

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. M.A DENGAN KASUS**  
**DEMAM BERDARAH DI RUANG PERAWATAN INAP**  
**RSUD KOTA MAKASSAR**



**DI SUSUN OLEH**  
**FILEMON YUWARYEMENUK**  
**C017201021**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**  
**FAKULTAS KEPERAWATAN**  
**UNIVERSITAS HASANUDDIN**  
**2023**

**HALAMAN PENGESAHAN**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. M.A DENGAN  
KASUS DEMAM BERDARAH DI RUANG PERAWAT  
INAP RSUD KOTA MAKASSAR**

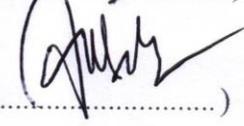
Disusun dan diajukan oleh :

**FILEMON YUWARYEMENUK**

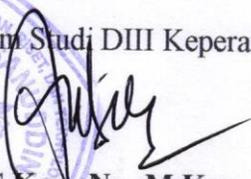
Karya Tulis Ilmiah ini telah di pertahankan di depan tim penguji sidang Program Studi DIII Keperawatan, Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin pada :

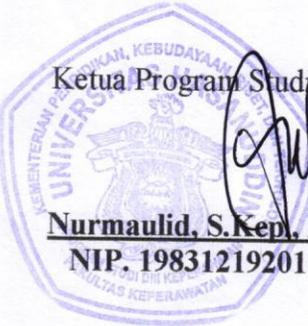
Hari/Tanggal : Kamis, 27 Juli 2023  
Waktu : 10.00-12.00 WITA  
Tempat : Ruang KP. 104 Fakultas Keperawatan

**Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah :**

1. Dr Suni Hariati, S.Kep., Ns., M.Kep (..........)
2. Dr Kadek Ayu Erika, S.Kep., Ns., M.Kes. (..........)
3. Syahrul Ningrat, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp. Kep.MB (..........)
4. Nurmaulid, S.Kep., Ns., M.Kep (..........)

Mengetahui

Ketua Program Studi DIII Keperawatan  
  
**Nurmaulid, S.Kep., Ns., M.Kep**  
**NIP. 1983121920101222004**



## HALAMAN PERSETUJUAN

Proposal Karya Tulis Ilmia, Disusun dan diajukan oleh

Nama Mahasiswa : FILEMON YUWARYEMENUK

Nim : C017201021

Program Studi : DIII Keperawatan

Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Pada An. M.A dengan Diagnosa Demam Berdarah di Rumah Sakit umum kota Makassar.

Karya Tulis Ilmia ini telah di periksa isi serta susunannya sehingga dapat diajukan dalam ujian Karya Tulis Ilmia Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.

Menyetujui

Pembimbing I



Dr Suni Harjanti, S.kep., Ns.,M,Kep

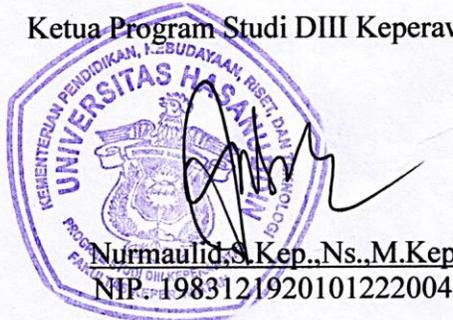
Pembimbing II



Dr Kadek Ayu Erika, S.Kp.,Ns.,M.Kes.

Menyetujui

Ketua Program Studi DIII Keperawatan



Nurmaulid, S. Kep., Ns., M. Kep  
NIP. 1983121920101222004

## HALAMAN PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini

NAMA : **Filemon Yuwaryemenuk**  
NIM : C017201021  
INSTITUSI : D.III Keperawatan Universitas Hasanuddin

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul *Asuhan Keperawatan Pada An. M.A Dengan Kasus Demam Berdarah di Ruang Rawat Inap RSUD Kota Makassar*, adalah benar-benar merupakan hasil kerja sendiri dan bukan merupakan pengambilan alih tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan studi kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 7 Agustus 2023

Yang Membuat Pernyataan,



**Filemon Yuwaryemenuk**

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

### A. Data Diri

Nama : Filemon Yuwaryemenuk  
Tempat Tanggal : Atsj 14/05/2000  
Jenis Kelamin : Laki-laki  
Suku/Bangsa : Asmat  
Agama : Katolik  
No Tlpn : 081355468564  
Email : yuwaryemenukfilemon@gmil.com  
Alamat : Wisma 2 unhas tamalandrea jaya

### B. Riwayat Pendidikan

1. Tahun 2013-2014 : SD YPPK SANTO PAULUS ATSJ
2. Tahun 2016-2017 : SMP N1 ATSJ
3. Tahun 2019-2020 : SMA N1 ATSJ

## ABSTRAK

Filemon Yuwaryemenuk Nim. C017201021Asuhan Keperawatan Pada Bapak R Dengan Penyakit DBD Demam (DBD) di Ruang Lamén Kelas 1 Di Kelurahan Bahteramas Kendari Rumah Sakit". Dosen Pembimbing I Ibu Hj. Nurjannah Pembimbing II Ibu Dali + VI + 76 + 4 + 1 + 5. Demam berdarah dengue adalah penyakit yang disebabkan oleh virus dengue (arbovirus). Kematian karena DBD dikategorikan tinggi jika CFR > 2%, peningkatan kasus yang signifikan dari tahun ke tahun harus diperhatikan dengan seksama. Rumusan Masalah: bagaimana melakukan keperawatan merawat Bapak R yang sedang menderita Demam Berdarah Dengue. Tujuan Mampu menerapkan asuhan keperawatan kepada Tn. R dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang komprehensif. Metode: Penelitian dilakukan dengan menggunakan metode studi kasus dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan klien dan keluarga yang meliputi pengkajian, analisis data, penerapan keperawatan diagnosis dan penyusunan rencana tindakan dan evaluasi asuhan keperawatan. Diagnosa: Hipertermia yang berhubungan dengan infeksi virus dengue dan nyeri akut yang berhubungan dengan agen cedera biologis (tekanan intra-abdominal), nyeri, ekspresi wajah rileks dan tanda-tanda vital yang terbatas normal pada Tn. R telah teratasi dengan memberikan intervensi kepada memantau suhu tubuh dan manajemen nyeri. Kesimpulan: Berdasarkan studi dilakukan dalam studi kasus ini, data objektif yang diperoleh klien tidak meringis, yaitu hasil tanda vital sudah membaik dan data subyektif klien mengatakan nyeri sedang dikurangi dengan skala 2.

Kata kunci: Asuhan Keperawatan dengan DBD Hipertermia.

## KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan segala puji dan syukur kehadirat Tuhan yang maha Esa, senantiasa melimpahkan rahmat serta hidayah-nya kepada saya sehingga saya dapat menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah Dengan judul : *“Asuhan Keperawatan pada An. M.A Dengan Doagnosa : Demam Berdarah di Puskesmas Ruma Sakit Umum kota Makassar”*.

Karya tulis ilmiah ini telah membantu penulis untuk belajar menerapkan asuhan keperawatan melalui pendekatan ilmiah pada setiap tahap proses keperawatan. Penulis menyadari masih banyak terdapat kekurangan mulai dari pengambilan kasus sampai pendokumentasiannya, namun berkat usaha, bantuan dan motivasi dari semua pihak sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada :

1. Prof. Dr. Jamaluddin Jompa. M.Sc, Rektor Universitas Hasanuddin Sebagai selaku Direktur Universitas Hasanuddin
2. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Si, Selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.
3. Elisa Kambu, S. Sos selaku Bupati Pemerintah Daerah Kabupaten Asmat.
4. Syahrul Said, S.Kep.,Ns.,M.Kes.,Ph.D, selaku Wakil Dekan Bidang Akademik, Riset dan Inovasi Fakultas Keperawatan.
5. Dr. Erfina, S.Kep.,Ns.,M.Kep, selaku Wakil Dekan Bidang Perencanaan, Keuangan dan Sumber Daya Fakultas Keperawatan.
6. Dr. Takdir Tahir, S.Kep.,Ns.,M.Kes, selaku Wakil Dekan Bidang Kemahasiswaa, Alumni dan Kemitraan Fakultas Keperawatan
7. Dr. Suni Hariati, S.Kep.,Ns.,M.Kep, selaku Ketua Gugus Penjaminan Mutu Fakultas Keperawatan.
8. Nurmaulid, S.Kep.,Ns.,M.Kep, selaku Ketua Program Studi D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan.
9. Dr Suni Harianti, S.kep., Ns.,M,Kep, selaku pembimbing I
10. Dr Kadek Ayu Erika, S.Kp.,Ns.,M.Kes, selaku pembimbing II
11. Syahrul Ningrat S,Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.,MB, selaku penguji III
12. Nurmaulid,S.Kep.,Ns.,M.Kep, selaku penguji VI
13. dr. Juneidi selaku pengelola Program Studi DIII Keperawatan
14. An. M.A sebagai klien
- 15.

Rekan rekan mahasiswa yang telah banyak memberikan dorongan moril dan berbagai bantuan sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa penyusunan karya tulis ilmiah masih jauh dari

kesempunaan, untuk itu penulis mengharapkan saran dari semua pihak terkait untuk kesempunaan penulisan karya tulis ilmiah yang akan datang

Terimah kasih untuk Pembimbing I dan Pembimbing II atas bimbingan, pengarahan, saran dan nasehatnya. Terima kasih juga untuk kesabarannya dalam membimbing saya selama ini.

Makassar,..... /juli 2023

Filemon Yuwaryemnu

C017201021

## DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING .....	ii
HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI .....	iii
KEASLIAN PENELITIAN .....	iv
RIWAYAT HIDUP .....	v
ABSTRAK.....	vi
HALAMAN MOTTO.....	vii
KATA PENGANTAR .....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan Penulisan .....	4
C. Manfaat Penulisan .....	5
D. Metode Penelitian.....	6
E. Sistematika Penulisan .....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Definisi Demam Berdarah Dengue (DBD) .....	9
1. Etiologi .....	10
2. Patofisiologi.....	10
3. Manifestasi Klinik .....	10
4. Pemeriksaan Penunjang.....	14
5. Komplikasi .....	16

6. Penatalaksanaan.....	17
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Pada Pasien DHF .....	20
1. Pengkajian Keperawatan .....	20
2. Diagnosa Keperawatan.....	23
3. Intervensi Keperawatan .....	24
4. Implementasi Keperawatan .....	33
5. Evaluasi Keperawatan .....	33
C. Siklus Demam Berdarah.....	34
D. Fase Trombosit.....	36
<b>BAB III LAPORAN KASUS</b>	
A. Pengkajian .....	38
B. Data Fokus .....	57
C. Analisa Data .....	58
D. Intervensi Keperawatan.....	59
E. Implementasi Keperawatan .....	61
<b>BAB IV PEMBAHASAN</b>	
A. Pengkajian .....	67
B. Diagnosa Keperawatan.....	68
C. Intervensi Keperawatan .....	71
D. Implementasi Keperawatan .....	71
E. Evaluasi Keperawatan .....	74
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
A. Kesimpulan.....	76
B. Saran .....	77
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR GAMBAR

2.1 Patway.....	34
3.1 Genogram .....	34

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Data Fokus .....	38
Tabel 3.2 Analisa Data.....	39
Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan .....	43
Tabel 3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan... ..	46

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan masalah kesehatan masyarakat, karena dapat menimbulkan kematian dalam waktu singkat dan sering menimbulkan wabah. Upaya penanggulangan DBD perlu ditingkatkan, mengingat daerah penyebarannya saat ini terus bertambah luas dan kejadian luar biasa masih sering terjadi (Ariani, A.P. 2013).

Penyebaran DBD sangat mudah dan dapat menjadi wabah di suatu lingkungan tertentu. Demam berdarah dengue tersebar di wilayah Asia tenggara, Pasifik barat dan Karibia. Indonesia merupakan wilayah endemis dengan sebaran diseluruh wilayah tanah air. Insiden DBD di Indonesia antara 6 hingga 15 per 100.000 penduduk. Penularan infeksi virus dengue terjadi melalui vector nyamuk genus *Aedes*. Peningkatan kasus tiap tahunnya berkaitan dengan sanitasi lingkungan dan tempat perindukan bagi nyamuk betina yaitu di bejana yang berisi air jernih. (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Penyakit DBD menunjukkan fluktuasi musiman, biasanya meningkat pada musim penghujan atau beberapa minggu setelah hujan. Pada awalnya kasus DBD memperlihatkan siklus lima tahun sekali sehingga mengalami perubahan menjadi tiga tahun, dua tahun dan akhirnya setiap tahun diikuti dengan adanya kecenderungan peningkatan infeksi virus dengue pada bulan-bulan tertentu. Hal ini terjadi, kemungkinan disebabkan oleh mobilitas penduduk yang tinggi, perkembangan wilayah perkotaan, perubahan iklim, perubahan kepadatan dan distribusi penduduk serta faktor epidemiologi lainnya yang masih memerlukan penelitian lebih lanjut (Buletin Penelitian Kesehatan, Vol. 45, No. 3, September 2017: 161 – 168)

*WHO (World Health Organization)* pada tahun 2016 memperkirakan populasi di dunia diperkirakan resiko terhadap penyakit DBD mencapai 2,5-3 miliar terutama yang tinggal di daerah perkotaan di negara tropis dan subtropis. Saat ini diperkirakan ada 50 juta infeksi dengue yang terjadi di seluruh dunia setiap tahun. diperkirakan untuk Asia Tenggara terdapat 100 juta kasus Demam Den

gue (DD) dan 500.000 kasus DHF (*Dengue Hemoragie Fever*) yang memerlukan perawatan dirumah sakit, dan 90% penderitanya adalah Balita yang berusia kurang dari 5 tahun dan jumlah kematian oleh penyakit DHF mencapai 5% dengan perkiraan 25.000 kematian setiap tahunnya (Wowor, R. 2014).

Di Indonesia DBD menyebar semakin meningkat dan perjalanan penyakitnya cepat yang berpotensi menimbulkan kematian dalam waktu sigkat, meskipun angka kematiannya dapat di tekan di bawah 1%. Penyakit DBD masuk dalam urutan kedua dari 10 besar penyakit yang di rawat inap di Rumah Sakit. Pada tahun 2015 di Indonesia terjadi 126.675 kasus DBD dengan jumlah kematian sebanyak 1.229 orang. Kasus tersebut meningkat secara signifikan pada tahun 2016 yang mencapai 204.171 kasus dengan jumlah kematian sebanyak 1.598 orang (Kemenkes RI, 2014).

Tahun 2016 merupakan tahun dengan kasus DBD tertinggi di Sulawesi Tenggara dalam beberapa tahun terakhir, jumlah penderita DBD di dilaporkan sebanyak 3.433 kasus, dengan Incidence Rate/Angka Kesakitan mencapai 132,5 per 100.000 penduduk. Tahun 2017 jumlah kasus yang dilaporkan turun secara signifikan menjadi 941 kasus dengan Angka Kesakitan kembali pada kondisi rata-rata yang berkisar pada angka 35,7/100.000 pada penduduk. Tahun 2018 kembali meningkat dengan jumlah 655 kasus dan tahun 2019 mencapai 1.493 kasus.(Data Dinkes Sultra, 2019).

Penularan DBD telah menyebar pada hampir seluruh kabupaten/kota di Sulawesi Tenggara, 6 kabupaten/kota dengan jumlah kasus yang relatif sangat tinggi adalah Kota Kendari (450), Kabupaten Kolaka (250), Kota Baubau (160), Kabupaten Kolaka Utara (149), Kabupaten Konawe Selatan (135) dan Kabupaten Muna (87). Pada semua kabupaten/kota tersebut telah ditetapkan sebagai daerah KLB DBD. Angka kematian akibat DBD yang dilaporkan sebanyak 8 orang dari total 1,510 kasus DBD, jumlah tersebut berasal dari 6 kabupaten/kota. Kasus kematian tertinggi dilaporkan oleh Kota Kendari (2), Kota Baubau (2), Kabupaten Muna (1), Kabupaten Konawe (1), Kabupaten Kolaka (1), dan Kabupaten Konawe Selatan (1) masing-masing dengan 1 dan 2 kasus. Kematian akibat

DBD dikategorikan tinggi jika CFR > 2 %, peningkatan kasus yang signifikan dari tahun ke tahun harus terus diwaspadai. (Profil Kesehatan Sultra, 2019).

Berdasarkan data penderita demam berdarah dengue (DBD) yang diperoleh dari medical record rumah sakit umum daerah bahteramas sulawesi tenggara angka kejadian demam berdarah dengue cukup tinggi di antara penyakit yang bersumber dari binatang. Dari tahun 2017 sebanyak 223 kasus, tahun 2018 Angka penemuan kasus demam berdarah dengue meningkat menjadi 325 kasus pada tahun 2019 menjadi 471 kasus. Dan pada bulan Januari sampai dengan Maret tahun 2020 tercatat 83 Orang penderita demam berdarah dengue (DBD). (Data Rekam Medik RSUD Bahteramas 2020).

Untuk itu diperlukan upaya yang lebih serius dalam hal peningkatan kualitas lingkungan, kualitas pelayanan kesehatan dan peningkatan kualitas SDM di rumah sakit dan puskesmas (dokter, perawat, dll) termasuk peningkatan sarana penunjang diagnostik dan penatalaksanaan bagi penderita di sarana pelayanan kesehatan guna menekan peningkatan jumlah kematian akibat DBD di masa mendatang. Berdasarkan data tersebut diatas, kasus demam berdarah dengue (DBD), maka dari itu penulis tertarik melakukan studi kasus dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada An. M.A dengan DBD di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Kota Makassar Sulawesi Selatan”**.

## **B. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Mampu menerapkan Asuhan Keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan yang komprehensif Pada An. M.A dengan DBD di Rumah Sakit RSUD Daya Kota Makassar Sulawesi selatan tahun 2023

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian pada An.M.A dengan DBD di Ruang rawat inap Kelas I Rumah Sakit RSUD Daya Kota Makassar Sulawesi Selatan tahun 2023.
- b. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada DBD di Ruang rawat inap Kelas I Rumah Sakit RSUD Daya Kota Makassar Sulawesi Selatan tahun 2023.

- c Penulis mampu menyusun rencana keperawatan pada penderita DBD di Ruang rawat inap Kelas I Rumah Sakit RSUD Daya Kota Makassar Sulawesi Selatan tahun 2023.
- d Penulis mampu melakukan implementasi keperawatan pada DBD di Ruang rawat inap Kelas I Rumah Sakit RSUD Daya Kota Makassar Sulawesi Selatan tahun 2023.
- e Penulis mampu melakukan evaluasi keperawatan pada pasien An. M.A dengan DBD di Ruang rawat inap Kelas I Rumah Sakit RSUD Daya Kota Makassar Sulawesi Selatan tahun 2023.

### **C. Manfaat Penulisan**

#### **1. Manfaat Bagi Penulis**

Dapat di jadikan sebagai sarana untuk mengaplikasikan ilmu dalam menerapkan asuhan keperawatan DBD sehingga dapat mengembangkan dan menambah wawasan penulis.

#### **2. Manfaat Praktis**

##### **a. Bagi Masyarakat/Pasien**

Memperoleh perawatan secara komprehensif dan mendapat informasi tentang upaya penanggulangan, pencegahan, perawatan serta pemanfaatan fasilitas kesehatan dalam perawatan DBD.

##### **b. Bagi Institusi Pendidikan**

Sebagai bahan dokumentasi atau acuan mahasiswa selanjutnya dalam penyusunan karya tulis ilmiah.

##### **c. Bagi Rumah Sakit**

Dapat memberikan sumbangan pikiran dalam meningkatkan Asuhan Keperawatan DBD di Wilayah Kerja Rumah Sakit RSUD Daya Kota Makassar Sulawesi Selatan.

## **D. Metode Penelitian**

### 1. Tempat dan Waktu Pelaksanaan Studi Kasus

#### a. Tempat Pelaksanaan

Studi kasus ini di lakukan di wilayah kerja RumahSakit RSUD Daya Kota Makassar Sulawesi Selatan.

#### b. Waktu Pelaksanaan

Studi kasus ini di lakukan pada tanggal 15-17 Mei 2023.

### 2. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data pada studi kasus An. M. A yang menderita DBD di Ruang rawat inap Kelas I RSUD Daya Kota Makassar tahun 2023. Di lakukan dengan menggunakan teknik pengumpulan data sebagai berikut :

#### a. Studi Kepustakaan

Mempelajari isi literatur-literatur yang berhubungan dengan karya tulis ini.

#### b. Studi Kasus

Menggunakan pendekatan proses keperawatan pada klien dan keluarga yang meliputi; pengkajian, analisa data, penerapan diagnosa keperawatan, penyusunan rencana tindakan dan evaluasi asuhan keperawatan. Untuk melengkapi data/informasi dalam pengkajian menggunakan beberapa cara antara lain:

##### 1) Observasi

Mengadakan pengamatan langsung pada klien dengan cara melakukan pemeriksaan yang berkaitan dengan perkembangan dan keadaan klien.

##### 2) Wawancara

Mengadakan wawancara dengan klien dan keluarga, dengan mengadakan pengamatan langsung.

3) Pemeriksaan Fisik

Melakukan pemeriksaan terhadap klien melalui; inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi.

4) Studi Dokumentasi

Penulis memperoleh data dari medikal record dan hasil pemeriksaan Laboratorium.

5) Diskusi

Melakukan diskusi dengan tenaga kesehatan yang terkait yaitu perawat ruangan yang bertugas di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit RSUD Kota Makassar Sulawesi Selatan tahun 2023

## **E. Sistematika Penulisan**

Teknik penulisan disusun secara sistematis yang terdiri dari lima bab yaitu:

BAB I : Latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode dan sistematika penulisan

BAB II : Tinjauan teoritis yang mencakup konsep dasar medik, terdiri dari: Definisi, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, pemeriksaan penunjang, komplikasi dan penatalaksanaan. Sedangkan konsep dasar keperawatan terdiri dari: Pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

BAB III : Tinjauan kasus yang memuat tentang pengamatan kasus yang meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa, perencanaan dan evaluasi keperawatan

BAB IV : Pembahasan kasus yaitu membandingkan antara teori dengan kasus nyata.

BAB V : Penutup yang terdiri dari :

Kesimpulan dan Saran Diakhiri dengan Daftar Pustaka dalam penyusunan Karya Tulis ini

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Definisi Demam Berdarah Dengue (DBD)**

##### **1. Defenisi**

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan salah satu penyakit infeksi yang perjalanan penyakitnya cepat dan dapat menyebabkan kematian dalam waktu singkat (Kemenkes RI, 2011). Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) atau Demam Berdarah Dengue adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus dengue dan ditularkan melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti*. Penyakit ini dapat menyerang semua orang dan dapat mengakibatkan kematian, terutama pada anak. Penyakit ini juga sering menimbulkan kejadian luar biasa atau wabah (Ambarwanti, Astama, D, 2012).

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit yang disebabkan oleh virus dengue yang tergolong *Arthtopod-Bone Virus*, genus *Flavivirus*, dan famili *Flaviviridae*. DBD ditularkan melalui gigitan nyamuk dari genus *Aedes* terutama *Aedes aegypti* atau *Aedes albopictus*. Penyakit ini dapat muncul sepanjang tahun dan dapat menyerang seluruh kelompok umur. Penyakit ini berkaitan dengan kondisi lingkungan dan perilaku masyarakat (Kemenkes RI, 2013). Jadi, demam berdarah dengue adalah penyakit infeksi oleh virus yang disebabkan oleh virus dengue yang tergolong *Arthtopod-Bone Virus*, genus *Flavivirus*, dan famili *Flaviviridae*. Virus ini ditularkan oleh nyamuk *aedes aegypty* atau nyamuk *aedes albopictus* melalui gigitannya.

##### **2. Etiologi**

Demam berdarah dengue disebabkan oleh virus dengue, yang termasuk dalam genus flavivirus, keluarga flaviviridae. Flavivirus merupakan virus dengan diameter 30 nm terdiri dari asam ribonukleat rantai tunggal dengan berat molekul 4x 10<sup>6</sup>. Terdapat 4 serotipe virus yaitu DEN-1, DEN-2, DEN-3, dan

DEN-4 yang semuanya dapat menyebabkan demam dengue. Keempat serotype ditemukan di Indonesia dengan DEN-3 merupakan serotype terbanyak. Terdapat reaksi silang antara serotype dengue dengan flavivirus lain seperti yellow fever, japhanese encephalitis dan west nile virus. Dalam laboratorium virus dengue dapat beraplikasi pada hewan mamalia seperti tikus, kelinci, anjing kelelawar dan primate. Survey epidemiologi pada hewan ternak didapatkan antibody terhadap virus dengue pada hewan kuda, sapi dan babi. Penelitian pada artopoda menunjukkan virus dengue dapat beraplikasi pada nyamuk genus aedes (*stegomyia*) dan *toxorhyncites* (Tandean, Marshall, 2009).

### **3. Patofisiologi**

Virus Dengue masuk ke dalam tubuh manusia melalui gigitan nyamuk terjadi viremia, yang ditandai dengan demam mendadak tanpa penyebab yang jelas disertai gejala lain seperti sakit kepala, mual, muntah, nyeri otot, pegal di seluruh tubuh, nafsu makan berkurang dan sakit perut, bintik-bintik merah pada kulit. Kelainan juga dapat terjadi pada sistem retikulo endotel atau seperti pembesaran kelenjar-kelenjar getah bening, hati dan limpa. Pelepasan zat anafilaktoksin, histamin dan serotonin serta aktivitas dari sistem kalikrein menyebabkan peningkatan permeabilitas dinding

kapiler/vaskuler sehingga cairan dari intravaskuler keluar ke ekstrasvaskuler atau terjadinya perembesaran plasma akibat pembesaran plasma terjadi pengurangan volume plasma yang menyebabkan hipovolemia, penurunan tekanan darah, hemokonsentrasi, hipoproteinemia, efusi dan renjatan. Selain itu sistem reikulo endotel bisa terganggu sehingga menyebabkan reaksi antigen anti bodi yang akhirnya bisa

menyebabkan anaphylaxia (Prasetyani, Radita Dewi, 2015).

Plasma merembes sejak permulaan demam dan mencapai puncaknya saat renjatan. Pada pasien dengan renjatan berat, volume plasma dapat berkurang sampai 30% atau lebih. Bila renjatan hipovolemik yang terjadi akibat kehilangan plasma yang tidak dengan segera diatasi maka akan terjadi anoksia jaringan, asidosis metabolik dan kematian. Terjadinya renjatan ini biasanya pada hari ke-3 dan ke-7 (Prasetyani, Radita Dewi, 2015).

Akibat lain dari virus dengue dalam peredaran darah akan menyebabkan depresi sumsum tulang sehingga akan terjadi trombositopenia, yang berlanjut akan menyebabkan perdarahan karena gangguan trombosit dan kelainan koagulasi dan akhirnya sampai pada perdarahan. Reaksi perdarahan pada pasien DHF diakibatkan adanya gangguan pada hemostasis yang mencakup perubahan vaskuler, trombositopenia (trombosit  $< 100.000/mm^3$ ), menurunnya fungsi trombosit dan menurunnya faktor koagulasi (protrombin, faktor V, IX, X dan fibrinogen). Perdarahan yang terjadi seperti peteke, 18 ekimosis, purpura, epistaksis, perdarahan gusi, sampai perdarahan hebat pada traktus gastrointestinal Pembekuan yang meluas pada intravaskuler (DIC) (Prasetyani, Radita Dewi, 2015).

#### **4. Manifestasi Klinis**

Tanda dan gejala yang timbul bervariasi berdasarkan derajat DHF, dengan masa inkubasi antara 13-15 hari. Adapun tanda dan gejala menurut Mansjoer, 2003 adalah :

- a) Demam tinggi mendadak dan terus menerus 2-7 hari
- b) Manifestasi perdarahan, paling tidak terdapat uji tourniquet positif, seperti perdarahan pada kulit

(petekie, ekimosis. Epistaksis, Hematemesis, Hematuri, dan melena)

- c) Pembesaran hati (sudah dapat diraba sejak permulaan sakit)
- d) Syok yang ditandai dengan nadi lemah, cepat disertai tekanan darah menurun (tekanan sistolik menjadi 80 mmHg atau kurang dan diastolik 20 mmHg atau kurang) disertai kulit yang teraba dingin dan lembab terutama pada ujung hidung, jari dan kaki, penderita gelisah timbul sianosis disekitar mulut.

Adapun gambaran klinis lain yang tidak khas dan biasa dijumpai pada penderita DHF menurut (Safitri, Nani, 2015.) adalah:

- 1) Keluhan pada saluran pernafasan seperti batuk, pilek, sakit waktu menelan.
- 2) Keluhan pada saluran pencernaan: mual, muntah, anoreksia, diare, konstipasi
- 3) Keluhan sistem tubuh yang lain: nyeri atau sakit kepala, nyeri pada otot, tulang dan sendi, nyeri otot abdomen, nyeri ulu hati, pegal-pegal pada saluran tubuh dll.
- 4) Temuan-temuan laboratorium yang mendukung adalah thrombocytopenia (kurang atau sama dengan 100.000 mm<sup>3</sup>) dan hemokonsentrasi (peningkatan hematokrit lebih atau sama dengan 20 %).

Adapun gejala klinis yang di jumpai pada klien Demam Berdarah Denque menurut (SDKI, 2017) adalah :

- a) Derajat I

Demam disertai gejala klinis lain, tanpa perdarahan spontan.  
Panas 2-7 hari, uji tourniquet positif, trombositopenia, dan hemokonsentrasi.

b) Derajat II

Sama dengan derajat I, ditambah dengan gejala-gejala perdarahan spontan seperti petekie, ekimosis, hemetemesis, melena, perdarahan gusi.

c) Derajat III

Di tandai oleh gejala kegagalan peredaran darah, seperti nadi lemah dan cepat ( $>120\text{mmHg}$ ) tekanan nadi sempit

d) Derajat IV

Nadi tidak teraba, tekanan darah tidak teratur (denyut jantung  $> 140\text{x/m}$ ) anggota gerak teraba dingin, berkeringat dan kulit tampak biru.

## 5. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang untuk menegakkan diagnostik DHF perlu dilakukan berbagai pemeriksaan penunjang, diantaranya adalah pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan radiologi (Andra dan Yessi, 2013):

1) Pemeriksaan laboratorium

a. Pemeriksaan darah Pada pemeriksaan darah pasien DHF akan dijumpai

- 1) IgG dengue positif (dengue blood)
- 2) Trombositopenia
- 3) Hemoglobin meningkat  $>20\%$
- 4) Hemokonsentrasi (hematokrit meningkat)
- 5) Hasil pemeriksaan kimia darah menunjukkan hipoproteinemia, hiponatremia, hipokalemia
- 6) SGOT dan SGPT mungkin meningkat
- 7) Ureum dan pH darah mungkin

meningkat

8) Waktu perdarahan memanjang

9) Pada analisa gas darah arteri menunjukkan asidois metabolik PCO<sub>2</sub>

b. Pemeriksaan laboratorium urine : pada pemeriksaan urine dijumpai albumin ringan.

c. Pemeriksaan serologi

Beberapa pemeriksaan serologis yang biasa dilakukan pada klien yang diduga terkena DHF adalah : uji hemaglutinasi inhibisi (HI test), uji komplemen fiksasi (CF test), uji netralisasi (N test), IgM Elisa (Mac. Elisa), IgG Elisa

Melakukan pengukuran antibodi pasien dengan cara HI test (Hemoglobin Inhibiton test) atau dengan uji pengikatan komplemen (komplemen fixation test) pada pemeriksaan serologi dibutuhkan dua bahan pemeriksaan yaitu pada masa akut dan pada masa penyembuhan. Untuk pemeriksaan serologi diambil darah vena 2-5 ml.

d. Pemeriksaan radiology

1) Foto thorax : pada foto thorax mungkin dijumpai efusi pleura.

2) Pemeriksaan USG : pada USG didapatkan hematomegali dan splenomegal.

## 6. Komplikasi

Komplikasi DHF menurut Smeltzer dan Bare (2012) adalah perdarahan, kegagalan sirkulasi, Hepatomegali, dan Efusi pleura.

a. Perdarahan

Perdarahan pada DHF disebabkan adanya vaskuler, penurunan jumlah trombosit (trombositopenia)

b. Kegagalan sirkulasi

Dengue Sindrom Syok (DSS) biasanya terjadi sesudah hari ke 2–7, disebabkan oleh peningkatan permeabilitas vaskuler sehingga terjadi kebocoran plasma, efusi cairan serosa ke rongga pleura dan peritoneum, hipoproteinemia, hemokonsentrasi dan hipovolemi yang mengakibatkan 26 berkurangnya aliran balik vena (venous return), preload, miokardium volume sekuncup dan curah jantung, sehingga terjadi disfungsi atau kegagalan sirkulasi dan penurunan sirkulasi jaringan.

Dengue Sindrom Syok (DSS) juga disertai dengan kegagalan hemostasis mengakibatkan perfusi miokard dan curah jantung menurun, sirkulasi darah terganggu dan terjadi iskemia jaringan dan kerusakan fungsi sel secara progresif dan irreversibel, terjadi kerusakan sel dan organ sehingga pasien akan meninggal dalam 12-24 jam.

c. Hepatomegali

Hati umumnya membesar dengan perlemahan yang berhubungan dengan nekrosis karena perdarahan, yang terjadi pada lobulus hati dan sel sel kapiler. Terkadang tampak sel netrofil dan limposit yang lebih besar dan lebih banyak dikarenakan adanya reaksi atau kompleks virus antibody.

d. Efusi pleura

Efusi pleura karena adanya kebocoran plasma yang mengakibatkan ekstrasvasasi aliran intravaskuler sel hal tersebut dapat dibuktikan dengan adanya cairan dalam

rongga pleura bila terjadi efusi pleura akan terjadi dispnea, sesak napas.

## **7. Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan DHF terbagi menjadi dua medis dan keperawatan menurut FKUI (2000). Penatalaksanaan medis terbagi menjadi pengobatan pasien DHF bersifat simptomatis dan suportif.

### **1. DHF Tanpa Rejatan**

Rasa haus dan dehidrasi timbul akibat demam demam tinggi, anoreksia dan muntah. Penderita perlu diberi minum sebanyak 1,5 sampai 2 liter dalam 24 jam, berupa air teh dengan gula, sirup atau susu. Pada beberapa penderita diberikan gastroenteritis oral solution (oralit). Minuman diberikan peroral, bila perlu satu sendok makan setiap 3-5 menit. Para orang tua penderita diikuti sertakan dalam kegiatan ini. Pemberian minum secara gastronasal tidak dilakukan. Hiperpireksia (Suhu 40 oC atau lebih) diatasi dengan antipiretik dan bila perlu surface cooling dengan memberikan kompres es dan alkohol 70 %. Kejang yang mungkin timbul diberantas dengan antikonvulsan. Anak berumur lebih dari 1 tahun diberikan luminal 75 mg dan dibawah 1 tahun 50 mg secara intramuskulus. Bila dalam waktu 15 menit 21 kejang tidak berhenti pemberian luminal diulangi dengan dosis 3 mg/kgBB. Anak diatas 1 tahun diberikan 50 mg dan dibawah 1 tahun 30 mg dengan memperhatikan adanya depresi fungsi vital (pernafasan, jantung).

Pemberian intravenous fluid drip (IVFD) pada penderita DHF tanpa renjatan dilaksanakan apabila :

- 1) Penderita terus menerus muntah sehingga tidak mungkin diberikan makanan peroral, sedangkan muntah-muntah itu mengancam terjadinya dehidrasi dan asidosis.
- 2) Didapatkan nilai hematokrit yang cenderung terus meningkat. Penatalaksanaan renjatan.

## 2. Penggantian volume

Sebagai terapi awal cairan yang dipergunakan ialah Ringer Laktat. Dalam keadaan renjatan berat, cairan harus diberikan secara diguyur, artinya secepatcepatnya dengan penjepit infus dibuka. Kadang kala vena berada dalam keadaan kolaps sehingga kecepatan tetesan yang diharapkan tidak dapat dicapai. Dalam keadaan ini cairan perlu diberikan dengan semprit, dengan paksaan dimasukkan 100-200 ml, kemudian dilanjutkan dengan tetesan. Dalam keadaan tidak berat, cairan diberikan dengan kecepatan 20 ml/kgBB/jam.

Mengingat bahwa kebocoran plasma dapat berlangsung 24-48 jam, maka pemberian cairan intravena dipertahankan walaupun tanda-tanda vital telah menunjukkan perbaikan nyata. Karena hematokrit merupakan indeks yang dapat dipercaya dalam menentukan kebocoran plasma, maka pemeriksaan hematokrit perlu dilakukan secara periodik. Kecepatan pemberian cairan selanjutnya disesuaikan dengan gejala klinis vital dan nilai hematokrit.

Dalam masa penyembuhan, cairan dari ruang ekstrasvaskuler akan direabsorpsi kembali kedalam ruang vaskuler, dalam keadaan ini hendaknya pemberian cairan dilakukan secara berhati-hati. Penting sekali untuk diketahui bahwa menurunnya nilai

hemaglobin dan hematokrit pada masa ini tidak diartikan sebagai tanda terjadinya perdarahan gastrointestinal. Evaluasi klinis, nadi (amplitudo dan frekuensi), tekanan darah, pernafasan, suhu, dan pengeluaran urin dilakukan lebih sering.

Indikasi pemberian transfusi darah ialah pada penderita dengan perdarahan gastrointestinal hebat : kadang-kadang perdarahn gastrointestinal berat dapat diduga apabila nilai hemoglobin dan hematokrit menurun, sedangkan perdarahannya sendiri tidak kelihatan. Dengan memperhatikan evaluasi klinis yang telah disebut, dalam keadaan ini pun dianjurkan pemberian dara

### 3. Evaluasi pengobatan renjatan

Untuk memudahkan mengikuti perjalanan klinis penderita dengan renjatan, dibuat data klinis yang mencantumkan tanggal dan jam pemeriksaan dan memuat hasil pemeriksaan nilai hemoglobin, nilai hematokrit, nilai trombosit, tekanan darah, nadi, pernafasan, suhu, pengeluaran urin, jenis dan kecepatan cairan yang diberikan dan apabila ada jenis dan jumlah perdarahan gastrointestinal. Penderita dengan renjatan berulang, renjatan yang tidak memberikan respon terhadap pemberian cairan dan yang memperlihatkan perdarahan gastrointestinal hebat bersamaan dengan renjatan atau setelah renjatan diatasi diusahakan untuk di rawat di Unit Perawatan Khusus.

## **B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Pada Pesein DHF**

Asuhan Keperawatan adalah segala bentuk tindakan atau kegiatan pada praktek keperawatan yang diberikan kepada klien

yang sesuai dengan standar operasional prosedur (SOP) (Carpenito, 2009).

Ada beberapa tahapan dalam melakukan asuhan keperawatan, yaitu :

### 1) **Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian merupakan pengumpulan informasi subjektif dan objektif, dan peninjauan informasi riwayat pasien pada rekam medik. Informasi subjektif, misalnya dengan wawancara pasien/ keluarga. Sedangkan informasi objektif, misalnya dengan pengukuran tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik (Herdman, 2015) . Data yang perlu dikaji yaitu:

#### 1. Identitas pasien

- a. Umur (DHF paling sering menyerang anak-anak dengan usia kurang dari 15 tahun).
- b. Jenis kelamin secara keseluruhan tidak terdapat perbedaan pada penderita DHF. Tetapi kematian lebih sering ditemukan pada perempuan dari pada anak laki-laki.
- c. Tempat tinggal: penyakit ini semula hanya ditemukan di beberapa kota besar saja, kemudian menyebar kehampir seluruh kota besar di Indonesia, bahkan sampai di pedesaan dengan jumlah penduduk yang padat dan dalam waktu relatif singkat.

#### 2. Riwayat kesehatan

- a. Keluhan utama Alasan atau keluhan yang menonjol pada pasien DHF datang kerumah sakit adalah panas tinggi dan pasien lemah.
- b. Riwayat penyakit sekarang Didapatkan adanya keluhan panas mendadak dengan disertai menggigil dan saat demam kesadaran kompos mentis. Turunya panas 28

terjadi antara hari ke-3 dan ke-7, kondisi semakin lemah. Kadang-kadang disertai keluhan batuk pilek, nyeri telan, mual, muntah, anoreksia, diare atau

konstipasi, sakit kepala, nyeri otot dan persendian, nyeri ulu hati dan pergerakan bola mata terasa pegal, serta adanya manifestasi perdarahan pada kulit, gusi (grade III, IV), melena atau hematemesis.

3. Riwayat penyakit yang pernah diderita

- a. Penyakit apa saja yang pernah diderita. Pada DHF biasanya mengalami serangan ulangan DHF dengan type virus yang lain.
- b. Kondisi lingkungan Sering terjadi pada daerah yang padat penduduknya dan lingkungan yang kurang bersih (seperti yang mengencing dan gantungan baju yang ada kamar)

4. Pola persepsi fungsional kesehatan

a. Pola Nutrisi dan Metabolik

Gejala : Penurunan nafsu makan, mual muntah, haus, sakit saat menelan.

Tanda : Mukosa mulut kering, perdarahan gusi, lidah kotor, nyeri tekan pada ulu hati.

b. Pola eliminasi Tanda : Konstipasi, penurunan berkemih, melena, hematuri.

c. Pola aktifitas dan latihan Gejala : Keluhan lemah Tanda : Dispnea, pola nafas tidak efektif, karena efusi pleura

d. Pola istirahat dan tidur

Gejala :Kelelahan, kesulitan tidur, karena demam/ panas/ menggigil.

Tanda : Nadi cepat dan lemah, dispnea, sesak karena efusi pleura, nyeri epigastrik, nyeri otot/ sendi.

e. Pola persepsi sensori dan kognitif

Gejala :Nyeri ulu hati, nyeri otot/ sendi, pegal-pegal seluruh tubuh.

Tanda : Cemas dan gelisah.

f. Persepsi diri dan konsep diri

Tanda : Ansietas, ketakutan, gelisah.

g. Sirkulasi

Gejala : Sakit kepala/ pusing, gelisah

Tanda :Nadi cepat dan lemah, hipotensi, ekstremitas dingin, dispnea, perdarahan nyata (kulit epistaksis, melena hematuri), peningkatan hematokrit 20% atau lebih, trombosit kurang dari 100.000/mm.

h. Keamanan

Gejala : Adanya penurunan imunitas tubuh

i. Kebersihan

Tanda: Kebersihan : upaya keluarga untuk menjaga kebersihan diri dan lingkungan cenderung kurang terutama untuk 30 membersihkan tempat sarang nyamuk aedes aegypti.

## 2) Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang dapat dirumuskan pada pasien DHF secara teori menurut Nurarif dan Kusuma, 2015 adalah :

- a. Hipertermi berhubungan dengan viremia sekunder terhadap infeksi dengue ditandai dengan suhu tubuh pasien  $>37^{\circ}\text{C}$ , akral hangat/ panas, takikardia, dan nafas cepat.
- b. Resiko defisit volume cairan berhubungan dengan berpindahnya cairan intraseluler ke ekstraseluler (kebocoran plasma dari endotel), out put berlebih karena muntah dan hipertermi.
- c. Resiko terjadinya perdarahan berhubungan dengan penurunan trombosit
- d. Resiko gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan suplai

oksigen dalam jaringan menurun

- e. Resiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual, muntah, anoreksia
- f. Nyeri akut berhubungan dengan proses patologis ditandai dengan: nyeri, perilaku yang bersifat hati hati atau melindungi, wajah menunjukkan nyeri, gelisah.
- g. Cemas berhubungan dengan ketidaktahuan tentang penyakit, krisis situasi proses penyakit dan hospitalisasi.

### 3) Intervensi Keperawatan

Fokus Intervensi yang dapat dirumuskan untuk keperawatan pasien DHF menurut Doenges, 2012 adalah :

1. Hipertemi berhubungan dengan viremia sekunder terhadap infeksi dengue
  - a. Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatantemperatur suhu dalam batas normal
  - b. Kriteria Hasil :
    - 1) Klien tidak mengeluh demam
    - 2) Suhu tubuh dalam batas normal (36,5°-37,5° C)
  - c. Rencana tindakan:
    - 1) Observasi tanda-tanda vital Rasional : Tanda- tanda vital merupakan acuan untuk mengetahui keadaan umum pasien.
    - 2) Kaji saat timbulnya demam Rasional : Untuk mengidentifikasi pola demam pasien
    - 3) Tingkatkan intake cairan.  
Rasional : Peningkatan suhu tubuh mengakibatkan penguapan tubuh meningkat sehingga perlu diimbangi asupan cairan.
    - 4) Catat asupan dan keluaran  
Rasional : Untuk mengetahui ketidakseimbangan cairan tubuh
    - 5) Berikan terapi cairan intravena dan obat-obatan sesuai

program dokter

Rasional :Pemberian cairan sangat penting bagi pasien dengan suhu tinggi.

- 6) Kolaborasi pemberian obat antipiretik Rasional :  
dapat mengurangi rasa nyeri

2. Resiko defisit volume cairan berhubungan dengan berpindahnya cairan intraseluler ke ekstraseluler (kebocoran plasma dari endotel), output berlebih karena muntah dan hipertermi.

1). Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan defisit volume cairan dapat terpenuhi

2). Kriteria Hasil :

- a). Tanda-tanda vital stabil Tekanan darah 120/70 – 130/90 mmhg, Nadi 80 x/menit, Suhu 36,5 – 37,5 derajat celcius, CRT kurang dari 3 detik, akral hangat, urine output 30-50cc/jam, membran mukosa lembab, turgor kulit baik
- b). Volume cairan cukup input dan output seimbang.

3). Rencana tindakan:

- a). Mengobservasi adanya tanda-tanda syok. Rasional : Agar dapat segera dilakukan tindakan untuk menangani syok yang dialami pasien.
- b). Observasi tanda dan gejala dehidrasi atauhipovolemik  
Rasional : defisit cairan akan ditandai dengan menurunnya haluaran urine < 25 ml/jam 36
- c). Monitor keadaan umum pasien (lemah pucat,tachicardi) serta tandatanda vital.  
Rasional : Menetapkan data dasar pasien, untuk mengetahui dengan cepat penyimpangan dari keadaan normalnya

- d). Menganjurkan pasien untuk

banyak minum

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

- e). Monitor perubahan haluaran urine dan monitor asupanhaluaran

Rasional : Untuk mengetahui keseimbangan cairan dan tingkatan dehidrasi.

- f). Kolaborasi dalam pemberian cairan intravaskuler sesuai program dokter

Rasional : Pemberian cairan Intravena sangat penting bagi pasien yang mengalami defisit volume cairan dengan keadaan umum yang buruk karena cairan langsung masuk kedalam pembuluh darah.

3. Resiko injuri perdarahan berhubungan dengan penurunan trombosit

- 1). Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan terhadap pasien perdarahan tidak terjadi

- 2). Kriteria Hasil : Menunjukkan perbaikan keadaan umum dan tanda vital yang baik

- 3). Rencana tindakan :

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

Rasional : Penurunan trombosit merupakan tanda adanya kebocoran pembuluh darah yang pada tahap tertentu dapat menimbulkan tandatanda klinis seperti epistaksis, ptike.

- b). Anjurkan pasien untuk banyak istirahat ( bedrest) Rasional : Aktifitas pasien yang tidak terkontrol dapat menyebabkan terjadinya perdarahan.

- c). Berikan penjelasan kepada klien dan keluarga untuk melaporkan jika ada tanda perdarahan seperti : hematemesis,

melena, epistaksis.

Rasional : Keterlibatan pasien dan keluarga dapat membantu untuk penanganan dini bila terjadi perdarahan.

- d). Antisipasi adanya perdarahan : gunakan sikat gigi yang lunak, pelihara kebersihan mulut, berikan tekanan 5-10 menit setiap selesai ambil darah.

Rasional : Mencegah terjadinya perdarahan lebih lanjut.

- e). Kolaborasi, monitor trombosit setiap hari

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

- f). Kolaborasi pemberian anti perdarahan sesuai advis Dokter

Rasional : mengurangi perdarahan.

4. Resiko gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan menurunnya suplai oksigen dalam jaringan menurun. 1). Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan

suplai oksigen ke jaringan adekuat.

- 2). Kriteria Hasil : Menunjukkan peningkatan perfusi secara individual misalnya tidak ada sianosis dan

kulit hangat, kesadaran komposmentis, nyeri dada tidak ada, keluhan pusing tidak ada, disorientasi tidak ada bisu, Nadi 60-80x/menit, output urine 30-50cc/jam, CRT kurang dari 3 detik.

- 3). Rencana tindakan:

- a). Observasi perubahan status mental

Rasional : Gelisah bingung disorientasi dapat menunjukkan gangguan aliran darah serta hipoksia.

- b). Observasi warna dan suhu kulit atau membrane mukosa

Rasional : Kulit pucat atau sianosis, kuku membran bibir atau lidah dingin menunjukkan vasokonstriksi perifer (syok) atau gangguan aliran darah perifer.

- c). Auskultasi frekuensi dan irama jantung cacat adanya bunyi jantung ekstra.  
Rasional : Tachicardia sebagai akibat hipoksemia kompensasi upaya peningkatan aliran darah dan perfusi jaringan, gangguan irama berhubungan dengan hipoksemia, ketidakseimbangan elektrolit. Adanya bunyi jantung 39 tambahan terlihat sebagai peningkatan kerja jantung.
- d). Ukur haluaran urine dan catat berat jenis urine Rasional : Syok lanjut atau penurunan curah jantung menimbulkan penurunan perfusi ginjal dimanifestasi oleh penurunan haluaran urine dengan berat jenis normal atau meningkat
- e). Berikan cairan intra vena atau peroral sesuaiindikasi  
Rasional : Peningkatan cairan diperlukan untuk menurunkan hiperviskositas darah (Potensial pembentukan trombosit) atau mendukung volume sirkulasi atau perfusi jaringan.
5. Resiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake tidak adekuat sekunder terhadap mual, muntah, dan anoreksia.
- 1). Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan kebutuhan nutrisi pasien terpenuhi
  - 2). Kriteria Hasil : Pasien mampu menghabiskan makanan sesuai dengan porsi yang dibutuhkan atau diberikan, tidak muntah, Hb 10-14 g/dl, beratbadan tidak turun.
  - 3). Rencana tindakan:
    - a). Kaji keluhan mual dan muntah yang dialami oleh pasien  
Rasional : Untuk menetapkan cara mengatasinya.
    - b). Berikan makanan dalam porsi kecil dan frekuensi sering.  
Rasional : Untuk menghindari mual dan muntah 40
    - c). Menjelaskan manfaat nutrisi bagi pasien terutama saat pasien sakit.  
Rasional : Meningkatkan pengetahuan pasien tentang

nutrisi sehingga motivasi pasien untuk makan meningkat

- d). Berikan makanan yang mudah ditelan seperti bubur dan dihidangkan saat masih hangat  
Rasional : Membantu mengurangi kelelahan pasien dan meningkatkan asupan makanan.
- e). Catat jumlah dan porsi makanan yang dihabiskan  
Rasional : Untuk mengetahui pemenuhan nutrisi pasien.
- f). Ukur berat badan pasien setiap hari.  
Rasional : untuk mengetahui status gizi pasien g).
- Kolaborasi pemberian asupan makanan dengan tim gizi  
Rasional : untuk pemberian nutrisi yang maksimal
- h). Kolaborasi dalam pemberian antiemetik sesuai advis Dokter  
Rasional : mengurangi mual.

6. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan proses patologis (viremia)

- 1). Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatannya nyeri berkurang atau hilang
- 2). Kriteria Hasil :
  - a). Rasa nyaman pasien terpenuhi
  - b) Ekspresi tidak meringis
  - c) Nadi normal (80-100 x/menit)
  - d) Skala nyeri menurun
  - e) Nyeri berkurang atau hilang
- 3). Rencana tindakan:
  - 1. Kaji tingkat nyeri yang dialami pasien dengan skala nyeri (0 - 10), tetapkan tipe nyeri yang dialami pasien, respon pasien terhadap nyeri  
Rasional : Untuk mengetahui berat nyeri yang dialami pasien

2. Kaji faktor-faktor yang mempengaruhi reaksi pasien terhadap nyeri  
Rasional : Dengan mengetahui faktor-faktor tersebut maka perawat dapat melakukan intervensi yang sesuai dengan masalah klien.
3. Berikan posisi yang nyata dan, usahakan situasi ruang yang terang  
Rasional : Untuk mengurangi rasa nyeri .
4. Berikan suasana gembira bagi pasien, alihkan perhatian pasien dari rasa nyeri  
Rasional : Dengan melakukan aktivitas lain, pasien dapat sedikit melupakan perhatiannya terhadap nyeri yang dialami.
5. Berikan kesempatan pada pasien untuk berkomunikasi dengan temanteman atau orang terdekat  
Rasional : Tetap berhubungan dengan orang-orang terdekat atau teman membuat pasien bahagia dan dapat mengalihkan, perhatiannya terhadap nyeri.
6. Kolaborasi dengan dokter pemberian analgetik Rasional : Obat analgetik dapat menekan atau mengurangi nyeri 42 pasien.
7. Cemas berhubungan dengan ketidaktahuan tentang penyakit, krisis situasi proses penyakit dan hospitalisa 1). Tujuan : cemas teratasi
  - 2). Kriteria hasil : cemas berkurang, tidak gelisah, pasien kooperatif, tidur 6- 8 jam, Nadi : 60- 80x/menit, RR : 16- 20x/menit
  - 3). Rencana tindakan :
    - a). Kaji dan dokumentasikan tingkat kecemasan pasien.  
Rasional : memudahkan intervensi
    - b). Kaji mekanisme coping yang digunakan pasien untuk

mengatasi ansietas di masa lalu.

Rasional : mempertahankan mekanisme koping adaptif, meningkatkan kemampuan mengontrol ansietas

- c). Lakukan pendekatan dan berikan motivasi kepada pasien untuk mengungkapkan pikiran dan perasaan.

Rasional : pendekatan dan motivasi membantu pasien untuk mengeksternalisasikan kecemasan yang dirasakan.

- d). Motivasi pasien untuk memfokuskan diri dan harapan-harapan yang positif terhadap terapi yang dijalani.

Rasional : alat untuk mengidentifikasi mekanisme koping yang dibutuhkan untuk mengurangi kecemasan.

- e). Berikan penguatan yang positif untuk meneruskan aktivitas.

Rasional : menciptakan rasa percaya dalam diri pasien bahwa dirinya mampu mengatasi masalahnya dan memberi keyakinan pada diri sendiri dibuktikan dengan pengakuan orang lain atas kemampuannya

- f). Anjurkan pasien untuk menggunakan teknik relaksasi.

Rasional : menciptakan perasaan yang tenang dan nyaman.

- g). Kolaborasi pemberian obat anti ansietas.

Rasional : mengurangi ansietas sesuai kebutuhan

#### **4) Implementasi Keperawatan**

Pelaksanaan atau implementasi adalah tindakan yang direncanakan dalam rencana keperawatan (Tarwoto Wartonah, 2015). Perawat melakukan pengawasan terhadap efektifitas intervensi yang dilakukan, bersamaan pula menilai perkembangan pasien terhadap pencapaian tujuan atau hasil yang diharapkan.

Pelaksanaan atau implementasi keperawatan adalah suatu komponen dari proses keperawatan yang merupakan kategori dari

perilaku keperawatan di mana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan yang dilakukan dan diselesaikan (Perry & Potter, 2010).

### **5) Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan merupakan tahapan terakhir dari proses keperawatan untuk mengukur respons klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien ke arah pencapaian tujuan (Potter & Perry, 2010).

Evaluasi merupakan suatu kegiatan yang terjadi pada setiap langkah dari proses keperawatan dan pada kesimpulan (Herdman, 2015). Evaluasi keperawatan dicatat disesuaikan dengan setiap diagnosa keperawatan. Evaluasi untuk setiap diagnosa keperawatan meliputi data subyektif (S), data obyektif (O), analisa permasalahan (A) klien berdasarkan S dan O, serta perencanaan ulang (P) berdasarkan hasil analisa data diatas. Evaluasi ini juga disebut evaluasi proses. Semua itu dicatat pada formulir catatan perkembangan (progress note)

### **C. Siklus Demam Berdarah**

Gejala umum DHF adalah demam dengan grafik seperti pada gambar. Gejala lain kepala berat atau pusing, sakit pada sendi dan otot, nyeri menelan, batuk, perut tak nyaman atau nyeri dibarengi mual, muntah ataupun diare, demam, perdarahan, dan syok. Siklus demam DBD memiliki kekhasan, turun naik dengan pola menyerupai bentuk pelana kuda. mengalami fase demam tinggi antara 39-40° Celcius. Kemudian akan masuk ke dalam fase kritis dengan gejala demamnya menurun drastis (kembali ke 37° C).

Pada fase itu sering kali penderita diduga mulai sembuh. Padahal ia justru sedang mengalami shock syndrome yang ditandai dengan penurunan suhu tubuh tiba-tiba tadi, denyut nadi cepat dan lemah, gelisah, kesadaran menurun, ujung tangan dan kaki teraba dingin, bibir kebiruan, serta wajah pucat dan tubuh

berkeringat. Fase kritis ini juga sering disertai perdarahan (mimisan, timbul bintik merah pada kulit, perdarahan usus, muntah darah, gusi berdarah, darah pada tinja atau warnanya kehitarnan). Syok dapat terjadi setelah 2 sampai 6 hari sejak gejala DBD timbul. Bila terjadi syok, DBD disebut juga Dengue Syok Syndrome atau DSS. Pasien dengan DSS yang tak tertangani biasanya berakhir dengan kematian.

Sebaliknya, bila fase kritis ini dapat dilewati, maka pada hari ke-6 dan ke-7 sejak gejala DBD muncul, akan memasuki fase penyembuhan. Demam yang tadinya turun akan naik kembali sebagai bagian dari reaksi tahap penyembuhan hingga akhirnya suhu tubuh kembali normal dan secara umum kondisi membaik. terlihat aktif dan nafsu makan meningkat.

#### **D. Fase Trombosit penderita DBD turun.**

Trombosit adalah komponen darah yang bertanggung jawab dalam proses pembekuan darah. Trombosit memiliki bentuk yang tidak teratur, tidak berwarna, tidak berinti, berukuran lebih kecil dari sel darah merah(eritrosit) dan sel darah putih (leukosit), dan mudah pecah bila tersentuh benda kasar.

Penderita DBD mengalami perubahan pada sifat dinding pembuluh darahnya yaitu jadi mudah ditembus cairan (plasma) darah. Perembesan ini terjadi sebagai akibat reaksi imunologis antara virus dan sistem pertahanan tubuh. Akibatnya, plasma masuk ke dalam jaringan berongga/longgar yang akan menimbulkan gejala, misalnya rasa tak enak di rongga perut jika terjadi penumpukan plasma di organ lambung. Perembesan cairan darah secara normal akan berhenti pada fase penyembuhan.

Sementara itu, kekentalan darah pun meningkat akibat kurangnya plasma. Jika tidak segera ditangani dengan asupan

cairan -elektrolit, pasien akan mengalami syok. Cairan elektrolit membantu mengencerkan darah yang memekat sehingga oksigen