhubungan dengan pindahnya cairan intravaskuler ke ekstrasvaskuler
7. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi yang tidak adekuat akibat mual dan nafsu makan yang menurun

8. Resiko perdarahan berhubungan dengan faktor-faktor pembekuan darah (trombositopenia)
9. Resiko gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi yang tidak adekuat

### G. Perencanaan Keperawatan

Menurut (Nurarif & Kusuma, 2015) rencana keperawatan yang muncul pada pasien dengan Dengue Haemorrhagic Fever (DHF), yaitu:

1. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan jalan nafas terganggu akibat spasme otot-otot pernafasan, nyeri, dan hipoventilasi.

Kriteria hasil yang diharapkan:

- a. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada *pused lips*)
- b. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas teratur, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal)
- c. Tanda-tanda vital dalam rentang normal (TD, N, RR).

Intervensi keperawatan:

Terapi oksigen

- a. Pertahankan kepatenan jalan napas  
**Rasional tindakan:** pasien dapat bernapas dengan mudah.
- b. Berikan oksigen tambahan sesuai dengan program medis  
**Rasional tindakan:** meningkatkan konsentrasi oksigen dalam pertukaran gas.
- c. Monitor efektifitas terapi oksigen  
**Rasional tindakan:** untuk mengetahui apakah oksigen yang diberikan tidak memili hambatan.
- d. Atur posisi untuk meringankan sesak napas

**Rasional tindakan:** untuk meringankan sesak yang terjadi pada pasien.

- e. Monitor status pernapasan dan oksigenasi, sebagaimana mestinya

**Rasional tindakan:** untuk mendeteksi tanda-tanda bahaya.

2. Hipertermia berhubungan dengan proses infeksi virus dengue.

Kriteria hasil yang diharapkan:

- a. Tidak ada peningkatan suhu tubuh
- b. Tidak ada hipertermia
- c. Tidak ada sakit kepala
- d. Tidak ada sakit otot
- e. Tidak ada perubahan warna kulit
- f. Tidak ada dehidrasi

Intervensi Keperawatan

- a. Lakukan pengkajian nyeri secara kompherensif

**Rasional tindakan:** untuk mengetahui nyeri yang dialami oleh pasien sehingga perawat dapat menentukan cara mengatasinya.

- b. Kaji faktor-faktor yang mempengaruhi reaksi pasien terhadap nyeri

**Rasional tindakan:** dengan adanya faktor-faktor maka perawat dapat melakukan intervensi yang sesuai dengan masalah pasien.

- c. Berikan posisi yang nyaman dan ciptakan suasana yang tenang

**Rasional tindakan:** dengan posisi yang nyaman dan situasi yang tenang dapat membuat rasa yang nyaman pada pasien.

- d. Berikan obat analgetik

**Rasional tindakan:** obat analgetik dapat menghilangkan rasa nyeri.

3. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan kebocoran plasma darah.

Kriteria hasil yang diharapkan:

- a. Mendemonstrasikan status sirkulasi yang ditandai dengan:
- 1) Tekanan sistole dan diastole dalam rentang yang diharapkan
  - 2) Tidak ada ortostatik hipertensi
  - 3) Tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial (tidak lebih dari 15mmHg).
- b. Mendemonstrasikan kemampuan kognitif yang ditandai dengan:
- 1) Berkomunikasi dengan jelas dan sesuai dengan kemampuan
  - 2) Menunjukkan perhatian, konsentrasi, dan orientasi
  - 3) Memproses informasi
  - 4) Membuat keputusan dengan benar.
- c. Menunjukkan fungsi sensori motori cranial yang utuh: tingkat kesadaran membaik, tidak ada gerakan-gerakan involunter.

Intervensi keperawatan:

- a. *Peripheral sensation management* (manajemen sensasi perifer)
- 1) Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/ dingin/ tajam/ tumpul  
**Rasional tindakan:** mengetahui tingkat perubahan sensori.
  - 2) Monitor adanya parestese  
**Rasional tindakan:** mengetahui adanya gerakan involunter dari pasien.
  - 3) Gunakan sarung tangan untuk proteksi  
**Rasional tindakan:** mencegah terjadinya penularan
  - 4) Batasi gerakan pada kepala, leher, dan punggung  
**Rasional tindakan:** mencegah adanya peningkatan kembali TIK
  - 5) monitor kemampuan BAB  
**Rasional tindakan:** mengetahui adanya gangguan pada pencernaan
  - 6) Kolaborasi pemberian analgetik  
**Rasional tindakan:** untuk mengurangi nyeri

- 7) Monitor adanya tromboplebitis  
**Rasional tindakan:** mencegah terjadinya komplikasi
- 8) Diskusikan mengenai penyebab perubahan sensasi  
**Rasional tindakan:** mengetahui adanya gangguan

4. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (penekanan intra abdomen).

Kriteria hasil yang diharapkan:

- a. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)
- b. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri
- c. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri)
- d. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang

Intervensi keperawatan:

*a. Pain management*

- 1) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi  
**Rasional tindakan:** agar dapat memberikan tindakan keperawatan yang tepat sesuai dengan manajemen nyeri.
- 2) Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan  
**Rasional tindakan:** melihat reaksi klien pada saat nyeri kambuh.
- 3) Gunakan tehnik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien  
**Rasional tindakan:** agar dapat mengetahui nyeri yang dirasakan.
- 4) Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri

**Rasional tindakan:** bermanfaat dalam pengawasan keefektifan.

- 5) Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau

**Rasional tindakan:** mengetahui tingkatan nyeri.

- 6) Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau.

**Rasional tindakan:** menemukan cara lain untuk mengatasi nyeri.

- 7) Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan.

- 8) **Rasional tindakan:** mempermudah mencari dan menemukan dukungan.

- 9) Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan

**Rasional tindakan:** dapat meringankan nyeri

- 10) Kurangi faktor presipitasi nyeri

**Rasional tindakan:** dapat meringankan nyeri

- 11) Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi, dan interpersonal)

Rasional tindakan: mengatasi terjadinya nyeri

- 12) Kaji tipe dan sumber nyeri

**Rasional tindakan:** dapat menentukan intervensi

- 13) Ajarkan tehnik non farmakologi

**Rasional tindakan:** mengurangi nyeri

- 14) Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri

**Rasional tindakan:** mengatasi nyeri

- 15) Evaluasi keefektifan kontrol nyeri

**Rasional tindakan:** mengetahui efektifitas tindakan yang dilakukan

- 16) Tingkatkan istirahat

**Rasional tindakan:** mengurangi terjadinya nyeri

17) Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil

**Rasional tindakan:** mengetahui intervensi yang akan dilakukan

5. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan pindahnya cairan intravaskuler ke ekstrasvaskuler.

Kriteria hasil yang diharapkan:

- a. Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB, BJ urine normal, HT normal
- b. TD, N, suhu tubuh dalam batas normal
- c. Tidak ada tanda-tanda dehidrasi, elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan.

Intervensi keperawatan:

- a. Timbang popok atau pembalut jika diperlukan

**Rasional tindakan:** membantu dalam perhitungan output

- b. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat

**Rasional tindakan:** untuk mengetahui balance cairan dan elektrolit dalam tubuh.

- c. Monitor status hidrasi (kelembaban membran mukosa, N adekuat, TD ortostatik), jika diperlukan

**Rasional tindakan:** mengetahui adanya tanda dan gejala gangguan keseimbangan cairan.

- d. Monitor vital sign

**Rasional tindakan:** *vital sign* membantu mengidentifikasi fluktuasi cairan intravaskuler.

- e. Monitor masukan makanan atau cairan dan hitung intake kalori harian

**Rasional tindakan:** memberikan pedoman untuk menggantikan cairan.

- f. Kolaborasikan pemberian cairan IV

**Rasional tindakan:** dapat meningkatkan jumlah cairan tubuh, untuk mencegah terjadinya syok hipovolemik

g. Monitor status nutrisi.

**Rasional tindakan:** jika asupan makanan tidak seimbang, tubuh berusaha memecah simpanan protein dengan terlebih dahulu memecah simpanan lemak dan glikogen. Kondisi ini menyebabkan penurunan kadar albumin.

h. Berikan cairan IV pada suhu ruangan

**Rasional tindakan:** suhu yang baik dapat menjaga kualitas cairan infus.

i. Dorong masukan oral

**Rasional tindakan:** untuk memenuhi kebutuhan cairan tubuh peroral

j. Berikan penggantian nesogatrik sesuai output

**Rasional tindakan:**

k. Dorong keluarga untuk membantu pasien makan

**Rasional tindakan:** agar kebutuhan nutrisi terpenuhi dengan baik

l. Tawarkan snack (jus buah, buah segar)

**Rasional tindakan:** jus buah mengandung beragam vitamin yang baik bagi tubuh.

m. Kolaborasi dengan dokter

**Rasional tindakan:** kolaborasi dengan dokter untuk memberikan terapi yang tepat

n. Atur kemungkinan transfusi

**Rasional tindakan:** transfusi darah penting untuk mengembalikan homeostatis.

o. Persiapan untuk transfusi

**Rasional tindakan:** transfusi darah meningkatkan jumlah sel darah merah dan untuk mempertahankan kadar hemoglobin pada pasien.

6. Risiko syok (hipovolemik) berhubungan dengan pendarahan yang berlebihan, pindahnya cairan intravaskuler ke ekstrasvaskuler.

Kriteria hasil yang diharapkan:

- a. Tidak ada penurunan tekanan N perifer
- b. Tidak ada penurunan TD sistolik
- c. Tidak ada penurunan TD diastolic
- d. Tidak ada melambatnya waktu pengisian kapiler
- e. Tidak ada N lemah dan halus
- f. Tidak ada akral dingin, kulit lembab/ basah
- g. Tidak ada penurunan tingkat kesadaran

Intervensi keperawatan:

*a. Syok prevention*

- 1) Monitor status sirkulasi BP, warna kulit, suhu kulit, denyut jantung, HR, dan ritme N perifer, dan kapiler refil

**Rasional tindakan:** mengetahui aliran darah yang mengalir pada tubuh

- 2) Monitor suhu dan pernafasan

**Rasional tindakan:** hipotensi (termasuk postural), takikardi, demam, dapat menunjukkan respon kehilangan cairan, monitor input dan output

- 3) Monitor input dan output

**Rasional tindakan:** mengetahui pemasukan dan pengeluaran urin

- 4) Pantau nilai laboratorium: HB, HT, AGD, dan elektrolit

**Rasional tindakan:** mencegah dan mangantisipasi komplikasi

- 5) Monitor fungsi neurologis

**Rasional tindakan:** mengetahui keadaan neurologis

- 6) Monitor fungsi renal (e.g BUN dan Cr level)

**Rasional tindakan:** mengetahui fungsi renal

7. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi yang tidak adekuat akibat mual dan nafsu makan yang menurun.

Kriteria hasil yang diharapkan:

- a. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan
- b. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan
- c. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi
- d. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi
- e. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dan menelan
- f. Tidak terjadi penurunan yang berarti

Intervensi keperawatan:

a. Manajemen nutrisi

- 1) Kaji adanya alergi makanan kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien  
**Rasional tindakan:** untuk mengetahui adanya alergi pada pasien
- 2) Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake FE  
**Rasional tindakan: Fe terpenuhi dan tidak terjadi anemia**
- 3) Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C  
**Rasional tindakan:** karena pertumbuhan belum lengkap dan atau kebiasaan makan yang memerlukan peningkatan protein diet
- 4) Berikan substansi gula  
**Rasional tindakan:** supaya tidak terjadi dehidrasi
- 5) Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori  
**Rasional tindakan:** supaya pola diet pasien akan mengidentifikasi kekuatan/kebutuhan/defisiensi nutrisi

b. Monitor nutrisi

- 1) Monitor BB pasien dalam batas normal  
**Rasional tindakan:** agar dapat mengetahui penurunan berat badan

- 2) Monitor adanya penurunan berat badan  
**Rasional tindakan:** mempertahankan berat badan
- 3) Monitor lingkungan selama makan  
**Rasional tindakan:** menciptakan tempat yang nyaman dan aman
- 4) Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi  
**Rasional tindakan:** mengetahui terjadinya perubahan pada kulit
- 5) Monitor turgor kulit  
**Rasional tindakan:** mengetahui status kelembaban kulit
- 6) Monitor kekeringan, rambut kusam, dan mudah patah  
**Rasional tindakan:** mengetahui status nutrisi
- 7) Monitor mual dan muntah  
**Rasional tindakan:** mengetahui tindakan yang akan dilakukan
- 8) Monitor kadar albumin, total protein, HB, dan kadar HT  
**Rasional tindakan:** mengetahui status nutrisi
- 9) Monitor pertumbuhan dan perkembangan  
**Rasional tindakan:** mengetahui nutrisi yang masuk
- 10) Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva  
**Rasional tindakan:** mengetahui status nutrisi
- 11) Monitor kalori dan intake nutrisi  
**Rasional tindakan:** mengetahui asupan gizi yang masuk ke dalam tubuh
- 12) Catat adanya edema, hiperemik, hipertermi apabila lidah dan cavitas oral  
**Rasional tindakan:** memantau perubahan dan mengevaluasi
- 13) Catat jika lidah berwarna magenta, scarlet.  
**Rasional tindakan:** mengetahui status nutrisi

8. Risiko perdarahan berhubungan dengan faktor-faktor pembekuan darah (trombositopeni).

Kriteria hasil yang diharapkan:

- a. Tidak ada kehilangan darah yang terlihat
- b. Tidak ada hematuria
- c. Tidak ada keluar darah dari anus
- d. Tidak ada hematemesis
- e. Tidak ada penurunan TD sistolik
- f. Tidak ada penurunan TD diastolik

Intervensi keperawatan:

- a. Pencegahan perdarahan
  - 1) Kaji pola makan dan kebutuhan kalori.  
**Rasional tindakan:** untuk mengetahui intake kalori yang diperlukan setiap hari.
  - 2) Timbang berat badan setiap hari.  
**Rasional tindakan:** penurunan berat badan menunjukkan intake kalori tidak adekuat.
  - 3) Diskusikan makanan yang disukai dan ditoleransi.  
**Rasional tindakan:** meningkatkan toleransi intake makanan.
  - 4) Anjurkan gosok gigi sebelum dan sesudah makan.  
**Rasional tindakan:** menjaga kebersihan mulut dan meningkatkan nafsu makan.
  - 5) Konsultasi pada ahli gizi untuk menetapkan diet yang tepat.  
**Rasional tindakan:** bermanfaat dalam menentukan kebutuhan nutrisi melalui rute yang paling tepat.
  - 6) Anjurkan mengurangi makanan berlemak dan menghasilkan gas.  
**Rasional tindakan:** pembatasan lemak menurunkan rangsangan pada kandung empedu dan nyeri.
  - 7) Berikan diet rendah lemak.  
**Rasional tindakan:** mencegah mual dan spasme gaster.

- 8) Ambulasi dan tingkatkan aktivitas sesuai toleransi klien.  
**Rasional tindakan:** membantu mengeluarkan flatus, penurunan distensi abdomen.
- 9) Monitor dan catat intake makanan  
**Rasional tindakan:** mengetahui keadekuatan intake makanan.
- 10) Kolaborasi dalam pemberian nutrisi total dan garam empedu.  
**Rasional tindakan:** untuk pemenuhan kebutuhan nutrisi.
- 11) Monitor ketat tanda-tanda perdarahan  
**Rasional tindakan:** agar tidak terjadi perdarahan
- 12) Catat nilai HB dan HT sebelum dan sesudah terjadinya perdarahan  
**Rasional tindakan:** mengetahui nilai Hb dan Ht sesuai nilai normal
- 13) Monitor nilai lab (koagulasi) yang meliputi PT, PTT, trombosit  
**Rasional tindakan:** untuk mengetahui nilai trombosit setiap waktu
- 14) Monitor status cairan yang meliputi intake dan output  
**Rasional tindakan:** tidak kekurangan cairan atau dehidrasi
- 15) Instruksikan pasien untuk meningkatkan makanan yang kaya vitamin K  
**Rasional tindakan:** membantu mengatasi perdarahan

## H. Pelaksanaan

Menurut Kardiyudiani & Susanti (2019) Pelaksanaan dari intervensi keperawatan dilakukan dalam rangka mencapai tujuan dan hasil. Ketika pelaksanaan asuhan keperawatan dilakukan, perawat harus terus mengkaji respon pasien dan memodifikasi setiap rencana sesuai kebutuhan pasien. Selanjutnya, perawat perlu memastikan terdapat pendokumentasian setiap tahapan proses pelaksanaan asuhan keperawatan.

## **I. Evaluasi**

Menurut Kardiyudiani & Susanti (2019) Tahap evaluasi dilakukan untuk menentukan tingkat keefektifan pelaksanaan asuhan keperawatan. Evaluasi dilakukan dengan melakukan pengkajian respon pasien dari tindakan yang dilakukan sesuai dengan kriteria tujuan. Apabila tujuan dan hasil tidak tercapai, perlu dipikirkan kembali rencana kerja melalui suatu proses untuk mengembangkan rencana keperawatan yang lebih efektif. Pada tahap evaluasi, perawat dapat mengetahui seberapa jauh diagnosis keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaan telah tercapai (Ali, 2016).

## **BAB III**

### **TINJAUAN KASUS**

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

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

Pasien bernama Ny. I berusia 38 tahun, sudah menikah, beragama Kristen Protestan, suku bangsa Betawi, pendidikan S1, bahasa yang digunakan bahasa Indonesia, Pekerjaan sebagai ibu rumah tangga, beralamat di Cikarang Utara, sumber biaya yang digunakan adalah asuransi sinar mas, sumber informasi yang digunakan yaitu rekam medis pasien, perawat ruangan, keluarga dan pasien.

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

Pasien Ny. I berusia 38 tahun datang ke poli spesialis penyakit dalam di Rumah Sakit Mitra Keluarga Cikarang diantar oleh keluarga pada tanggal 03 Mei 2021 pukul 13.23 WIB dengan keadaan umum sakit sedang, kesadaran compos mentis, GCS: E: 4 M: 6 V: 5. Pasien mengeluh demam sejak 2 hari lalu, meriang, sakit kepala, badan linu-linu dan mual. Dilakukan pemeriksaan TTV: TD 125/86 mmHg, N 90x/menit, RR 20x/menit, S 38.8°C, dilakukan pemeriksaan laboratorium uji NS1-AG dengan hasil positif, leukosit 1100/ul, trombosit 85000/ul, kemudian pasien dianjurkan untuk dirawat oleh dokter.

Pasien masuk ke ruang rawat bromelia pukul 16.30 WIB dengan keluhan demam sejak 2 hari lalu, demam, sakit kepala, badan linu-linu dan mual, dilakukan pemeriksaan TTV dengan hasil TD 120/82mmhg, S 38.5°C, N 80x/menit, RR 20x/menit. Masalah keperawatan yang muncul yaitu Hipertermi. Tindakan keperawatan yang dilakukan memonitor suhu tubuh per shif, memberikan cairan oral. Tindakan kolaborasi yang sudah diberikan yaitu pemberian obat sanmol 500mg (oral) dan pemasangan infus RA 500cc/12 jam di vena basilica

sinistra. Balance cairan (-) 220. Evaluasi secara umum masalah belum teratasi.

Pada tanggal 04 Mei 2021 pukul 08.00 WIB pasien mengatakan pusing dan mual, keadaan umum pasien compos mentis, akral teraba hangat, N teraba kuat, tidak ada tanda-tanda plebitis, GCS: E: 4 M: 6 V: 5. TTV: 110/70 mmHg, N: 91x/menit, S: 36.9°C, RR: 20x/menit. Masalah keperawatan yang muncul yaitu hipertermi. Tindakan keperawatan yang dilakukan memonitor suhu dan memberikan cairan oral. Tindakan kolaborasi yang dilakukan yaitu memberikan terapi obat sanmol 500mg per oral dan pemeriksaan laboratorium dengan hasil leukosit: 1,100/ul, hematokrit: 33vol%, trombosit: 73.000/ul, SGPT: 105 u/L, balance cairan (-) 110. Evaluasi secara umum masalah teratasi.

Pada tanggal 05 Mei 2021 pukul 07.00 WIB pasien mengatakan masih pusing, mual dan nyeri abdomen, keadaan umum compos mentis, akral teraba hangat, N teraba kuat, tidak ada tanda-tanda plebitis, GCS: E: 4 M: 6 V: 5. TTV: 102/58 mmHg, N: 92x/menit, S: 37.2°C, RR: 18x/menit. Masalah keperawatan yang muncul yaitu nyeri akut. Tindakan keperawatan yang dilakukan mengidentifikasi skala nyeri, mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri. Tindakan kolaborasi yang dilakukan memberikan terapi obat pranza 1x1 ampul (40 mg) per IV dan pemeriksaan laboratorium dengan hasil: leukosit: 1000/ul, hematokrit: 33vol%, trombosit: 58.000/ul, balance cairan (-) 200. Evaluasi secara umum masalah belum teratasi.

### **3. Riwayat keperawatan**

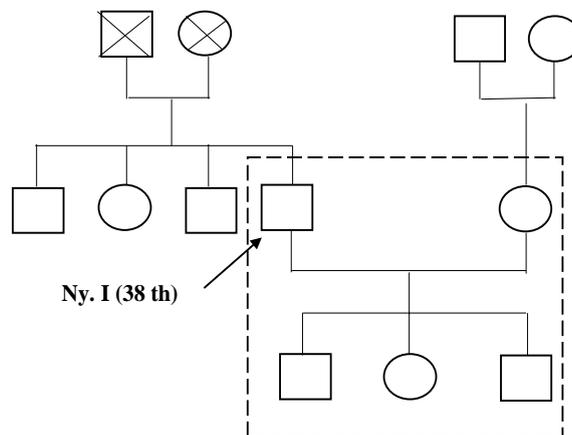
#### **a. Riwayat kesehatan sekarang**

Saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan sudah tidak demam, pasien mengatakan kepala pusing, mual tetapi tidak ada muntah dan pegal-pegal. Pasien mengatakan dirumah sudah meminum obat pamol untuk mengatasi demamnya.

b. Riwayat kesehatan masa lalu

Pasien mengatakan sebelumnya belum pernah mengalami penyakit DHF. Pasien mengatakan mengalami diare dua hari sebelum masuk rumah sakit. Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit atau alergi. Pasien mengatakan tidak ada obat rutin yang dikonsumsi.

c. Riwayat kesehatan keluarga (Genogram dan keterangan tiga generasi dari klien)



Keterangan:

□ : Laki-laki

⊗ : Meninggal

○ : Perempuan

----- : Tinggal satu rumah

Keterangan: pasien adalah anak tunggal, kedua orang tua dari pasien masih ada, sedangkan kedua orang tua dari bapak sudah meninggal karena faktor usia. Pasien tinggal bersama keluarga inti yaitu pasien, suami dan ketiga anaknya.

d. Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga yang menjadi faktor risiko

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

e. Riwayat psikososial dan spiritual

Pasien mengatakan orang terdekat pasien yaitu suami dan anak-anaknya. Pola komunikasi yang digunakan yaitu dua arah, pembuat keputusan dalam keluarga yaitu suami pasien, kegiatan kemasyarakatan yang diikuti yaitu kegiatan RT. Pasien mengatakan suami dan anak-anaknya harus meluangkan waktu untuk bergantian menjaganya. Tidak ada masalah yang mempengaruhi klien. Mekanisme koping terhadap stress yang digunakan yaitu mengatasi masalahnya dengan melakukan kegiatan rumah tangga. Hal-hal yang difikirkan pasien saat ini yaitu ingin segera sembuh agar dapat kembali berkumpul dengan keluarga, dengan harapan setelah menjalani perawatan dapat segera sembuh dan dapat beraktivitas kembali. Perubahan yang dirasakan setelah jatuh sakit yaitu pasien mengatakan lemas, kepala pusing, dan mual sehingga nafsu makan menurun. Pasien mengatakan tidak ada nilai-nilai yang bertentangan dengan kesehatan. Kegiatan aktivitas agama/kepercayaan yang dilakukan yaitu ibadah online 2x dalam satu minggu. Pasien mengatakan tinggal di perumahan, lingkungan rumahnya bersih dan tidak terdapat genangan air.

f. Pola kebiasaan

1) Pola nutrisi

Sebelum di RS

pasien mengatakan frekuensi makan 3x/hari, nafsu makan baik, tidak ada mual muntah, porsi makanan yang dihabiskan 1 porsi, tidak ada makanan yang tidak disukai, tidak ada alergi makanan yang dimiliki, tidak ada makanan yang dipantang, makanan yang disukai ayam goreng, tidak ada makanan diet, dan tidak ada alat bantu untuk makan.

#### Saat di RS

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

### 2) Pola Eliminasi

#### Sebelum di RS

Pasien mengatakan frekuensi BAK dirumah sebanyak 7x/hari, berwarna kuning jernih, tidak ada keluhan saat BAK, dan tidak ada penggunaan alat Bantu. Pasien mengatakan dirumah BAB sebanyak 1x/hari, warna kecoklatan, konsistensi lunak, tidak ada keluhan saat BAB, dan tidak menggunakan obat pencahar.

#### Saat di RS

Pasien mengatakan selama di rumah sakit BAK sebanyak 8x/hari=1.600cc (200 cc), berwarna kuning jernih, tidak ada keluhan saat BAK, tidak menggunakan alat bantu. Pasien mengatakan selama dirumah sakit BAB sebanyak 1x/hari dengan waktu yang tidak menentu, warna kecoklatan, konsistensi lunak, tidak ada keluhan saat BAB, dan tidak menggunakan obat pencahar.

### 3) Pola Personal Hygiene

#### Sebelum di RS

Pasien mengatakan mandi 2x/hari saat pagi dan sore, sikat gigi 2x/hari pada pagi dan malam hari, pasien mencuci rambut 4x/minggu.

#### Saat di RS

Pasien mengatakan mandi 1x/hari dengan cara di lap oleh keluarga, kumur listerine 2x/hari saat pagi dan sore hari dan belum mencuci rambut sejak masuk rumah sakit tanggal 03 mei 2021.

#### 4) Pola Istirahat dan Tidur

##### Sebelum di RS

Pasien mengatakan tidur siang hanya kadang-kadang, tidur malam 6 jam, pola kebiasaan sebelum tidur bermain handphone.

##### Saat di RS

Pasien mengatakan lebih banyak tidur saat di RS, waktu tidur pasien tidak tentu. Pada malam hari pasien tidur 8 jam, kebiasaan sebelum tidur bermain handphone.

#### 5) Pola Aktivitas dan Latihan

##### Sebelum di RS

Pasien mengatakan kegiatan waktu mengerjakan pekerjaan rumah tangga tidak menentu, pasien mengatakan sering melakukan kegiatan olahraga jalan pagi dan zumba 3-4x/minggu, pasien mengatakan tidak ada keluhan dalam beraktivitas.

##### Saat di RS

Pasien mengatakan tidak berolahraga karena merasa pusing dan cepat lelah.

#### 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 berat badan (BB) 71 kg sebelum sakit (satu minggu yang lalu), berat badan sekarang 69 kg, tinggi badan (TB): 175cm, Indeks Masa Tubuh (IMT): 22,53 kg/m<sup>2</sup> (Normal). Keadaan umum pasien sakit sedang, kesadaran composmentis, tidak mengalami pembesaran kelenjar getah bening.

##### b. System pengelihatan

Posisi mata simetris, kelopak mata normal, pergerakan bola mata tampak normal, konjungtiva anemis, kornea normal, sklera anikterik, pupil isokor, otot-otot mata tidak ada kelainan, fungsi pengelihatan pasien mengatakan pandangannya kabur karena menggunakan kacamata, tidak ada tanda-tanda radang, pasien menggunakan kacamata berjenis mata kanan (-) 6 mata kiri silinder 1, reaksi terhadap cahaya +2/+2.

##### c. System Pendengaran

Daun telinga kanan dan kiri pasien tampak normal, warna serumen kuning, kondisi telinga tengah normal, tidak ada cairan di telinga tengah, tidak ada perasaan penuh di telinga, tinitus tidak ada, fungsi pendengaran normal, tidak ada gangguan keseimbangan, dan tidak menggunakan alat bantu dengar.

##### d. System Wicara

System wicara pasien normal.

e. System Pernafasan

Jalan nafas pasien bersih tidak ada sumbatan, pernafasan tidak sesak, tidak ada mengeluarkan otot bantu nafas, frekuensi pernafasan 19x/menit, irama pernafasan teratur, jenis pernafasan spontan dan dalam, tidak ada batuk, sputum dan darah tidak ada, suara nafas vesikuler, tidak ada nyeri saat bernafas, tidak ada batuk, tidak menggunakan alat bantu nafas.

f. System Kardiovaskuler

Nadi pasien 89x/menit, irama teratur, denyut nadi kuat, TD 113/70 mmhg, tidak ada distensi vena jugularis pada kiri dan kanan, tempratur kulit hangat, pengisian kapiler 2 detik, akral teraba hangat dan tidak ada edema.

g. Sirkulasi jantung

Kecepatan denyut nadi apical 89x/menit, irama teratur, tidak ada kelainan bunyu jantung, pasien mengatakan tidak ada nyeri dada.

h. System Hematologi

Pasien tampak pucat dan pasien terdapat ptechie.

i. System Syaraf Pusat

Pasien mengatakan pusing, tingkat kesadaran composmentis nilai *Glow Coma Scale* (GCS): *Eye*: 4, *Motoric*: 6, *Verbal*: 5. Pasien tidak mengalami tanda tanda tekanan intra kranial seperti nyeri kepala hebat, muntah proyektil, dan pupil edema, sidak ada gangguan pada system persyarafan. Hasil pemeriksaan reflex normal.

j. System Pencernaan

Keadaan mulut tampak bersih, pasien tidak memiliki caries, mukosa bibir tampak kering, pasien tidak menggunakan gigi

palsu, tidak terjadi stomatitis, lidah pasien tidak tampak kotor, saliva pasien normal. Pasien mengatakan ada mual tetapi tidak ada muntah. Pasien mengatakan nyeri abdomen dengan skala 4, nyeri seperti tertusuk-tusuk, nyeri terjadi saat pasien bergerak, nyeri terjadi hilang timbul secara tiba-tiba, bising usus 8x/menit, pembesaran hepar teraba 2 jari di bawah arcus costae, abdomen lembek, pasien tidak mengalami diare dan konstipasi.

k. System Endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, nafas pasien tidak berbau keton, pasien tidak terdapat luka ganggren, dan tidak mengeluh adanya poliuri, polidipsi dan polyphagia.

l. System Urogenital

Pasien mengatakan minum sebanyak 1200cc, cairan infus sebanyak 1000cc, BAK sebanyak 8x/hari (@200) = 1600cc, IWL: 710cc, Balance cairan dalam 24 jam (tanggal 6 Mei 2021) adalah (-) 200cc dengan berat badan 71 kg. Warna urine kuning jernih tanpa adanya distensi kandung kemih. Tidak ada perubahan pola kemih pada pasien seperti retensi urine, dysuria, BAK tidak lampias, nocturia, inkontinensia dan anuria.

m. System Integument

Turgor kulit tidak elastis, temperatur kulit hangat, warna kulit kemerahan, terdapat ptekie pada kulit, keadaan kulit baik, tidak ada kelainan kulit, kondisi kulit daerah pemasangan infus baik, tekstur rambut baik dan bersih.

n. System Musculoskeletal

Saat pengkajian pasien mengatakan tidak kesulitan dalam bergerak, tidak ada sakit pada tulang dan sendi, tidak ada fraktur, tidak ada kelainan bentuk tulang belakang, tidak ada kelainan

struktur tulang belakang. Keadaan tonus otot baik, kekuatan pada ekstremitas atas dan bawah adalah 5555|5555.

5555	5555
5555	5555

## 5. Data Tambahan

Pasien mengatakan mengetahui tentang penyakit DHF yang disebabkan oleh gigitan nyamuk dan selalu demam pada sore hari, karena lingkungan yang terdapat genangan air sehingga menjadi sarang nyamuk. Pasien mengatakan sebelum sakit rutin melakukan olahraga zumba dan jalan pagi 3-4x/minggu

## 6. Data Penunjang

### a. Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 03 Mei 2021

Hemoglobin 11,0 g/dl dengan nilai rujukan 11,7-15,5 g/dl, Leukosit 1,100/ul dengan nilai rujukan 4000-11000/ul, Hematokrit 34 vol% dengan nilai rujukan 37- 43 vol%, Trombosit 85.000/ul dengan nilai rujukan 150.000 - 450.000/ul, Eritrosit 4,36 juta/ul dengan nilai rujukan 4,00 – 5,20 juta/ul, NS1- Ag Positive dengan nilai rujukan Negative.

### b. Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 04 Mei 2021

Hemoglobin 10,4 g/dl dengan nilai rujukan 11,7-15,5 g/dl, Leukosit 1,100/ul dengan nilai rujukan 4000-11000/ul, Hematokrit 33 vol% dengan nilai rujukan 37-43 vol%, Trombosit 73,000/ul dengan nilai rujukan 150,000-450,000/ul, Eritrosit 4,20 juta/ul dengan nilai rujukan 4,00 – 5,20 juta/ul, SGPT: 105 u/L dengan nilai rujukan 0-31 u/L.

### c. Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 05 Mei 2021

Hemoglobin 10,5 g/dl dengan nilai rujukan 11,7-15,5 g/dl, Leukosit 1000/ul dengan nilai rujukan 4000-11000/ul, Hematokrit 33 vol% dengan nilai rujukan 37-43 vol%, Trombosit 58,000/ul dengan nilai rujukan 150,000-450,000/ul, Eritrosit 4,26 juta/ul dengan nilai rujukan 4,00 – 5,20 juta/ul.

d. Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 06 Mei 2021

Hemoglobin 11,3 g/dl dengan nilai rujukan 11,7-15,5 g/dl, Leukosit 900/ul dengan nilai rujukan 4000-11000/ul, Hematokrit 36 vol% dengan nilai rujukan 37-43 vol%, Trombosit 47,000/ul dengan nilai rujukan 150,000-450,000/ul, Eritrosit 4,57 juta/ul dengan nilai rujukan 4,00 – 5,20 juta/ul.

e. Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 07 Mei 2021

Hemoglobin 9 g/dl dengan nilai rujukan 11,7-15,5 g/dl, Leukosit 2300/ul dengan nilai rujukan 4000-11000/ul, Hematokrit 29 vol% dengan nilai rujukan 37-43 vol%, Trombosit 56,000/ul dengan nilai rujukan 150,000-450,000/ul, Eritrosit 3,66 juta/ul dengan nilai rujukan 4,00 – 5,20 juta/ul.

f. Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 08 Mei 2021

Hemoglobin 9,5 g/dl dengan nilai rujukan 11,7-15,5 g/dl, Leukosit 2,800/ul dengan nilai rujukan 4000-11000/ul, Hematokrit 31 vol% dengan nilai rujukan 37-43 vol%, Trombosit 122,000/ul dengan nilai rujukan 150,000-450,000/ul, Eritrosit 3,90 juta/ul dengan nilai rujukan 4,00 – 5,20 juta/ul.

## 7. Penatalaksanaan

a. Obat oral

Imboost 1x1 tab

Rillus 1x2 tab

Hepamax 2x1 cap

b. Obat injeksi

Pranza 1x400 mg

Vomceran 3x1 amp (2mg/ml)

c. Infus Ringger Asetat 500cc/ 12 jam

d. Cek lab darah lengkap setiap hari

e. Diit lunak TKTP 1.700kal

## 8. Data Fokus

Keadaan umum: sakit sedang, kesadaran: composmentis, tanda-tanda vital (TTV): TD: 113/70 mmHg, N: 89x/menit, pernapasan: 19x/menit, suhu: 36.8°C.

### a. Kebutuhan cairan

Data subjektif:

Pasien mengatakan menghabiskan minum sebanyak 1200 cc, sekama dirumah sakit BAK sebanyak 8x/hari=1.600 cc (@200cc).

Data objektif:

Turgor kulit tidak elastis, mukosa bibir tampak kering, TTV TD: 113/70 mmHg, N: 89x/ menit, S: 36,8°C, input cairan/ 24 jam minum sebanyak 1200cc, cairan infus sebanyak 1000cc, output cairan/ 24 jam BAK sebanyak 8x/hari (@200) = 1600cc, IWL: 710cc, Balance cairan dalam 24 jam (tanggal 5 Mei 2021) adalah (-) 200cc dengan berat badan 69 kg, Hemoglobin 10,5 g/dl (11,7-15,5 g/dl), Hematokrit 33 vol% (37-43 vol%), Trombosit 58,000/ul (150,000-450,000/ul) (tanggal 05-05-2021) dan hasil pemeriksaan NS1-AG positive\* (negative).

### b. Kebutuhan nutrisi

Data subjektif

Pasien mengatakan makan 3x/hari dengan menghabiskan ½ porsi makan, pasien mengatakan nafsu makan menurun, mual tetapi tidak ada muntah, berat badan satu minggu lalu 71 kg, tinggi badan 175 cm.

Data objektif

Konjungtiva anemis, ekspresi wajah pasien tampak mual ketika makan, hasil pemeriksaan laboratorium tanggal (05 Mei 2021) hemoglobin= 10.5 g/dl (11,7-15,5 g/dl), Hematokrit 33 vol% (37-43 vol%), berat badan saat pengkajian 69kg, terdapat penurunan berat badan sebanyak 2 kg (2%) dari sebelum sakit, IMT:  $69\text{kg} : 1,75^2\text{cm} = 22,53 \text{ kg/m}^2$  (Normal), Diit lunak TKTP.

## c. Kebutuhan nyaman

## Data Subjektif

Pasien mengatakan nyeri pada abdomen, nyeri seperti di tusuk-tusuk, nyeri terjadi hilang timbul dengan tiba-tiba, nyeri terjadi saat pasien bergerak, dengan skala nyeri 4.

## Data Objektif

Pasien tampak meringis kesakitan, pasien tampak memegang perut, pembesaran hepar teraba 2 jari di bawah arcus costae, TTV: TD 113/70 mmHg, N: 89x/menit.

## 9. Analisa data

Tabel 3.1 Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	<p>Data subjektif:</p> <p>a. Pasien mengatakan menghabiskan minum sebanyak 1200 cc</p> <p>b. Selama dirumah sakit BAK sebanyak 8x/hari=1.600 cc</p> <p>Data objektif:</p> <p>a. Turgor kulit tidak elastis</p> <p>b. mukosa bibir tampak kering</p>	Kekurangan volume cairan	Pindahnya cairan intravaskuler ke ekstrasvaskuler

	<p>c. TTV TD: 113/70 mmHg, N: 89x/ menit</p> <p>d. suhu 36,8°C</p> <p>e. Input cairan/24 jam minum sebanyak 1200cc, cairan infus sebanyak 1000cc</p> <p>f. Output cairan/24 jam</p>		
--	---	--	--

	<p>g. BAK  sebanyak  8x/hari  (@200) =  1600cc, IWL:  710cc,</p> <p>h. Balance cairan  dalam 24jam  (tanggal 5 Mei  2021) adalah  (-) 200cc  dengan berat  badan 71 kg</p> <p>i. Hemoglobin  10,5 g/dl  (11,7-15,5  g/dl),  Hematokrit  33vol% (37-  43vol%),  Trombosit  58,000/ul  (150,000-  450,000/ul)  (tanggal 05-  05-2021)</p>		
2.	<p>Data subjektif</p> <p>a. Pasien  mengatakan  makan 3x/hari  dengan</p>	<p>Resiko gangguan  pemenuhan  kebutuhan nutrisi  kurang dari  kebutuhan tubuh</p>	<p>Intake nutrisi yang  tidak adekuat akibat  mual</p>

	<p>menghabiskan ½ porsi makan</p> <p>b. Pasien mengatakan nafsu makan menurun</p> <p>c. mual tetapi tidak ada muntah</p> <p>d. Berat badan satu minggu lalu 71 kg, tinggi badan 175 cm.</p> <p>Data objektif</p> <p>a. Konjungtiva anemis</p> <p>b. Ekspresi wajah pasien tampak mual ketika makan</p> <p>c. Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal (05 Mei 2021) hemoglobin= 10.5g/dl (11,7- 15,5 g/dl), Hematokrit 33 vol% (37-43</p>		
--	---	--	--

	<p>vol%)</p> <p>d. Berat badan saat pengkajian 69kg</p> <p>e. Terdapat penurunan berat badan sebanyak 2 kg (2%) dari sebelum sakit</p> <p>f. IMT: <math>69\text{kg} : 1,75^2\text{cm} = 22,53 \text{ kg/m}^2</math> (Normal)</p>		
3.	<p>Data Subjektif</p> <p>a. Pasien mengatakan nyeri pada abdomen</p> <p>b. Pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk</p> <p>c. Pasien mengatakan nyeri terjadi hilang timbul dengan tiba-tiba</p> <p>d. Pasien</p>	Nyeri akut	Agen acidera biologis (penekanan intraabdomen)

	<p>mengatakan nyeri terjadi saat bergerak</p> <p>e. Pasien mengatakan skala nyeri nyeri 4.</p> <p>Data Obektif:</p> <p>a. Pasien tampak meringis kesakitan</p> <p>b. Pasien tampak memegang perut</p> <p>c. Pembesaran hepar teraba 2 jari di bawah arcus costae</p> <p>d. TTV: TD 113/70 mmHg, N: 89x/menit.</p>		
--	---	--	--

### B. Diagnosa Keperawatan

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan pindahnya cairan intravaskuler ke ekstrasvaskuler
2. Resiko gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Intake nutrisi yang tidak adekuat akibat mual
3. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (penekanan intra abdomen)

### C. Perencanaan Keperawatan

#### 1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan pindahnya cairan intravaskuler ke ekstrasvaskuler

**Data subjektif:** Pasien mengatakan menghabiskan minum sebanyak 1200 cc, selama dirumah sakit BAK sebanyak 8x/hari=1.600 cc (@200cc).

**Data objektif:** Turgor kulit tidak elastis, mukosa bibir tampak kering, TD 113/70 mmHg, N 89x/ menit, suhu 36,8°C, Input cairan/24 jam minum sebanyak 1200cc, cairan infus sebanyak 1000cc, Output cairan/24 jam BAK sebanyak 8x/hari (@200) = 1600cc, IWL: 710cc, Balance cairan dalam 24 jam (tanggal 6 Mei 2021) adalah (-) 200cc dengan berat badan 71 kg, Hemoglobin 10,5 g/dl (11,7-15,5 g/dl), Hematokrit 33vol% (37-43vol%), Trombosit 58,000/ul (150,000-450,000/ul) (tanggal 05-05-2021), (hasil pemeriksaan NS1-AG positive\* (negative).

**Tujuan:** Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kekurangan volume cairan teratasi.

**Kriteria hasil:** Turgor kulit baik, mukosa bibir lembab, mata tidak cekung, Tekanan Darah dalam rentang normal (110-120/60-80 mmHg), Nadi dalam rentang 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.

**Rencana Tindakan:**

- a. Monitor tanda-tanda vital: tekaanan darah, frekuensi nadi, dan suhu per shift

- b. Monitor kelembaban mukosa bibir dan turgor kulit per shift
- c. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium: hemoglobin, hematokrit, dan trombosit setiap hari sesuai dengan program medis
- d. Catat intake-output dan hitung balance cairan 24 jam
- e. Awasi pemberian cairan infus RA 500 cc/12 jam dengan 14 tpm sesuai dengan program medis

**2. Resiko gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Intake nutrisi yang tidak adekuat akibat mual**

**Data subjektif:** Pasien mengatakan makan 3x/hari dengan menghabiskan ½ porsi makan, pasien mengatakan nafsu makan menurun, mual tetapi tidak ada muntah, berat badan satu minggu lalu 71 kg, tinggi badan 175 cm.

**Data objektif:** Konjungtiva anemis, ekspresi wajah pasien tampak mual ketika makan, hasil pemeriksaan laboratorium tanggal (06 Mei 2021) hemoglobin= 11,3 g/dl (11,7-15,5 g/dl), Hematokrit 33vol% (37-43vol%), berat badan saat pengkajian 69kg, terdapat penurunan berat badan sebanyak 2 kg (2%) dari sebelum sakit, IMT:  $69\text{kg} \div 1,75^2\text{cm} = 22,53 \text{ kg/m}^2$  (Normal), Diit lunak TKTP.

**Tujuan:** Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh tidak terjadi.

**Kriteria hasil:** Makan habis 1 porsi, nafsu makan membaik, mual tidak ada, IMT dalam rentang normal (17-23), konjungtiva anemis.

**Rencana tindakan:**

1. Monitor asupan makanan pasien per shift

2. Monitor keluhan mual dan muntah per shift
3. Monitor konjungtiva per shift
4. Monitor hasil pemeriksaan lab: hemoglobin setiap hari sesuai dengan program medis
5. Anjurkan pasien makan sedikit tapi sering setiap kali makan
6. Timbang berat badan per 3 hari sebelum sarapan pagi dan ukur nilai IMT setiap kali melakukan penimbangan berat badan
7. Berikan diet lunak TKTP 1.700 kal sesuai dengan program medis
8. Berikan terapi obat vomceran 3x2ml dan rillus 1x 2 tab

**3. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (penekanan intra abdomen)**

**Data Subjektif:** Pasien mengatakan nyeri pada abdomen, pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri terjadi hilang timbul dengan tiba-tiba, pasien mengatakan nyeri terjadi saat bergerak, pasien mengatakan skala nyeri nyeri 4.

**Data Objektif:** Pasien tampak meringis kesakitan, pasien tampak memegang perut, pembesaran hepar teraba 2 jari di bawah arcus costae, TD 113/70 mmHg, N: 89x/menit.

**Tujuan:** Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri menurun.

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

#### Rencana Tindakan

- a. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi per shift
- b. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan setiap nyeri timbul
- c. Monitor tanda-tanda vital: TD, N, frekuensi pernafasan, per shift
- d. Atur posisi yang nyaman sesuai keinginan pasien per shift
- e. Ajarkan dan anjurkan pasien untuk melakukan tehnik relaksasi nafas dalam setiap kali nyeri timbul
- f. Berikan terapi obat pranza 1x 40 mg (IV) dan hepamax 2x1 cap (oral)

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

- 1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan pindahnya cairan intravaskuler ke ekstrasvaskuler**

##### **Pelaksanaan keperawatan hari ke: 1**

**Kamis, 06 Mei 2021**

**Pukul 09.00 WIB** memonitor hasil pemeriksaan laboratorium hemoglobin, hematokrit, trombosit hasil Hemoglobin: 11.3 g/dl (11.7-15.5 g/dl), hematokrit: 36\*/ul (37-43 vol %), Trombosit 47,000/ul (150,000-450,000/ul) (pukul 07.00). **Pukul 10.30 WIB** Memonitor tanda-tanda vital: TD, frekuensi N, dan suhu hasil TD: 120/70 mmHg, N: 87x/menit, S: 36.8°C. **Pukul 11.30 WIB** Memonitor kelembaban

mukosa bibir dan turgor kulit hasil mukosa bibir tampak kering, turgor kulit tidak elastis, akral teraba hangat, nadi teraba kuat, CRT 2 detik.

**Pukul 12.00 WIB** mengawasi pemberian cairan infus RA 500 cc/12 jam dengan 14 tpm hasil aliran infus lancar dengan jumlah tetesan 14 tpm. **Pukul 14.00 WIB** mencatat intake – output dari pukul 07.00= infus 330 cc, pasien mengatakan minum 400 cc, output urin: 600 cc.

**Pukul 15.00 WIB** perawat ruangan memonitor tanda-tanda vital: TD, frekuensi N, dan suhu hasil TD 120/80, N: 90x/menit, S: 36.5°C.

**Pukul 16.30 WIB** memonitor kelembaban mukosa bibir dan turgor kulit hasil mukosa bibir tampak kering, turgor kulit tidak elastis, akral teraba hangat, nadi teraba kuat, CRT 2 detik. **Pukul 18.00 WIB** mengawasi pemberian cairan infus RA 500 cc/12 jam dengan 14 tpm hasil aliran infus lancar dengan jumlah tetesan 14 tpm. **Pukul 21.00 WIB** mencatat intake – output dari pukul 14.00= infus 340 cc, pasien mengatakan minum 500 cc, output urin: 600 cc.

**Pukul 22.00 WIB** perawat ruangan memonitor tanda-tanda vital: TD, frekuensi N, dan suhu TTV: TD: 110/70 mmHg, N: 70x/menit, S: 36.5°C. **Pukul 01.00 WIB** memonitor kelembaban mukosa bibir dan turgor kulit hasil mukosa bibir tampak kering, turgor kulit tidak elastis, akral teraba hangat, nadi teraba kuat, CRT 2 detik. **Pukul 02.00 WIB** mengawasi pemberian cairan infus RA 500 cc/12 jam dengan 14 tpm hasil aliran infus lancar dengan jumlah tetesan 14 tpm. **Pukul 06.00 WIB** perawat ruangan mencatat intake – output 24 jam hasil infus 1000 cc, pasien mengatakan minum 1200 cc, output urin: 1600 cc, IWL: 690cc. hasil balance cairan 24 jam = (-)90cc

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

**Jum'at, 07 Mei 2021**

**Pukul 08.00 WIB** Memonitor tanda-tanda vital: TD, frekuensi N, dan suhu hasil TD: 105/68 mmHg, N: 88x/menit, S: 36.5°C. **Pukul 09.00**

**WIB** memonitor hasil pemeriksaan laboratorium hemoglobin, hematokrit, trombosit hasil hemoglobin: 9.0 g/dL (11.7-15.5), hematokrit: 29/ul (37-43 vol %), Trombosit 56,000/ul (150,000-450,000/ul) (pukul 07.00). **Pukul 10.30 WIB** Memonitor kelembaban mukosa bibir dan turgor kulit hasil mukosa bibir tampak lembab, turgor kulit elastis, akril teraba hangat, nadi teraba kuat, CRT 3 detik. **Pukul 11.00 WIB** mengawasi pemberian cairan infus RA 500 cc/12 jam dengan 14 tpm hasil aliran infus lancar dengan jumlah tetesan 14 tpm. **Pukul 14.00 WIB** mencatat intake – output dari pukul 07.00= infus 330 cc, pasien mengatakan minum 500 cc, output urin: 600 cc.

**Pukul 15.00 WIB** perawat ruangan memonitor tanda-tanda vital: TD, frekuensi N, dan suhu hasil TD 110/80, N: 80x/menit, S: 37.1°C. **Pukul 16.00 WIB** memonitor kelembaban mukosa bibir dan turgor kulit hasil mukosa bibir tampak lembab, turgor kulit elastis, akril teraba hangat, nadi teraba kuat, CRT 3 detik. **Pukul 18.00 WIB** mengawasi pemberian cairan infus RA 500 cc/12 jam dengan 14 tpm hasil aliran infus lancar dengan jumlah tetesan 14 tpm. **Pukul 21.00 WIB** mencatat intake – output dari pukul 14.00 = infus 340 cc, pasien mengatakan minum 500 cc, output urin: 600 cc.

**Pukul 22.00 WIB** perawat ruangan memonitor tanda-tanda vital: TD, frekuensi N, dan suhu hasil TTV: TD: 120/70 mmHg, N: 76x/menit, S: 36.7°C. **Pukul 23.00 WIB** mengawasi pemberian cairan infus RA 500 cc/12 jam dengan 14 tpm hasil aliran infus lancar dengan jumlah tetesan 14 tpm. **Pukul 01.00 WIB** memonitor kelembaban mukosa bibir dan turgor kulit hasil mukosa bibir tampak lembab, turgor kulit elastis, akril teraba hangat, nadi teraba kuat, CRT 3 detik. **Pukul 06.00 WIB** mencatat intake – output 24 jam hasil infus 1100 cc, pasien mengatakan minum 1300 cc, output urin: 1600 cc, IWL: 690cc. hasil balance cairan 24 jam = (+)110cc

**Pelaksanaan keperawatan hari ke: 3**

**Sabtu, 08 Mei 2021**

**Pukul 08.00 WIB** memonitor tanda-tanda vital: TD, frekuensi N, dan suhu hasil TTV: TD: 125/82 mmHg, N: 88x/menit, S: 36.5°C. **Pukul 09.30 WIB** memonitor hasil pemeriksaan laboratorium hemoglobin, hematokrit, trombosit hasil hemoglobin: 9.5 g/dL (11.7-15.5), hematokrit: 31/ul (37-43 vol %), Trombosit 122,000/ul (150,000-450,000/ul) (pukul 07.00). **Pukul 10.30 WIB** memonitor kelembaban mukosa bibir dan turgor kulit hasil mukosa bibir tampak lembab, turgor kulit elastis, akral teraba hangat, nadi teraba kuat, CRT 3 detik. **Pukul 11.00 WIB** mengawasi pemberian cairan infus RA 500cc/12 jam dengan 14 tpm hasil aliran infus lancar dengan jumlah tetesan 14 tpm. **Pukul 14.00 WIB** mencatat intake – output dari pukul 06.00= infus 330cc, pasien mengatakan minum 600cc, output urin: 600cc.

**Pukul 15.00 WIB** perawat ruangan memonitor tanda-tanda vital: TD, frekuensi N, dan suhu hasil TD 115/75, N: 88x/menit, S: 36.8°C. **Pukul 16.30 WIB** memonitor kelembaban mukosa bibir dan turgor kulit hasil mukosa bibir tampak lembab, turgor kulit elastis, akral teraba hangat, nadi teraba kuat, CRT 3 detik. **Pukul 18.00 WIB** mengawasi pemberian cairan infus RA 500 cc/12 jam dengan 14 tpm hasil aliran infus lancar dengan jumlah tetesan 14 tpm. **Pukul 21.00 WIB** mencatat intake – output dari pukul 14.00 = infus 340 cc, pasien mengatakan minum 500 cc, output urin: 600 cc.

**Pukul 22.00 WIB** perawat ruangan memonitor tanda-tanda vital: TD, frekuensi N, dan suhu hasil TTV: TD: 120/85 mmHg, N: 86x/menit, S: 36.9°C. **Pukul 23.00 WIB** mengawasi pemberian cairan infus RA 500 cc/12 jam dengan 14 tpm hasil aliran infus lancar dengan jumlah tetesan 14 tpm. **Pukul 02.00 WIB** memonitor kelembaban mukosa bibir dan turgor kulit hasil mukosa bibir tampak lembab, turgor kulit elastis, akral teraba hangat, nadi teraba kuat, CRT 3 detik. **Pukul 06.00 WIB** mencatat intake – output 24 jam hasil infus 1050 cc,

pasien mengatakan minum 1400 cc, output urin: 1600 cc, IWL: 690cc.  
hasil balance cairan 24 jam = (+)160cc

**2. Resiko gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Intake nutrisi yang tidak adekuat akibat mual**

**Pelaksanaan keperawatan hari ke: 1**

**Kamis, 06 Mei 2021**

**Pukul 07.00 WIB** perawat ruangan memberikan terapi obat vomceran 2 ml (IV), imboost 1x15 tab (oral) dan rillus 1 tab (oral) dengan hasil obat berhasil diberikan **Pukul 08.00 WIB** menimbang berat badan sebelum sarapan pagi dan mengukur nilai IMT setiap kali melakukan penimbangan berat badan hasil berat badan 69 kg turun dari 71 Kg, IMT:  $69\text{kg} \div 1,75^2\text{cm} = 22,53 \text{ kg/m}^2$  (Normal). **Pukul 09.00 WIB** memonitor hasil pemeriksaan laboratorium hemoglobin dan hematokrit hasil Hemoglobin: 11.3 g/dl (11.7-15.5 g/dl), hematokrit: 36\*/ul (37-43 vol %) (pukul 07.00). **Pukul 10.30 WIB** memonitor keluhan mual, muntah dan memonitor asupan makanan pasien hasil pasien mengatakan masih mual tetapi tidak ada muntah, pasien mengatakan menghabiskan makan ½ porsi. **Pukul 11.30 WIB** Memonitor konjungtiva hasil konjungtiva anemis. **Pukul 11.45 WIB** memberikan diet lunak TKTP 1.700 kal sesuai dengan program medis. **Pukul 12.00 WIB** memberikan terapi obat vomceran 2ml (IV) hasil obat berhasil diberikan. **Pukul 14.00 WIB** menjurkan pasien makan sedikit tapi sering setiap kali makan hasil pasien mengatakan akan mengonsumsi makanan sedikit tapi sering. **Pukul 15.00 WIB** perawat ruangan memonitor asupan makanan pasien hasil pasien mengatakan menghabiskan makan ½ porsi. **Pukul 16.00 WIB** Memonitor konjungtiva hasil konjungtiva anemis **WIB Pukul 18.00 WIB** memberikan terapi obat vomceran 2ml (IV) hasil

obat berhasil diberikan. **Pukul 19.00 WIB** memonitor keluhan mual dan muntah pasien mengatakan masih mual tetapi tidak ada muntah.

**Pukul 01.00 WIB** perawat ruangan memonitor keluhan mual dan muntah pasien mengatakan masih mual tetapi tidak ada muntah.

**Pukul 05.00 WIB** Memonitor konjungtiva hasil konjungtiva anemis, **WIB Pukul 06.00 WIB** memberikan terapi obat vomceran 2ml (IV), imboost 1x15 tab, dan rillus 1 tab hasil obat berhasil diberikan.

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

**Jum'at, 07 Mei 2021**

**Pukul 09.30 WIB** memonitor hasil pemeriksaan laboratorium hemoglobin dan hematokrit hasil Hemoglobin: 9.0 g/dl, (11.7-15.5 g/dl) (pukul 07.00), hematokrit: 29/ul (37-43 vol %). **Pukul 10.30**

**WIB** memonitor keluhan mual, muntah dan memonitor asupan makanan pasien hasil pasien mengatakan mual sudah tidak ada, pasien mengatakan menghabiskan makan ½ porsi. **Pukul 11.00 WIB** Memonitor konjungtiva hasil konjungtiva anemis. **Pukul 12.00 WIB** memberikan terapi obat vomceran 2ml (IV) hasil obat berhasil diberikan.

**Pukul 15.00 WIB** perawat ruangan memonitor asupan makanan pasien hasil pasien mengatakan menghabiskan makan 1 porsi. **Pukul**

**16.00 WIB** Memonitor konjungtiva hasil konjungtiva anemis **WIB**

**Pukul 18.00 WIB** memberikan terapi obat vomceran 2ml (IV) hasil obat berhasil diberikan. **Pukul 20.00 WIB** memonitor keluhan mual dan muntah pasien mengatakan mual sudah berkurang.

**Pukul 22.00 WIB** perawat ruangan memonitor keluhan mual dan muntah pasien mengatakan masih mual tetapi tidak ada muntah.

**Pukul 01.00 WIB** Memonitor konjungtiva hasil konjungtiva anemis, **WIB Pukul 06.00 WIB** memberikan terapi obat vomceran 2ml (IV), imboost 1x15 tab, dan rillus 1 tab hasil obat berhasil diberikan.

### **Pelaksanaan keperawatan hari ke: 3**

**Sabtu, 08 Mei 2021**

**Pukul 08.00 WIB** menimbang berat badan sebelum sarapan pagi dan mengukur nilai IMT setiap kali melakukan penimbangan berat badan hasil berat badan 69.5 kg naik dari 69 Kg, IMT:  $69\text{kg} \div 1,75^2\text{cm} = 22.69 \text{ kg/m}^2$  (Normal). **Pukul 09.30 WIB** memonitor hasil pemeriksaan laboratorium hemoglobin dan hematokrit hasil Hemoglobin: 9.5 g/dl, hematokrit: 31/ul (37-43 vol %), (11.7-15.5 g/dl) (pukul 07.00). **Pukul 10.30 WIB** memonitor keluhan mual, muntah dan memonitor asupan makanan pasien hasil pasien mengatakan mual sudah berkurang tidak ada muntah, pasien mengatakan menghabiskan makan 1 porsi. **Pukul 11.00 WIB** Memonitor konjungtiva hasil konjungtiva anemis **Pukul 12.00 WIB** memberikan terapi obat vomceran 2ml (IV) hasil obat berhasil diberikan.

**Pukul 15.00 WIB** perawat ruangan memonitor asupan makanan pasien hasil pasien mengatakan menghabiskan makan 1 porsi. **Pukul 16.30 WIB** Memonitor konjungtiva hasil konjungtiva anemis **WIB Pukul 18.00 WIB** memberikan terapi obat vomceran 2ml (IV) hasil obat berhasil diberikan. **Pukul 20.00 WIB** memonitor keluhan mual dan muntah pasien mengatakan mual sudah tidak terasa.

**Pukul 22.00 WIB** perawat ruangan memonitor keluhan mual dan muntah pasien mengatakan mual sudah tidak ada. **Pukul 05.00 WIB** Memonitor konjungtiva hasil konjungtiva anemis, **WIB Pukul 06.00 WIB** memberikan terapi obat vomceran 2ml (IV), imboost 1x15 tab, dan rillus 1 tab hasil obat berhasil diberikan.

**Pelaksanaan keperawatan hari ke: 1****Kamis, 06 Mei 2021**

**Pukul 07.00 WIB** memberikan terapi obat pranza 40 mg (IV) dan hepamax 1x1 cap hasil obat berhasil diberikan. **Pukul 10.30 WIB** Memonitor tanda-tanda vital: TD, frekuensi N hasil TD: 120/70

mmHg, N: 87x/menit. **Pukul 11.00 WIB** melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi hasil pasien mengatakan nyeri pada abdomen, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri muncul hilang timbul saat pasien bergerak tiba-tiba dengan skala nyeri 4 **Pukul 11.30 WIB** mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan setiap nyeri timbul hasil pasien tampak meringis dan memegang perutnya, **Pukul 13.00 WIB** mengatur posisi yang nyaman sesuai keinginan pasien dan mengevaluasi hasil pemberian obat hasil pasien mengatakan lebih nyaman jika bagian kepala di tinggikan, pasien mengatakan nyeri berkurang setelah minum obat dengan skala 2, **Pukul 13.30 WIB** mengajarkan dan menganjurkan pasien untuk melakukan tehnik relaksasi nafas dalam setiap kali nyeri timbul pasien mengatakan setelah dilakukan relaksasi nafas dalam merasa lebih tenang.

**Pukul 15.00 WIB** perawat ruangan memonitor tanda-tanda vital: TD, frekuensi N hasil TD 120/80, N: 90x/menit. **Pukul 16.30 WIB** melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi hasil pasien mengatakan nyeri pada abdomen, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri muncul hilang timbul saat pasien bergerak tiba-tiba dengan skala nyeri 4 **Pukul 17.30 WIB** mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan setiap nyeri timbul hasil pasien tampak meringis dan memegang perutnya, **Pukul 18.00 WIB** memberikan terapi obat hepamax (oral) hasil obat berhasil diberikan. **Pukul 21.00 WIB** mengatur posisi yang nyaman sesuai keinginan pasien dan mengevaluasi hasil pemberian obat hasil pasien mengatakan lebih nyaman jika bagian kepala di tinggikan, pasien mengatakan nyeri berkurang setelah minum obat dengan skala 2.

**Pukul 22.00 WIB** perawat ruangan memonitor TTV: TD: 120/78 mmHg, N: 80x/menit **Pukul 01.00 WIB** melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi hasil pasien mengatakan nyeri pada

abdomen, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri muncul hilang timbul saat pasien bergerak tiba-tiba dengan skala nyeri 4 **Pukul 02.00 WIB** mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan setiap nyeri timbul hasil pasien tampak meringis dan memegang perutnya. **Pukul 04.00 WIB** mengatur posisi yang nyaman sesuai keinginan pasien dan mengevaluasi hasil pemberian obat hasil pasien mengatakan lebih nyaman jika bagian kepala di tinggikan. **Pukul 06.00 WIB** perawat ruangan memberikan terapi obat pranza 1x 40mg (IV) dan heparin 1x1 cap (oral) dengan hasil obat berhasil diberikan.

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

**Jum'at, 07 Mei 2021**

**Pukul 08.00 WIB** Memonitor tanda-tanda vital: TD, frekuensi N hasil TD: 105/68 mmHg, N: 88x/menit. **Pukul 10.30 WIB** melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi hasil pasien mengatakan nyeri pada abdomen, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri muncul hilang timbul saat pasien bergerak tiba-tiba dengan skala nyeri 3 **Pukul 11.00 WIB** mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan setiap nyeri timbul hasil pasien tampak meringis dan memegang perutnya. **Pukul 13.30 WIB** mengatur posisi yang nyaman sesuai keinginan pasien dan mengevaluasi hasil pemberian obat hasil pasien mengatakan lebih nyaman jika bagian kepala di tinggikan

**Pukul 15.00 WIB** perawat ruangan memonitor tanda-tanda vital: TD, frekuensi N hasil TD 110/80, N: 80x/menit. **Pukul 16.00 WIB** melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi hasil pasien mengatakan nyeri pada abdomen, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri muncul hilang timbul saat pasien bergerak tiba-tiba dengan skala

nyeri 3 **Pukul 17.00 WIB** mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan setiap nyeri timbul hasil pasien tampak meringis dan memegang perutnya, **Pukul 18.00 WIB** memberikan terapi obat pranza 40 mg (IV) dan hepamax 1x1 cap (oral) hasil obat berhasil diberikan. **Pukul 20.00 WIB** mengatur posisi yang nyaman sesuai keinginan pasien dan mengevaluasi hasil pemberian obat hasil pasien mengatakan lebih nyaman jika bagian kepala di tinggikan, pasien mengatakan nyeri berkurang setelah minum obat dengan skala 2.

**Pukul 22.00 WIB** perawat ruangan memonitor TTV: TD: 120/70 mmHg, N: 76x/menit **Pukul 23.00 WIB** melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi hasil pasien mengatakan nyeri pada abdomen, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri muncul hilang timbul saat pasien bergerak tiba-tiba pasien mengatakan nyeri berkurang dengan skala 3 **Pukul 01.00 WIB** mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan setiap nyeri timbul hasil pasien tampak meringis dan memegang perutnya. **Pukul 04.00 WIB** mengatur posisi yang nyaman sesuai keinginan pasien dan mengevaluasi hasil pemberian obat hasil pasien mengatakan lebih nyaman jika bagian kepala di tinggikan **Pukul 07.00 WIB** perawat ruangan memberikan terapi obat pranza 1x 40mg (IV) dan hepamax 1x1 cap (oral) dengan hasil obat berhasil diberikan.

### **Pelaksanaan keperawatan hari ke: 3**

**Sabtu, 08 Mei 2021**

**Pukul 08.00 WIB** Memonitor tanda-tanda vital: TD, frekuensi N hasil TTV: TD: 125/82 mmHg, N: 88x/menit. **Pukul 10.30 WIB** melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi,

karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi hasil pasien mengatakan nyeri pada abdomen sudah tidak terasa. **Pukul 11.00 WIB** mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan setiap nyeri timbul hasil pasien tampak tidak merasakan nyeri. **Pukul 13.30 WIB** mengatur posisi yang nyaman sesuai keinginan pasien dan mengevaluasi hasil pemberian obat hasil pasien mengatakan lebih nyaman jika bagian kepala di tinggikan, pasien mengatakan nyeri nyeri sudah tidak terasa.

**Pukul 15.00 WIB** perawat ruangan memonitor tanda-tanda vital: TD, frekuensi N hasil TD 115/75, N: 88x/menit. **Pukul 16.30 WIB** melakukan pengkajian nyeri secara kompeherensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi hasil pasien mengatakan nyeri sudah tidak terasa **Pukul 17.00 WIB** mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan setiap nyeri timbul hasil pasien tampak meringis dan memegang perutnya, **Pukul 18.00 WIB** memberikan terapi obat pranza 40 mg (IV) dan hepamax 1x1 cap (oral) hasil obat berhasil diberikan. **Pukul 21.00 WIB** mengatur posisi yang nyaman sesuai keinginan pasien dan mengevaluasi hasil pemberian obat hasil pasien mengatakan lebih nyaman jika bagian kepala di tinggikan.

**Pukul 22.00 WIB** perawat ruangan memonitor TTV: TD: 120/85 mmHg, N: 86x/menit **Pukul 23.00 WIB** melakukan pengkajian nyeri secara kompeherensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi hasil pasien mengatakan nyeri pada abdomen sudah tidak terasa **Pukul 02.00 WIB** mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan setiap nyeri timbul hasil pasien tampak tidak merasakan nyeri, pasien tampak nyaman. **Pukul 04.00 WIB** mengatur posisi yang nyaman sesuai keinginan pasien dan mengevaluasi hasil pemberian obat hasil pasien mengatakan lebih nyaman jika bagian kepala di tinggikan **Pukul 06.00 WIB** perawat ruangan memberikan terapi obat pranza 1x 40mg (IV) dan hepamax 1x1 cap (oral) dengan hasil obat berhasil diberikan.

## E. Evaluasi Keperawatan

### 1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan pindahannya cairan intravaskuler ke ekstrasvaskuler

#### Evaluasi keperawatan Jum'at, 07 Mei 2021 pukul 06.00 WIB

**Subjektif:** Pasien mengatakan menghabiskan air minum 1200 ml (2 botol).

**Objektif:** Hemoglobin: 11.3 g/dl (11.7-15.5 g/dl), hematokrit: 36\*/ul (37-43 vol %), Trombosit 47,000/ul (150,000-450,000/ul) (pukul 07.00). TTV: TD: 120/70 mmHg, N: 87x/menit, S: 36.8°C. Mukosa bibir tampak kering, turgor kulit tidak elastis, akral teraba hangat, N teraba kuat, CRT 2 detik. Aliran infus lancar dengan jumlah tetesan 14. intake – output 24 jam hasil infus 1000 cc, minum 1200 cc, output urin: 1600 cc, IWL: 710cc. hasil balance cairan 24 jam = (-)110cc

**Analisa:** Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

**Planning:** Lanjutkan semua intervensi.

#### Evaluasi keperawatan Sabtu, 08 Mei 2021 pukul 06.00 WIB

**Subjektif:** Pasien mengatakan menghabiskan air minum 1300 ml (2 botol lebih).

**Objektif:** TD: 105/68 mmHg, N: 88x/menit, S: 36.5°C. Hemoglobin: 9.0 g/dL (11.7-15.5), hematokrit: 29/ul (37-43 vol %), Trombosit 56,000/ul (150,000-450,000/ul) (pukul 07.00). mukosa bibir tampak lembab, turgor kulit elastis, akral teraba hangat, N teraba kuat, CRT 3 detik. aliran infus lancar dengan jumlah tetesan 14 tpm. Intake – output 24 jam hasil infus 1100 cc, pasien mengatakan minum 1300 cc,

output urin: 1600 cc, IWL: 690cc. hasil balance cairan 24 jam = (+)110cc.

**Analisa:** Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

**Planning:** Lanjutkan semua intervensi.

### **Evaluasi keperawatan Minggu, 09 Mei 2021 pukul 06.00 WIB**

**Subjektif:** Pasien mengatakan menghabiskan air minum 1400 cc (2 botol lebih).

**Objektif:** TTV: TD: 125/82 mmHg, N: 88x/menit, S: 36.5°C, hemoglobin: 9.5 g/dL (11.7-15.5, hematokrit: 31/ul (37-43 vol %), Trombosit 122,000/ul (150,000-450,000/ul) (pukul 07.00), mukosa bibir tampak lembab, turgor kulit elastis, akral teraba hangat, N teraba kuat, CRT 3 detik. Aliran infus lancar dengan jumlah tetesan 14 tpm. intake – output 24 jam hasil infus 1050 cc, pasien mengatakan minum 1400 cc, output urin: 1600 cc, IWL: 690cc. hasil balance cairan 24 jam = (+)160cc

**Analisa:** Masalah teratasi, tujuan tercapai.

**Planning:** Lanjutkan intervensi oleh perawat ruangan.

## **2. Resiko gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Intake nutrisi yang tidak adekuat akibat mual**

### **Evaluasi keperawatan Jum'at, 07 Mei 2021 pukul 06.00 WIB**

**Subjektif:** Pasien mengatakan masih mual tetapi tidak muntah, pasien hanya menghabiskan ½ porsi makan, pasien mengatakan akan mengonsumsi makanan sedikit tapi sering.

**Objektif:** Berat badan 69 kg turun dari 71 Kg, IMT:  $69\text{kg} \div 1,75^2\text{cm} = 22,53 \text{ kg/m}^2$  (Normal).

Hemoglobin: 11.3 g/dl (11.7-15.5 g/dl), hematokrit: 36\*/ul (37-43 vol %) (pukul 07.00). konjungtiva anemis.

**Analisa:** Masalah tetap resiko, tujuan belum tercapai.

**Planing:** Lanjutkan intervensi a, b, c, d, h

#### **Evaluasi keperawatan Sabtu, 08 Mei 2021 pukul 06.00 WIB**

**Subjektif:** Pasien mengatakan mual sudah berkurang tidak ada muntah, pasien menghabiskan ½ porsi makan.

**Objektif:** Hemoglobin: 9.0 g/dl (11.7-15.5 g/dl), hematokrit: 29/ul (37-43 vol %) (pukul 07.00). konjungtiva anemis.

**Analisa:** Masalah tetap resiko, tujuan belum tercapai.

**Planing:** Lanjutkan intervensi a, b, c, d, f, g, h.

#### **Evaluasi keperawatan Minggu, 09 Mei 2021 pukul 06.00 WIB**

**Subjektif:** Pasien mengatakan mual sudah tidak ada, pasien menghabiskan 1 porsi makan.

**Objektif:** Berat badan 69.5 kg naik dari 69 Kg, IMT:  $69.5\text{kg} \div 1,75^2\text{cm} = 22.69 \text{ kg/m}^2$  (Normal). Hemoglobin: 9.5 g/dl (11.7-15.5 g/dl), hematokrit: 31/ul (37-43 vol %), (pukul 07.00). konjungtiva anemis.

**Analisa:** Masalah tetap resiko, tujuan belum tercapai.

**Planing:** Lanjutkan intervensi oleh perawat ruangan.

### **3. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (penekanan intra abdomen)**

**Evaluasi keperawatan Jum'at, 07 Mei 2021 pukul 06.00 WIB**

- Subjektif:** Pasien mengatakan nyeri pada abdomen, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri muncul hilang timbul saat pasien bergerak tiba-tiba dengan skala nyeri 4, pasien mengatakan lebih nyaman jika bagian kepala di tinggikan, pasien mengatakan nyeri berkurang setelah minum obat dengan skala 2, pasien mengatakan setelah dilakukan relaksasi nafas dalam merasa lebih tenang.
- Objektif:** TTV TD: 120/70 mmHg, N: 87x/menit, pasien tampak meringis dan memegang perutnya.
- Analisa:** Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai
- Planning:** Lanjutkan intervensi a, b, c, d, f.

**Evaluasi keperawatan Sabtu, 08 Mei 2021 pukul 06.00 WIB**

- Subjektif:** Pasien mengatakan nyeri pada abdomen, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri muncul hilang timbul saat pasien bergerak tiba-tiba dengan skala nyeri 3, pasien mengatakan lebih nyaman jika bagian kepala di tinggikan, pasien mengatakan nyeri berkurang setelah minum obat dengan skala 2
- Objektif:** TTV TD: 105/68 mmHg, N: 88x/menit, pasien tampak meringis dan memegang perutnya.
- Analisa:** Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai
- Planning:** Lanjutkan intervensi a, b, c, d, f.

**Evaluasi keperawatan Minggu, 09 Mei 2021 06.00 WIB**

- Subjektif:** Pasien mengatakan nyeri pada abdomen sudah tidak terasa, pasien mengatakan lebih nyaman jika bagian kepala di tinggikan, pasien mengatakan nyeri nyeri sudah tidak terasa
- Objektif:** TTV: TD: 125/82 mmHg, N: 88x/menit, pasien tampak tidak merasakan nyeri.
- Analisa:** Masalah teratasi, tujuan tercapai
- Planning:** Lanjutkan intervensi a, b, c, d, f oleh perawat ruangan

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

#### **A. Pengkajian keperawatan**

Menurut Nurarif & Kusuma (2015) tanda dan gejala yang disebutkan yaitu adanya muntah, gusi berdarah, mukosa tampak kering, diare yang bercampur darah, epiktasis, pernapasan dangkal, namun pada kasus tidak ditemukan tanda-tanda tersebut ditandai dengan tidak adanya muntah, gusi berdarah, mukosa tampak kering, diare yang bercampur darah, epiktasis, pernapasan dangkal. Hasil trombosit dalam rentan waspada yaitu 47000/ul (06 Mei 2021).

Menurut Susilaningrum et al. (2013) disebutkan adanya keluhan mual dan muntah, namun pada pasien hanya terdapat keluhan mual tidak disertai muntah dikarenakan pasien sudah mendapatkan terapi obat antiemetik yaitu pranza 3 x 400 mg (IV). Dalam teori dikatakan terdapat keluhan nyeri otot, saat dilakukan pemeriksaan fisik pada kasus keluhan nyeri otot sudah tidak ada, pasien hanya mengeluh nyeri pada abdomen dengan skala 4.

Menurut Susilaningrum et al. (2013) disebutkan 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 abdomen saja dengan skala 4. Menurut teori 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: 19x/menit.

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan menurut Widyanto & Triwibowo (2013) yaitu berupa pemeriksaan lab darah hematokrit dengan adanya peningkatan sebanyak >20% dan trombosit dengan adanya penurunan secara drastis, namun pada kasus hematokrit terjadi penurunan 36 vol% dengan nilai rujukan 37-43 vol%. Pada teori tidak disebutkan adanya penurunan hemoglobin, namun pada kasus ditemukan adanya penurunan hemoglobin 10.5g/dl (11,7-15,5 g/dl) namun saat dilakukan pemeriksaan pada pasien, tidak terdapat keluhan perdarahan secara spontan. Pada teori disebutkan adanya pemeriksaan serologi namun pada kasus tidak dilakukan pemeriksaan serologi.

Faktor pendukung dalam melakukan pengkajian keperawatan yaitu pasien Ny. I dan keluarga pasien yang kooperatif dan sangat terbuka mengenai keluhan yang dirasakan untuk dijadikan data-data yang dibutuhkan oleh penulis mengenai penyakit yang dialami oleh pasien agar dapat memberikan asuhan keperawatan. Faktor pendukung lainnya yaitu, adanya *medical record* dan juga pencatatan pendokumentasian dari perawat ruangan yang membantu penulis dalam mengumpulkan data yang dibutuhkan agar dapat memberikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan keadaan pasien.

Faktor penghambat dalam melakukan pengkajian yaitu penulis mengalami kesulitan dalam membaca tulisan dokter dan kurangnya data dari catatan perawat ruangan, sehingga penulis mengalami kesulitan dalam melengkapi data pengkajian pada pasien.

## B. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan pada pasien dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) menurut Nurarif & Kusuma (2015) namun tidak terdapat pada kasus yaitu:

1. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan jalan nafas terganggu akibat spasme otot-otot pernafasan, nyeri, dan hipoventilasi. Penulis tidak merumuskan diagnosa ini dikarenakan keluhan nyeri yang dirasakan pasien tidak mempengaruhi pola nafas pasien ditandai dengan tidak adanya keluhan berupa takipneu ataupun bradipneu, penggunaan otot bantu nafas, serta pernafasan melalui mulut. Hal tersebut dibuktikan data pada saat pengkajian yaitu RR: 19x/menit.
2. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi virus *dengue*. Pada kasus penulis tidak merumuskan diagnosa tersebut dikarenakan saat dilakukan pengkajian demam sudah tidak ada ditandai dengan hasil pengukuran suhu 36.8°C saat pasien memasuki hari perawatan ke empat. Menurut Garna (2012) pada hari ke empat merupakan fase akut pada pasien DHF ditandai dengan adanya naik dan turunnya suhu tubuh, namun terapi obat antipiretik diibiberikan jika dibutuhkan yaitu saat suhu tubuh meningkat.
3. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan kebocoran plasma darah. Penulis tidak merumuskan diagnosa tersebut dikarenakan pada pasien nilai CRT tidak lebih dari 3 detik, tidak ada penurunan frekuensi nadi, tidak adanya edema pada ekstremitas, dan warna kulit tidak pucat melainkan kemerahan. Hal tersebut dibuktikan data pada saat pengkajian yaitu n\adi pasien 89x/menit
4. Risiko syok (hipovolemik) berhubungan dengan perdarahan yang berlebihan, pindahnya cairan intravaskuler ke ekstrasvaskuler. Penulis tidak merumuskan diagnosa tersebut karena pada kasus tidak ditemukan adanya keluhan hipertensi, hipovolemi, serta hipoksia pada

pasien akibat adanya kebocoran plasma. Hal ini dibuktikan dengan hasil pemeriksaan TD 113/70 mmHg.

5. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi yang tidak adekuat akibat mual dan nafsu makan yang menurun penulis tidak merumuskan diagnosa tersebut karena pada kasus ditemukan data IMT pada pasien dalam batas normal dibuktikan dengan  $IMT: 69kg : 1,75^2cm = 22,53 kg/m^2$  (Normal)
6. Risiko perdarahan berhubungan dengan faktor-faktor pembekuan darah (trombositopeni). Pada kasus penulis tidak merumuskan diagnosa tersebut karena penatalaksanaan diagnosa ini sama dengan penatalaksanaan pada diagnose kekurangan volume cairan berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler dan pada pasien tidak terdapat hematuria, hematemesis, kehilangan darah yang terlihat, perdarahan pervaginam, tidak adanya distensi abdomen, tidak dilakukan pemberian tranfusi darah, dan juga penatalaksanaan pada resiko perdarahan sama dengan diagnosa kekurangan volume cairan berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler.

Adapun tiga diagnosa keperawatan yang penulis rumuskan dan sesuai dengan teori yaitu kekurangan volume cairan berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler, risiko ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi yang tidak adekuat akibat mual, nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (penekanan intra abdomen).

Urutan dalam penegakan diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas terdapat kesenjangan antara kasus dan teori. Menurut Nurarif & Kusuma (2015) disebutkan urutan diagnosa prioritas yaitu ketidak efektifan pola nafas berhubungan dengan jalan nafas terganggu akibat spasme otot-otot pernafasan, nyeri, dan hipoventilasi namun urutan penegakan diagnosa

berdasarkan prioritas pada kasus yaitu kekurangan volume cairan berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler.

Faktor pendukung penulis dalam melakukan pengkajian yaitu pasien dan keluarga kooperatif dan terbuka dalam memberikan informasi mengenai penyakit yang dialami oleh pasien saat ini serta tersedianya kelengkapan data pasien yang didapatkan dari rekam medis.

Faktor penghambat dalam penengakan diagnosa yaitu adanya perbedaan urutan diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas antara teori dan kasus yang ada.

### **C. Perencanaan keperawatan**

Penulis menetapkan diagnosa keperawatan prioritas pada kasus adalah kekurangan volume cairan berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler. Penulis mengangkat diagnosa prioritas kekurangan volume cairan berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler mengacu berdasarkan hirarki maslow yang kedua yaitu kebutuhan fisiologis, hal ini dibuktikan dengan adanya kandungan air dalam tubuh manusia sekitar 60-70% dari berat tubuh, cairan sangat penting bagi organ tubuh untuk dapat bekerja dengan baik. Oleh Karen itu penulis menetapkan diagnosa keperawatan ini mejadi diagnosa prioritas utama pada kasus. Menurut teori untuk penyusunan waktu dalam mencapai tujuan dari setiap intervensi tidak ada batasan waktu, namun pada kasus penulis menetapkan waktu selama 3x24 jam untuk mencapai intervensi pada diagnosa yang sudah ditegakan oleh penulis.

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

1. Kekurangan volume 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, berikan penggantian nesogatrik sesuai output, dorong keluarga untuk membantu pasien makan, tawarkan snack (jus buah/ buah segar), atur kemungkinan tranfusi, persiapan untuk tranfusi, dan *hypovolemia management*.
2. Risiko ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi yang tidak adekuat akibat mual. Perencanaan keperawatan yang tidak ada dalam teori tetapi ada pada kasus yaitu anjurkan makan sedikit tapi sering setiap kali makan, tindakan tersebut direncanakan untuk menghindari terjadinya mual pada pasien. Adapun perencanaan yang ada pada teori namun tidak dilakukan oleh penulis karena tidak ada indikasi untuk dilakukannya tindakan tersebut, yaitu: *nutrition management*, monitor jumlah dan aktifitas yang biasa dilakukan, monitor interaksi anak atau orang dewasa selama makan, monitor lingkungan selama makan, monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi. Monitor turgor kulit, monitor pertumbuhan dan perkembangan, catat adanya edema, hiperemik, hipertermi apabila lidah dan cavitas oral, catat jika lidah berwarna magenta, scarlet.
3. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (penekanan intra abdomen), perencanaan keperawatan yang ada pada teori tetapi tidak dilakukan oleh penulis yaitu: kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri, evaluasi pengalaman nyeri masa lampau, evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau, bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan, control lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan, kurangi faktor presipitasi nyeri, kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan

dan tindakan berhasil, monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri, dan analgesic administration, intervensi tersebut tidak dilakukan dikarenakan tidak adanya indikasi dilakukannya tindakan.

Faktor pendukung dalam menyusun intervensi adalah adanya referensi buku dalam pembuatan intervensi yang mempermudah penulis untuk menyusun intervensi sehingga dapat dilaksanakan dengan baik.

Faktor penghambat yang dialami oleh penulis adalah adanya ketidakmaksimalan pemberian tindakan keperawatan karena keterbatasan waktu penulis yang tidak dapat dilakukan selama 24 jam dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien, sehingga tidak semua intervensi dapat dilaksanakan dengan baik. Solusi yang seharusnya dilakukan oleh penulis adalah bekerjasama dengan perawat ruangan dan tim medis lainnya yang berdasar pada shift berikutnya.

#### **D. Pelaksanaan keperawatan**

Penulis melakukan implementasi keperawatan berdasarkan perencanaan keperawatan yang telah disusun sebelumnya sesuai dengan kondisi pasien baik dilakukan secara mandiri maupun kolaborasi dengan tenaga medis lainnya. Pelaksanaan dilakukan selama 3x24 jam dilaksanakan tanggal 06 Mei 2021 sampai dengan 08 Mei 2021. Pelaksanaan keperawatan dilakukan dengan baik dikarenakan pasien dan keluarga sangat kooperatif. Pelaksanaan berjalan dengan baik sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat oleh penulis.

Faktor pendukung penulis dalam melakukan implementasi keperawatan yaitu adanya bantuan perawat ruangan dan tim kesehatan lainnya yang telah mengizinkan untuk melakukan tindakan keperawatan sehingga dapat terlaksanakan sesuai dengan rencana yang sudah disusun, serta pasien kooperatif dalam memberikan asuhan keperawatan.

Faktor penghambat yang dialami penulis adalah kerangnya mendapatkan data dari pendokumentasian atau catatan perawat ruangan yang telah dilakukan selama 24 jam, namun pasien kooperatif sehingga penulis mendapatkan data yang tidak ditemukan dalam pendokumentasian catatan keperawatan.

#### **E. Evaluasi**

Evaluasi keperawatan penulis mengarah pada tujuan dan kriteria hasil yang telah dibuat berdasarkan diagnosa keperawatan.

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, masalah teratasi, tujuan tercapai ditandai dengan. TTV: TD: 125/82 mmHg, N: 88x/menit, hemoglobin: 9.5 g/dL (11.7-15.5, hematokrit: 31/ul (37-43 vol %), Trombosit 122,000/ul (150,000-450,000/ul) (pukul 07.00), mukosa bibir tampak lembab, turgor kulit elastis, akral teraba hangat, nadi teraba kuat, CRT 3 detik. Aliran infus lancar dengan jumlah tetesan 14 tpm, intake – output 24 jam hasil infus 1100 cc, pasien mengatakan minum 1300 cc, output urin: 1600 cc, IWL: 690cc. hasil balance cairan 24 jam = (+)110cc.
2. Evaluasi pada diagnosa resiko ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi yang tidak adekuat akibat mual setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam, ditandai dengan pasien mengatakan pasien mengatakan mual sudah tidak ada, pasien menghabiskan 1 porsi makan, berat

badan 69.5 kg naik dari 69 Kg, IMT:  $69.5 \text{ kg} \div 1,75^2 \text{cm} = 22,69 \text{ kg/m}^2$  (Normal). Hemoglobin: 9.5 g/dl (11.7-15.5 g/dl), hematokrit: 31/ul (37-43 vol %) (pukul 07.00), konjungtiva anemis. Masalah tetap resiko, tujuan tercapai tercapai.

3. Diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (penekanan intrabdomen) pada abdomen setelah dilakukan selama 3x24 jam Ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada abdomen sudah tidak terasa, pasien mengatakan lebih nyaman jika bagian kepala di tinggikan, pasien mengatakan nyeri nyeri sudah tidak terasa, TTV: TD: 125/82 mmHg, N: 88x/menit, pasien tampak tidak merasakan nyeri. Masalah teratasi, tujuan tercapai.

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

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

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Disimpulkan bahwa pada pengkajian keperawatan tanda dan gejala pada pasien dengan DHF yang ditemukan pada kasus sudah sebagian besar sama dengan teori yaitu berupa adanya peningkatan suhu tubuh, petechie, nyeri pada abdomen, dan peningkatan hasil hematokrit. Namun terdapat juga kesenjangan dari tanda gejala dan pemeriksaan diagnostik yang ada pada kasus dan teori, yaitu tanda-tanda perdarahan berupa ekimosis, hematoma, hematemesis, dan melena, tidak ditemukan pada kasus. Keluhan adanya muntah, nyeri otot juga tidak ditemukan pada kasus. Hal tersebut karena pasien sudah mendapatkan terapi obat untuk mengatasi keluhan tersebut.

Setelah dilakukan asuhan keperawatan 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.

Diagnosa keperawatan yang dapat diangkat pada pasien dengan DHF terdapat tiga diagnosa yaitu kekurangan volume cairan berhubungan dengan pindahnya cairan intravaskuler ke ekstrasvaskuler, resiko gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi yang tidak adekuat akibat mual, nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (penekanan intraabdomen). Diagnosa yang menjadi prioritas yaitu kekurangan volume cairan dikarenakan pasien mengalami perubahan nilai trombosit dan hematokrit.

Dalam perencanaan keperawatan ditemukan beberapa kesenjangan yaitu adanya perencanaan tambahan yang tidak ada pada teori dan tidak disusunnya perencanaan pada kasus namun terdapat pada teori. Hal ini dikarenakan tidak adanya indikasi untuk dilakukannya perencanaan tersebut.

Pelaksanaan keperawatan sudah berdasarkan dengan rencana tindakan keperawatan yang telah disusun berdasarkan dengan teori yang didapatkan. Oleh karena itu tidak terdapat kesenjangan pada rencana tindakan yang telah disusun dan sudah diimplementasikan oleh penulis dan dibantu oleh perawat ruangan pada shift selanjutnya.

Evaluasi didapatkan dari perbandingan antara kriteria evaluasi yang telah direncanakan dengan respon yang diberikan pasien selama dilakukan implementasi, evaluasi perlu diperhatikan antara respon pasien yang dengan kriteria hasil apakah sudah tercapai dan sesuai dengan kriteria hasil atau belum agar perawat dan tenaga medis lainnya dapat menentukan apakah intervensi tetap dilakukan, dimodifikasi, atau dihentikan.

Pada tahap evaluasi keperawatan dapat disimpulkan bahwa tidak semua diagnosa keperawatan dapat diselesaikan dalam waktu yang ditentukan. Adapun diagnosa keperawatan yang masalah tidak terjadi dan tujuan tercapai yaitu risiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi yang tidak adekuat akibat mual dan nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (penekanan intra abdomen) pada ulu hati. Sedangkan diagnosa keperawatan yang masalah tidak terjadi dengan tujuan tidak tercapai yaitu risiko perdarahan berhubungan dengan penurunan trombosit, dan diagnosa keperawatan yang masalah tidak teratasi dan tujuan tidak tercapai adalah kekurangan volume cairan berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler.

## **B. Saran**

### **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 dapat memudahkan pembaca dan tidak terjadi kesalah pahaman dalam melakukan asuhan keperawatan.

### **2. Bagi Institusi**

Penulis memberikan saran kepada institusi pendidikan khususnya pembuatan makalah ilmiah. Penulis mengharapkan bahwa institusi mampu untuk memberikan waktu yang lebih lama dalam pengambilan kasus dan mengerjakannya.

### **3. Bagi masyarakat**

Diharapkan masyarakat dapat mencegah terjadinya penyakit DHF agar tidak terjadi berulang dengan cara melakukan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dan juga melakukan tindakan menguras, menutup, dan mengubur (3M).

## DAFTAR PUSTAKA

- Ali, Z. (2016). *Dasar-Dasar Dokumentasi Keperawatan*. EGC.
- Desmawati. (2013). *SISTEM HEMATOLOGI & IMUNOLOGI* (D. Juliastuti (ed.)). In Media.
- Friandani, W. J. (2021). *Peran Perawat Di Masa Pandemi Covid-19*.  
<https://rs.uns.ac.id/peran-perawat-di-masa-pandemi-covid-19/>
- Garna, H. (2012). *BUKU AJAR DIVISI INFEKSI DAN PENYAKIT TROPIS*.  
Sagung Seto.
- Herdman, H. (2012). *Diagnosa Keperawatan : Definisi dan Klasifikasi 2012-2014*. EGC.
- Juni, S. D. B., & Jawa, D. I. (2019). *Data Trend Kasus Dbd Mulai Tahun 2017 Data Kematian Dbd Mulai Tahun 2017 S . D Bulan Juni 2019 Di Jawa Barat. 2017–2020*.  
<http://www.diskes.jabarprov.go.id/index.php/pages/detailparent/2019/320/Kasus-DBD-Mulai-Tahun-2017-SD-Bulan-Juni-2019-Di-Jawa-Barat>
- Kardiyudiani, N. ketut, & Susanti, B. A. D. (2019). *keperawatan medikal bedah 1* (Iintan Kusuma Dewi (ed.)). PT. PUSTAKA BARU.
- Kemenkes RI. (2017). *Pedoman Demam Berdarah Dengue Indonesia*. 12–38.
- Malini, H. (2020). *Perawat Garda Terdepan dalam Penanganan Covid-19; antara Profesionalisme dan Keselamatan Diri*.  
<https://fkep.unand.ac.id/en/informasi-berita/item/371-perawat-garda-terdepan-dalam-penanganan-covid-19-antara-profesionalisme-dan-keselamatan-diri>
- Marni. (2016). *Asuhan Keperawatan Anak pada Penyakit Tropis*. Jakarta: Erlangga.
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC 2*. medication.

- Sodikin, & Riyadi, S. (2012). *prinsip perawatan demam pada anak*. Pustaka Pelajar.
- Soedarto. (2012). *Demam Berdarah Dengue : Dengue Haemorrhagic fever*. Sagung Seto.
- Susilaningrum, Utami, rekawati sri, & Nursalam. (2013). *Asuhan keperawatan bayi dan anak : untuk Perawat dan Bidan (Ed.2)*. Salemba Medika.
- Widoyono. (2011). *Penyakit Tropis : Epidemiologi, Penularan, Pencegahan & Pemberantasannya* (2nd ed.). Erlangga.
- Widyanto, F. C., & Triwibowo, C. (2013). *Trend disease : trend penyakit saat ini* (A. Maftuhin (ed.)). Trans Info Media.
- Wijaya, A. S., & Putri, Y. M. (2013). *KMB 2 Keperawatan Medikal Bedah*. Nuha Medika.

## **LAMPIRAN**

Lampiran 1

**Patoflowdiagram *Dengue Haemorrhagic fever***

