

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.B
DENGAN DENGUE HEMORHAGIC FEVER
DI RUANG CEMPAKA
RSUD SUNAN KALIJAGA
DEMAK**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

Maratus Sholekha
893313997

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2011**

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA Semarang pada:

Hari : Selasa

Tanggal : 31 Mei 2011



Semarang, 31 Mei 2011

Hembimbing

Ns. Retno Setyawati, M.Kep., Sp.KMB

NIK : 21.099.6002


HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Selasa tanggal 19 Juli 2011 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

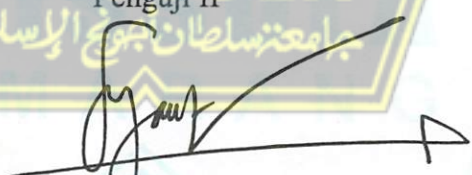
Semarang, 19 Juli 2011

Tim Penguji,

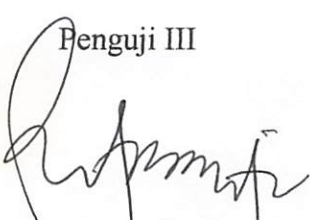
Penguji I


(Muh. Abdurrouf, S.Kep.,Ns)
NIK :21.090.2011

Penguji II


(Ns. Suyanto, S.kep)
NIK :21.090.9018

Penguji III


(Retno Setyawati, M.Kep., Sp.KMB)
NIK : 21.099.6002

MOTTO

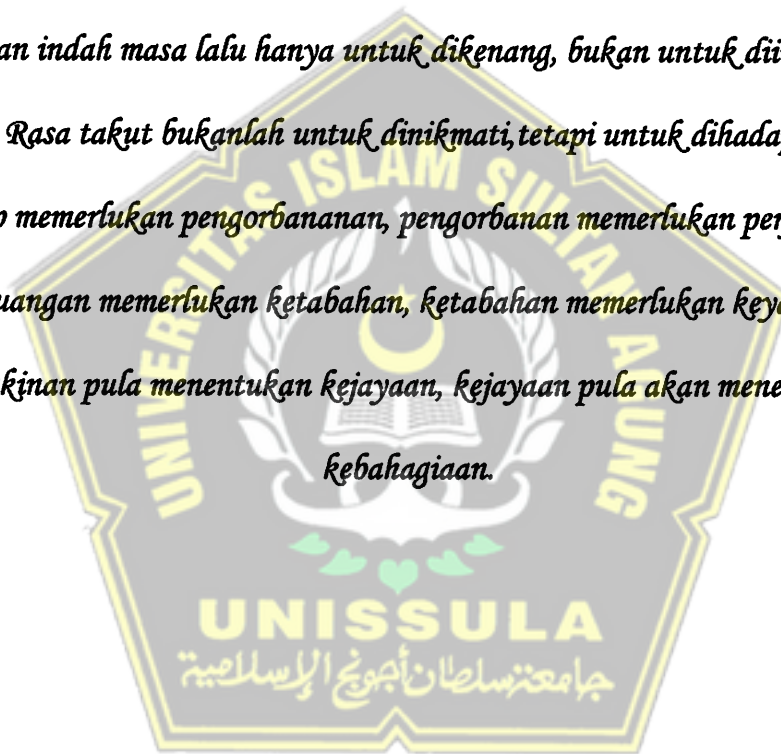
Hai orang-orang yang beriman, mintalah pertolongan (kepada Allah) dengan sabar dan salat. Sesungguhnya Allah bersama orang-orang yang sabar dan shalat (QS. Al-Baqarah : 153)

Tak seorang pun di dunia ini yang sempurna.

Kenangan indah masa lalu hanya untuk dikenang, bukan untuk diingat-ingat.

Rasa takut bukanlah untuk dinikmati, tetapi untuk dihadapi.

Hidup memerlukan pengorbananan, pengorbanan memerlukan perjuangan, perjuangan memerlukan ketabahan, ketabahan memerlukan keyakinan, keyakinan pula menentukan kejayaan, kejayaan pula akan menentukan kebahagiaan.



PERSEMBAHAN

Kupersembahkan kepada :

1. Ibu tercinta Hj. Sunarti.
2. Bapak tercinta H. Imam Wahyudi.
3. Adikku tersayang Wahyu Mumtazun dan Choirun Nisa.
4. Solikin yang selalu memberikan semangat.
5. Rekan-rekan tercinta yang telah turut serta membantu.
6. Semua pihak yang berkenan membaca hasil penelitian ini.



KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum wr.wb

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan hidayah-NYA sehingga penulis dapat menyelesaikan Tugas Akhir dengan judul “ Asuhan Keperawatan Dengan Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) ”. Penulis menyadari dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu dalam kesempatan ini perkenankan penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayahnya sehingga penulis mampu membuat karya tulis ilmiah ini.
2. Bapak Prof. Dr. Laode M. Kamaluddin, M.Sc, M. Eng, selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Bapak Iwan Ardian, SKM, selaku dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ibu Wahyu Endang Setyawati, SKM, selaku ketua Program Studi di D III Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
5. Rumah Sakit Islam Sultan Agung, yang telah memberikan kesempatan kepada saya praktek disana, dan dapat mengaplikasikan ilmu yang telah saya peroleh di kampus, sehingga saya dapat mengambil studi kasus untuk Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Ibu Ns. Retno Setyawati, M. Kep.,SpKMB , selaku pembimbing dalam penulisan karya tulis ilmiah.

7. Dosen dan Staf Pengajar Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang sudah banyak membantu dalam pelaksanaan proses belajar-mengajar.
8. Bapak dan ibu tercinta (H. Imam Wahyudi dan Hj. sunarti) yang selalu memberi dukungan moril, materiil dan spiritual sepenuhnya.
9. Adik-adikku (Wahyu Mumtazun dan Choirun Nisa) yang selalu memberikan dukungan.
10. Kepada teman-temanku yuyun, estik, wati, ning, sol, devi dan semua teman-teman satu angkatan yang telah memberikan hari-hari indah selama kuliah tiga tahun dan dukungan juga semangat dalam penulisan kasus ini.
11. Semua pihak-pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari sebagai manusia yang mempunyai keterbatasan pengetahuan dan kekurangan, penelitian ini masih jauh dari sempurna untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun.

Penulis berharap semoga penelitian ini dapat menambah pengetahuan dan pengalaman bagi penulis khususnya dan pembaca pada umumnya.

Wassalamu'alaikum wr.wb

Semarang,Mei 2011

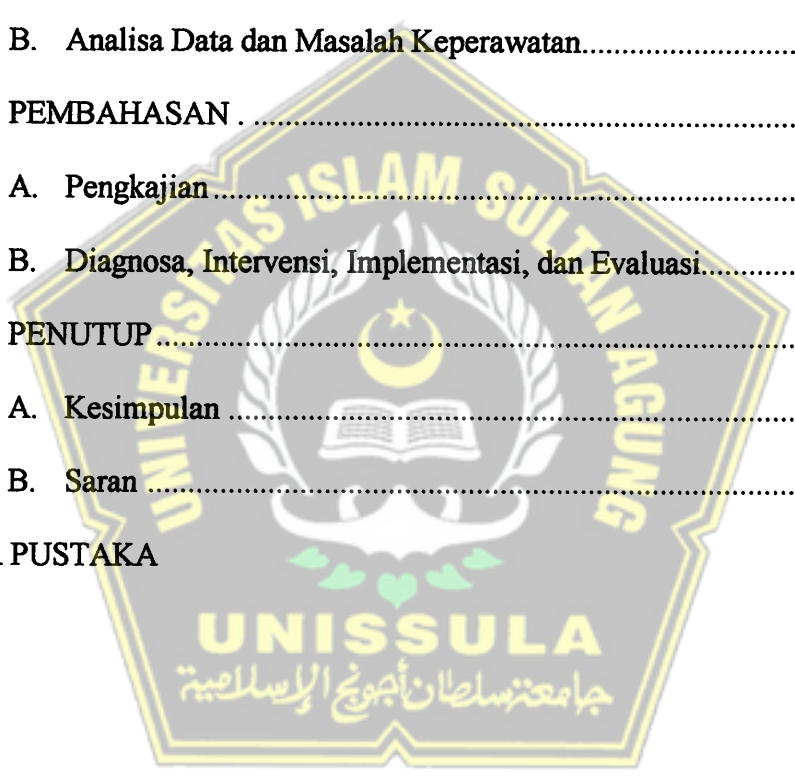
Penulis

Maratus sholekha

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
HALAMAN MOTTO	iv
PERSEMBAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	3
C. Manfaat Penulisan	4
BAB II KONSEP DASAR	5
A. Konsep Dasar Penyakit	5
1. Pengertian.....	5
2. Etiologi	6
3. Patofisiologi	7
4. Manifestasi Klinik	8
5. Pemeriksaan Diagnostik	11
6. Komplikasi	11
7. Penatalaksanaan	11

B. Konsep Dasar Keperawatan	14
1. Pengkajian Keperawatan	14
2. Fokus Intervensi	18
Pathway	21
BAB III HASIL ASUHAN KEPERAWATAN	22
A. Pengkajian	22
B. Analisa Data dan Masalah Keperawatan.....	28
BAB IV PEMBAHASAN	34
A. Pengkajian.....	34
B. Diagnosa, Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi.....	35
BAB V PENUTUP.....	43
A. Kesimpulan	43
B. Saran	44
DAFTAR PUSTAKA	



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Lembar konsultasi
- Lampiran 2 : Askep asli
- Lampiran 3 : Surat keterangan konsultasi
- Lampiran 4 : Surat kesediaan membimbing



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang masalah

Dengue Hemoragic Fever (DHF) 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 (Nursalam, dkk, 2005).

DHF terbesar di wilayah Asia Tenggara, pasifik barat dan karibia. Indonesia merupakan wilayah endemis dengan sebaran diseluruh wilayah tanah air. Insiden DHF di Indonesia antara 6 hingga 15 per 100.000 penduduk (1989 hingga 1995); dan pernah meningkat tajam saat kejadian luar biasa hingga 35 per 100.000 penduduk pada tahun 1998 sedangkan mortalitas DHF cenderung menurun hingga mencapai 2% pada tahun 1999 (Sudoyo, 2009).

DHF merupakan masalah kesehatan utama di kota semarang. Berdasarkan angka kesakitannya dari 2008 sampai 2009, DHF di kota semarang masih menduduki angka pertama di jawa tengah. Bahkan enam kali lebih besar dari angka kesakitan DHF Nasional. Berdasarkan data DKK pada 2008 angka kesakitan DHF kota Semarang mencapai 361, Sementara angka kesakitan untuk DHF nasional sebesar 59, Untuk angka kesakitan Jateng sebesar 61. Pada 2009 angka kesakitan DHF kota Semarang mengalami penurunan menjadi 261. Kendati begitu tetap tak merubah posisi

peringkat pertama tertinggi di Jateng mengingat angka kesakitannya pun menurun menjadi 35. Sementara untuk Jateng turun menjadi 55. angka kesakitan berbeda dengan jumlah kasus. Perhitungannya diperoleh dengan jumlah kasus yang ada dengan jumlah penduduk dan dikalikan dengan 100.000 sebagai koefisien. Angka ini lebih bisa menunjukkan gambaran akan kasus DHF suatu daerah dibandingkan sebatas paparan jumlah kasus. Jumlah kasus DHF di Semarang sendiri pada 2009 mengalami peningkatan. Jika pada 2009 jumlah penderita DHF sebanyak 3883 orang pada 2010 ini naik menjadi 4642 kasus, ucap widoyono. Faktor lingkungan berupa sarang nyamuk, genangan air jernih, semak-semak, sampah dan kaleng besar membawa pengaruh terbesar pada angka kejadian (Widoyono, 2010).

Tingginya angka kejadian DHF di Indonesia, tenaga kesehatan khususnya perawat memiliki peranan penting sebagai edukator dengan cara memberikan penyuluhan. Edukasi merupakan dasar utama untuk pengobatan dan pencegahan DHF yang sempurna. Pengetahuan yang minim tentang DHF akan lebih cepat menjurus ke arah timbulnya komplikasi.

Peran perawat sebagai edukator pada klien meliputi aspek promotif, preventif dan rehabilitatif. Aspek promotif perawat dapat memberikan penjelasan pada klien tentang penyakit DHF mulai dari penyebab sampai dengan komplikasi yang akan terjadi bila tidak segera ditangani. Aspek preventif yaitu memberikan penjelasan bagaimana mencegah timbulnya DHF dengan cara pemberantasan sarang nyamuk, melakukan tindakan kebersihan lingkungan. Aspek rehabilitatif meliputi peran perawat dalam

memperkenalkan pada anggota keluarga cara merawat pasien dengan DHF di rumah. Sedangkan peran perawat sebagai *care giver* pada klien yaitu dengan memberikan pelayanan yang sesuai dengan kondisi penyakit baik yang sudah terjadi komplikasi maupun yang belum terjadi komplikasi, serta memperhatikan klien berdasarkan kebutuhan diri klien.

B. Tujuan

1. Tujuan umum

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini bertujuan untuk memberikan gambaran pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan DHF secara komprehensif.

2. Tujuan khusus

- a. Menjelaskan proses pengkajian pada klien DHF (Tn. B) meliputi: mengidentifikasi, pengumpulan dan pengelompokkan data yang diperoleh.
- b. Menjelaskan rumusan diagnosa masalah dan kebutuhan Tn.B .
- c. Menjelaskan intervensi/rencana tindakan asuhan keperawatan pada Tn.B .
- d. Menjelaskan implementasi keperawatan pada pasien Tn. B sesuai fokus intervensi.
- e. Menjelaskan secara spesifik evaluasi terhadap rencana dan tindakan keperawatan yang dilakukan pada Tn.B .

C. Manfaat

1. Bagi lahan praktek

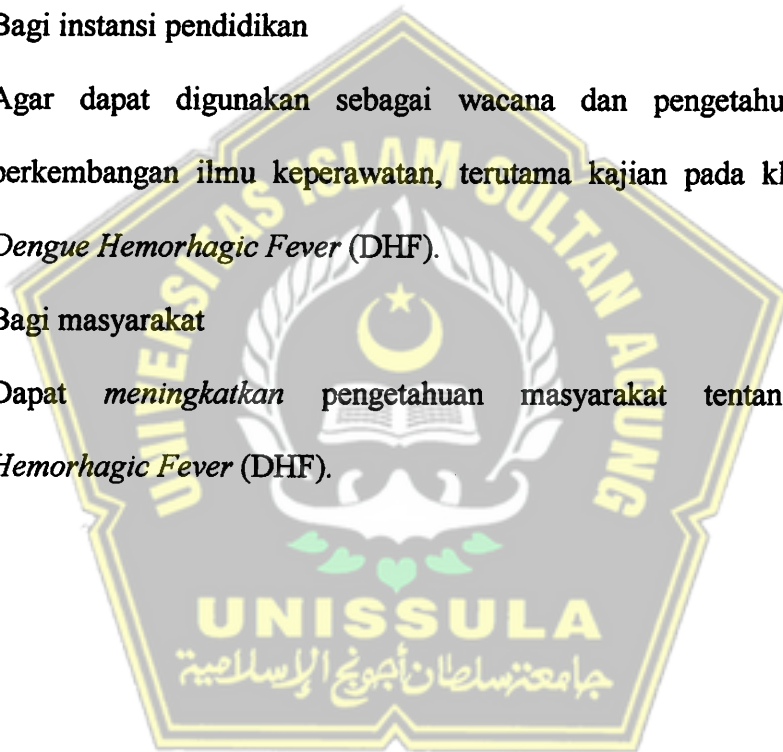
Agar dapat digunakan sebagai masukan dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF), serta dapat meningkatkan mutu / kualitas pelayanan kesehatan pada klien.

2. Bagi instansi pendidikan

Agar dapat digunakan sebagai wacana dan pengetahuan tentang perkembangan ilmu keperawatan, terutama kajian pada klien dengan *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF).

3. Bagi masyarakat

Dapat *meningkatkan* pengetahuan masyarakat tentang *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF).



BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian

DHF (*Dengue Haemorrhagic Fever*) adalah penyakit yang disebabkan oleh karena virus dengue yang termasuk golongan abrovirus melalui gigitan nyamuk *Aedes Aegypti* betina. Penyakit ini biasa disebut Demam Berdarah Dengue (Hidayat, 2006: 123)

Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) adalah penyakit demam akut yang disebabkan oleh empat serotype virus dengue dan ditandai dengan empat gejala klinis utama yaitu demam yang tinggi, manifestasi perdarahan, *hepatomegali*, dan tanda-tanda kegagalan sirkulasi sampai timbulnya renjatan (*syndrome renjatan dengue*) sebagai akibat dari kebocoran plasma yang dapat menyebabkan kematian (Soegijanto, 2002).

Dari beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa DHF merupakan infeksi akut yang disebabkan oleh *arbovirus* dan ditularkan melalui gigitan nyamuk *aedes aegypty* yang ditandai dengan empat gejala klinis yaitu demam yang tinggi, manifestasi perdarahan, *hepatomegali* dan tanda-tanda kegagalan sirkulasi sampai timbulnya renjatan (*Syndrome Renjatan Dengue*) sebagai akibat dari kebocoran plasma yang dapat menyebabkan kematian dan dapat menyerang semua golongan usia.

Klasifikasi DHF, menurut WHO berdasarkan tanda klinisnya, dibagi menjadi empat derajat yaitu:

a. Derajat 1

Demam disertai gejala klinis lain, tanpa perdarahan spontan. Uji tourniquet + trombosit dan hemokonsentrasi.

b. Derajat 2

Derajat 1 disertai perdarahan spontan pada kulit atau tempat lain.

c. Derajat 3

Ditemukan kegagalan sirkulasi yaitu nadi cepat dan lemah, tekanan darah rendah, gelisah, sianosis sekitar mulut, hidung, dan ujung jari.

d. Derajat 4

Syok hebat dengan nadi tak teraba dan tekanan darah tidak dapat diukur, biasa disebut DSS (*Dengue Shock Syndrom*).

2. Etiologi

Dengue Hemoragic Fever disebabkan oleh virus Dengue, yang termasuk dalam genus *Flavivirus*, keluarga *Flaviviridae*. Virus ini masuk ke dalam tubuh melalui *vector* berupa nyamuk *Aedes Aegypti* dan beberapa spesies lainnya seperti *Aedes Albopictus* dan *Aedes Polynesiensis*, (Hidayat, 2006: 123).

Seseorang yang digigit oleh nyamuk yang membawa virus ini akan tertulari dan akan mengalami viremia yang menunjukkan tanda-tanda khas seperti demam, nyeri otot dan atau sendi yang disertai leucopenia, ruam, limfadenopati, trombositopenia, dan diathesis hemoragik (Sudoyo, 2006).

3. Patofisiologi

Virus dengue akan masuk ke dalam tubuh melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti* dan kemudian akan bereaksi dengan *antibody* dan terbentuklah kompleks virus antibody, dalam sirkulasi akan *mengaktivasi sistem komplemen*. Akibat aktivasi C3 dan C5 akan dilepas C3a dan C5a, dua peptide yang berdaya untuk melepaskan *histamine* dan merupakan mediator kuat untuk sebagai faktor meningginya *permeabilitas* dinding pembuluh darah dan menghilangkan plasma melalui *endotel* dinding itu.

Terjadinya trombositopenia, menurunnya fungsi *trombosit* dan menurunnya faktor *koagulasi* (*protrombin*, faktor V, VII, IX, X dan *fibrinogen*) merupakan faktor penyebab terjadinya pendarahan hebat, terutama pendarahan saluran *gastrointestinal* pada DHF

Yang menentukan beratnya penyakit adalah meningginya *permeabilitas* dinding pembuluh darah, menurunnya volume plasma, terjadinya *hipotensi*, *trombositopenia* dan *diateisis hemoragik*. Renjatan terjadi secara akut.

Nilai hematokrit meningkat bersamaan dengan hilangnya plasma melalui *endotel* dinding pembuluh darah. Dan dengan hilangnya plasma klien mengalami *hypovolemik*. Apabila tidak diatasi bisa terjadi *anoxia* jaringan, *acidosis metabolic* dan kematian (Suriadi, 2006).

4. Manifestasi klinis

Kasus DHF ditandai oleh manifestasi klinis yaitu: demam tinggi dan mendadak yang dapat mencapai 40 °C atau lebih dan terkadang disertai dengan kejang demam, sakit kepala, anoreksia, muntah-muntah,

nyeri perut walaupun hanya berupa uji tourniquet positif. Selain itu, perdarahan kulit dapat berwujud memar atau dapat juga berupa perdarahan spontan mulai dari petechiae (muncul pada hari pertama demam dan berlangsung selama 3-6 hari) pada ekstremitas, tubuh dan muka sampai epistaksis dan perdarahan gusi. Sementara perdarahan *gastrointestinal* masih lebih jarang terjadi dan biasanya hanya terjadi pada kasus dengan syok yang berkepanjangan atau setelah syok yang tidak dapat teratasi. Perdarahan lain seperti perdarahan *subkonjungtiva* terkadang juga ditemukan. Pada masa kovalesen sering kali ditemukan eritema pada telapak tangan, kaki dan *hepatomegali*. *Hepatomegali* pada umumnya dapat diraba pada permulaan penyakit dan pembesaran hati ini tidak sejajar dengan beratnya penyakit. Nyeri tekan sering kali ditemukan tanpa ikterus maupun kegagalan peredaran darah (*circulatory failure*) (Nursalam, 2005).

Pasien penyakit DBD pada umumnya disertai dengan tanda-tanda sebagai berikut :

- a. Demam selama 2-7 hari tanpa sebab yang jelas.
- b. Manifestasi perdarahan dengan tes rumpel leede (+), mulai dari petekie (+) sampai perdarahan spontan seperti mimisan, muntah darah, atau berak darah hitam.
- c. Hasil pemeriksaan trombosit menurun (normal: 150.000-300.000 uL), hematokrit meningkat (normal: pria < 45, wanita < 40).
- d. Akral dingin , gelisah, tidak sadar (DDS, *dengue shock syndrome*).

Kriteria diagnosis menurut (WHO, 1997)

a. Kriteria klinis

- 1) Demam tinggi mendadak tanpa sebab yang jelas dan berlangsung terus-menerus selama 2-7 hari.
- 2) Terdapat manifestasi perdarahan.
- 3) Pembesaran hati.
- 4) Syok.

b. Kriteria laboratoris

- 1) Trombositopenia ($<100.000/mm^3$).
- 2) Hemokonsentrasi (Ht meningkat $>20\%$).

Seorang pasien ditanyakan menderita penyakit DBD bila terdapat minimal 2 gejala klinis yang positif dan 1 hasil laboratorium yang positif. Bila gejala dan tanda tersebut kurang dari ketentuan di atas maka pasien ditanyakan menderita demam dengue (Widoyono, 2005).

5. Pemeriksaan Diagnostik

Untuk menegakkan diagnostik DHF perlu dilakukan berbagai pemeriksaan penunjang, diantaranya adalah pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan radiologi, (Hadinegoro, 2006: 17).

1) Pemeriksaan laboratorium

1) Pemeriksaan darah

Pada pemeriksaan darah pasien DHF akan dijumpai :

- a) IgG dengue positif (dengue blood)

- b) Trombositopenia
- c) Hemoglobin meningkat >20%
- d) Hemokonsentrasi (hematokrit meningkat)
- e) Hasil pemeriksaan kimia darah menunjukkan hipoproteinemia, hiponatremia, hipokalemia
- f) SGOT dan SGPT mungkin meningkat
- g) Ureum dan pH darah mungkin meningkat
- h) Waktu perdarahan memanjang
- i) Pada analisa gas darah arteri menunjukkan asidois metabolik $\text{PCO}_2 < 35\text{-}40 \text{ mmHg}$, HCO_3^- rendah.

(Hadinegoro, 2006: 44).

2) Pemeriksaan urine

Pada pemeriksaan urine dijumpai albumin ringan.

3) Pemeriksaan serologi

Beberapa pemeriksaan serologis yang biasa dilakukan pada klien yang diduga terkena DHF adalah:

- a) Uji hemaglutinasi inhibisi (HI test)
- b) Uji komplemen fiksasi (CF test)
- c) Uji netralisasi (N test)
- d) IgM Elisa (Mac. Elisa)
- e) IgG Elisa

(Hadinegoro, 2006: 19).

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, (Hadinegoro, 2006: 19).

2) Pemeriksaan radiology

1) Foto thorax

Pada foto thorax mungkin dijumpai efusi pleura.

2) Pemeriksaan USG

Pada USG didapatkan hematomegali dan splenomegali.

6. **Komplikasi**

a. Ensefalopati.

b. Gagal ginjal (WHO, 2004).

7. **Penatalaksanaan**

a. Medis

Menurut Sudoyo, 2009. Penatalaksanaan medisnya adalah:

1) Penanganan tersangka DHF tanpa syok.

Seorang yang tersangka menderita DHF Unit Gawat Darurat dilakukan pemeriksaan hematokrit (Ht), dan trombosit, bila:

- a) Hb, Ht dan trombosit normal atau trombosit antara 100.000-150.000, pasien dapat dipulangkan dengan anjuran kontrol

atau berobat jalan ke poli klinik dalam waktu 24 jam berikutnya (dilakukan pemeriksaan Hb, Ht dan trombosit tiap 24 jam) atau bila keadaan penderita memburuk segera kembali ke Unit Gawat Darurat.

- b) Hb, Ht normal tetapi trombosit < 100.000 dianjurkan untuk dirawat.
- c) Hb, Ht maningkat dan trombosit normal atau turun juga dianjurkan untuk dirawat.

2) Pemberian cairan pada tersangka DHF.

Pasien yang disangka DHF tanpa perdarahan spontan dan masif tanpa syok maka di ruangan rawat diberikan cairan infus kristaloid dengan jumlah seperti rumus berikut:

$$1500 + (20 \times (\text{BB kg} - 20))$$

Setelah pemberian cairan dilakukan pemeriksaan Hb, Ht tiap 24 jam:

Bila Hb, Ht meningkat 10-20% dan trombosit < 100.000 jumlah pemberian cairan tetap seperti rumus di atas tetapi pemantauan Hb, Ht dan trombosit dilakukan tiap 12 jam.

3) Peningkatan hematokrit $> 20 \%$.

Meningkatnya Ht $> 20\%$ menunjukkan bahwa tubuh mengalami defisit cairan sebanyak 5%. Pada keadaan ini terapi awal pemberian cairan adalah dengan memberikan infus cairan kristaloid sebanyak 6-7 ml/kg/jam. Pasien kemudian dipantau

setelah 3-4 jam pemberian cairan. Bila terjadi perbaikan yang ditandai dengan tanda-tanda hematokrit turun, frekuensi turun, tekanan darah stabil, produksi urin meningkat maka jumlah cairan infus dikurangi menjadi 5 ml/kg/jam. Dua jam kemudiandilakukan pemantauan kembali dan bila keadaan tetap menunjukkan perbaikan maka jumlah cairan infus dikurangi menjadi 3 ml/kg/jam. Bila dalam pemantauan keadaan tetap membaik maka pemberian cairan dapat dihentikan 24-48 jam kemudian.

4) Perdarahan spontan.

Perdarahan spontan dan masif pada penderita DHF adalah: perdarahan hidung/epistaksis yang tidak terkendali walaupun telah diberikan tampon hidung, perdarahan saluran cerna (hematemesis dan melena atau hematoskesia), perdarahan saluran kencing (hematuria), perdarahan otak atau perdarahan tersenbunyi dengan jumlah perdarahan sebanyak 4-5 ml/kg/jam.

Pada keadaan seperti ini jumlah dan kecepatan pemberian cairan tetap seperti keadaan DHF tanpa syok lainnya. Pemeriksaan tekanan darah, nadi, pernafasan dan jumlah urin dilakukan sesering mungkin dengan kewaspadaan Hb, Ht dan trombosit serta hemostasis harus segera dilakukan dan pemeriksaan Hb, Ht da trombosit sebaiknya diulangi setiap 4-6 jam.

5) Sindrom Syok Dengue.

Pada kasus SSD cairan kristaloid adalah pilihan utama yang diberikan. Selain resusitasi cairan, penderita juga diberikan oksigen 2-4 liter/menit. Pemeriksaan-pemeriksaan yang harus dilakukan adalah pemeriksaan darah perifer lengkap (DPL), hemostatis, analisa gas darah, kadar natrium, kalium dan klorida, serta ureum dan kreatinin.

b. Keperawatan

- 1) Minum banyak 1, 5-2 liter/24 jam dengan air teh, gula, atau susu.
- 2) Antipyretic jika terdapat demam.
- 3) Anticonvulsant jika terdapat kejang.
- 4) Pemberian cairan melalui infus, dilakukan jika pasien mengalami kesulitan minum dan nilai hematokrit cenderung meningkat (Suriadi, 2006).

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian keperawatan

Dalam melakukan asuhan keperawatan, pengkajian merupakan dasar utama dan hal yang penting dilakukan, baik saat penderita baru pertama kali datang maupun selama klien dalam masa perawatan ((Hadinegoro, 2006: 10). Data yang diperoleh dari pengkajian klien dengan DHF dapat diklasifikasikan menjadi:

a. Data dasar, meliputi:

1) 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.

2) Pola eliminasi

Tanda : Konstipasi, penurunan berkemih, melena, hematuri, (tahap lanjut).

3) Pola aktifitas dan latihan

Tanda : Dispnea, pola nafas tidak efektif, karena efusi pleura.

4) 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.

5) Pola persepsi sensori dan kognitif

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

Tanda : Cemas dan gelisah.

6) Persepsi diri dan konsep diri

Tanda : Ansietas, ketakutan, gelisah.

7) 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.

8) Keamanan

Gejala : Adanya penurunan imunitas tubuh, karena hipoproteinemia.

9) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik meliputi :

- a) Keadaan umum pasien : lemah.
- b) Kesadaran : komplementis, apatis, somnolen, soporocoma, koma refleks, sensibilitas, nilai gasglow coma scale (GCS).
- c) Tanda-tanda vital : tekanan darah (hipotensi), suhu (meningkat), nadi (takikardi), pernafasan (cepat).
- d) Keadaan : kepala (pusing), mata, telinga, hidung (epistaksis), mulut (mukosa kering, lidah kotor, perdarahan gusi), leher, rektum, alat kelamin, anggota gerak (dingin), kulit (ptekie).
- e) Sirkulasi : turgor (jelek).
- f) Keadaan abdomen :

Inspeksi	: datar
Palpasi	: teraba pembesaran pada hati

Perkusi : bunyi timpani

Auskultasi : peristaltik usus

b. Data khusus, meliputi:

1) Data subyektif

Pada pasien DHF data subyektif yang sering ditemukan adalah :

- a) Lemah
- b) Panas atau demam
- c) Sakit kepala
- d) Anoreksia (tidak mahu makan, mual, sakit saat makan)
- e) Nyeri ulu hati
- f) Nyeri pada otot dan sendi
- g) Pegal-pegal pada seluruh tubuh
- h) Konstipasi

2) Data obyektif

Data obyektif yang dijumpai pada penderita Dengue Hemoragic Fever adalah :

- a) Suhu tinggi, menggigil, wajah tampak kemerahan
- b) Mukosa kering, perdarahan pada gusi, lidah kotor
- c) Tampak bintik merah pada kulit (ptekie) uji tourniquet positif, epistaksis, (perdarahan pada hidung), ekimosis, hematoma, hematemesis, melena.
- d) Nyeri tekan pada epigastrik
- e) Pada palpasi teraba adanya pembesaran hati dan limfa
- f) Pada renjatan nadi cepat dan lemah, hipotensi, ekstremitas dingin, gelisah, sianosis perifer, nafas dangkal.

2. Fokus intervensi

- a. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan berpindahnya cairan intraseluler ke ekstraseluler (kebocoran plasma).

Tujuan : individu mempertahankan berat badan jenis urine dalam batas normal.

Kriteria hasil:

- 1) meningkatkan asupan cairan sesuai usia dan kebutuhan metabolik.
- 2) memperlihatkan tidak adanya tanda dan gejala dehidrasi.

Intervensi:

- 1) Mengkaji keadaan umum pasien dan tanda-tanda vital.

Rasional : menetapkan data dasar pasien, untuk mengetahui penyimpangan dari keadaan normal.

- 2) Memotivasi klien untuk banyak minum.

Rasional : untuk mengantisipasi terjadinya dehidrasi akibat kebocoran plasma.

- 3) Pantau asupan, pastikan sedikitnya 1500 ml cairn peroral setiap 24 jam.

Rasional: untuk mengetahui keseimbangan masuknya cairan.

- 4) Pantau haluaran, pastikan sedikitnya 1000-1500 ml/14 jam.

Rasional: untuk mengetahui keseimbangan keluaranya cairan.

- 5) Pantau kadar elektrolit darah, nitrogen urea darah, osmolalitas urine dan serum kreatinin, hematokrit dan hemoglobin.

Rasional: agar cairan dalam tubuh teratasi (Carpenito, 2006).

b. Hipertemi berhubungan dengan proses infeksi virus

Tujuan: Mempertahankan suhu tubuh normal

Implementasi :

- 1) Ukur tanda- tanda vital: suhu
- 2) Ajarkan keluarga dalam pengukuran suhu
- 3) Lakukan “water tepid sponge”(seka) dengan air biasa
- 4) Tingkatkan intake cairan
- 5) Berikan terapi untuk menurunkan suhu (Suriadi, 2006).

c. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anorexia.

Tujuan : individu makan makanan bergizi tiap haridalam kaitannya dengan tingkat aktivitasnya dan kebutuhan metabolik.

Kriteria hasil:

- 1) Menyebutkan pentingnya nutrisi yang baik.
- 2) Menyebutkan metode peningkatan nafsu makan.

Intervensi:

- 1) timbang berat badan klien setiap hari dan catat perubahannya.

Rasional: agar mengetahui perubahan berat badan klien.

- 2) Anjurkan klien untuk makan sedikit tapi sering.

Rasional: untuk mengurangi rasa mual dan ingin muntah.

- 3) Sajikan makanan dalam keadaan hangat.

Rasional : untuk mengurangi mual dan meningkatkan nafsu makan klien.

- 4) Bantu klien untuk mempertahankan kebersihan mulutnya dengan oral hygiene (gosok gigi).

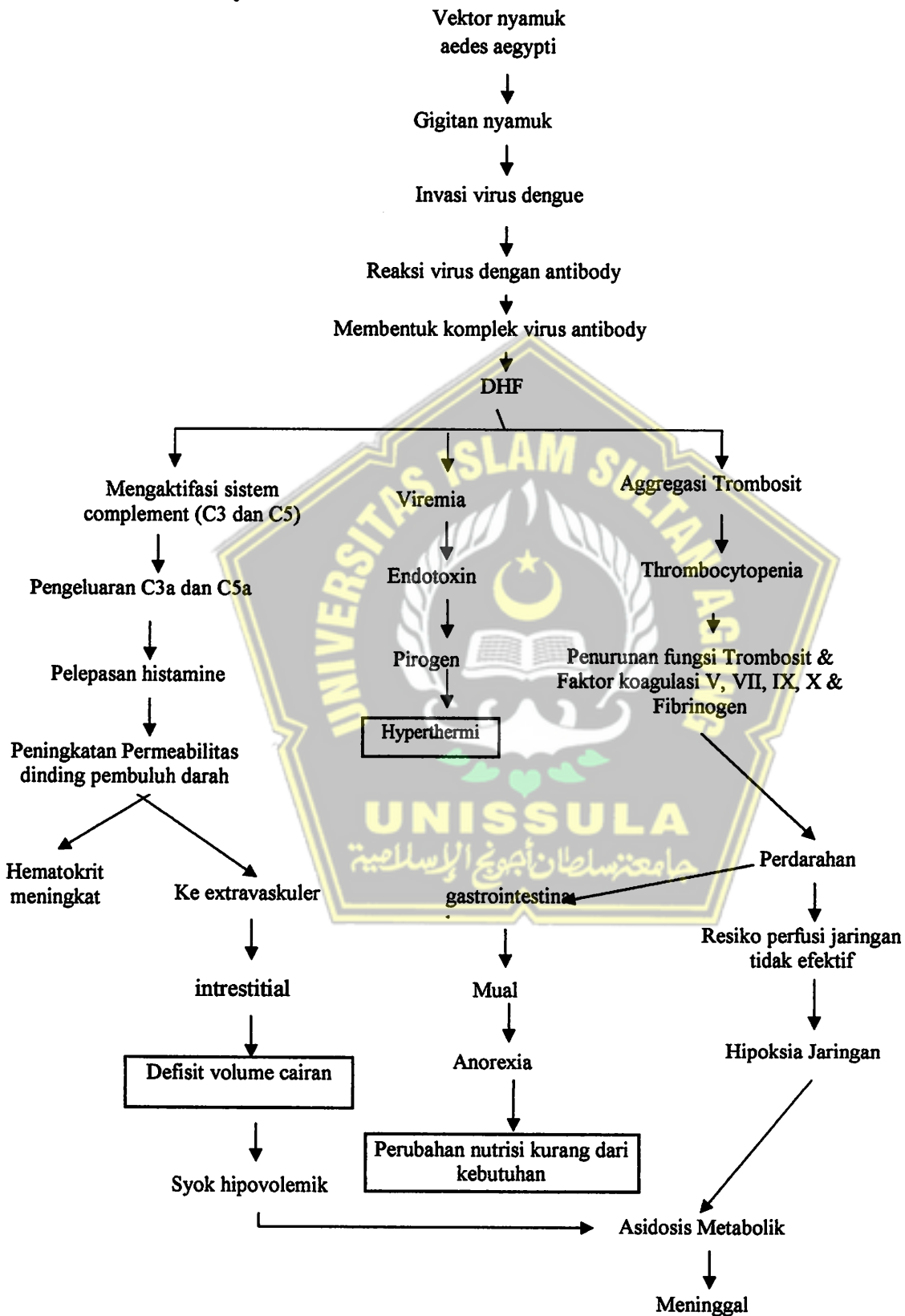
Rasional : untuk menjaga mulut dan lidah klien agar tetap bersih dan segar sehingga dapat meningkatkan nafsu makan klien.

- 5) Jelaskan manfaat nutrisi pada klien dan keluarga.

Rasional : agar klien mengerti pentingnya nutrisi untuk tubuh dan keluarga mampu memotivasi serta memberi makan klien sesuai anjuran perawat (Carpenito, 2006)



C. Pathway



(Hidayat, 2006)

BAB III

HASIL ASUHAN KEPERAWATAN

Bab ini penulis akan mendeskripsikan tentang pelaksanaan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan secara menyeluruh pada pasien dengan *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF) yang dilaksanakan selama 3 hari, yaitu pada tanggal 25-27 Agustus 2010 di ruang Cempaka RSUD Sunan Kalijaga Demak.

A. Pengkajian

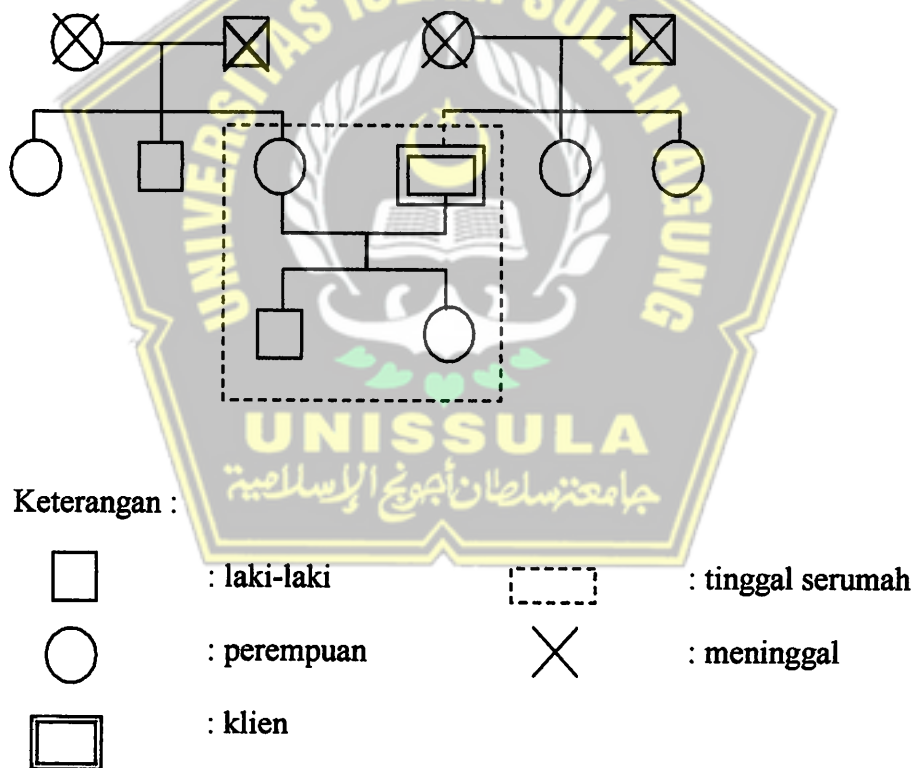
Pengkajian dilakukan pada tanggal 25 Agustus 2010 jam 09.30 di ruang cempaka, secara autoanamnesa dan alloanamnesa didapatkan hasil data pengkajian sebagai berikut: klien seorang laki-laki bernama Tn. B, tempat/tanggal lahir: Demak, 25 September 1956, berusia 54 tahun bertempat tinggal di Demak. Pendidikan klien sarjana dan beragama Islam. Klien dirawat di rumah sakit sejak tanggal 24 Agustus 2010 dengan nomor catatan medis 151635. Klien masuk dengan diagnosa medis *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF). Penanggung jawab atas perawatan klien adalah Ny. S (perempuan) berusia 45 tahun. Ny. S adalah istri klien sebagai ibu rumah tangga. Ny. S beragama Islam dan beralamat di Demak.

Riwayat penyakit sekarang klien mengatakan bahwa badannya panas, dengan data TD: 120/90 mmHg, N: 72x/menit, S: 38,5 °C, RR: 24x/menit. Dan klien juga mengatakan bahwa nafsu makannya berkurang karena mual,

badannya terasa lemas dan gemetar. Klien mengatakan sudah 3 hari badannya panas dan dibawa ke rumah sakit.

Riwayat masa lalu klien mengatakan belum pernah mengalami sakit DHF sebelumnya dan belum pernah dirawat di rumah sakit. Klien juga mengatakan belum pernah menderita penyakit berat, kadang-kadang mengalami flu dan biasa berobat ke dokter. Klien tidak memiliki alergi terhadap makanan, obat-obatan, tumbuhan, maupun binatang tertentu.

Genogram dan riwayat kesehatan keluarga.



Klien adalah anak pertama dari tiga bersaudara. klien sudah mempunyai seorang istri dan dua orang anak. Klien tinggal dengan istri dan anak-anaknya. Klien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang mengalami

DHF sebelumnya, selain itu juga tidak ada yang memiliki riwayat penyakit keturunan seperti hipertensi, asma, maupun Diabetes Melitus (DM).

Dari pengkajian pola fungsional menurut Gordon, didapatkan data sebagai berikut:

Persepsi kesehatan klien, sebelum sakit klien mengatakan kesehatan adalah suatu hal yang penting, setelah klien sakit, klien langsung pergi ke rumah sakit.

Status nutrisi, sebelum sakit klien mengatakan selalu makan teratur 3 kali sehari dengan komposisi nasi, sayur dan lauk pauk, minum air putih 7-8 gelas sehari. Selama sakit klien nafsu makannya turun karena mual, makan tidak teratur dan porsi yang disediakan rumah sakit tidak habis dimakan hanya 2-3 sendok dengan menu nasi, lauk dan sayur lunak. Minum juga sedikit hanya 3-4 gelas air putih dalam sehari dan 1 gelas jus jambu merah perhari karena dipercaya dapat menyembuhkan Dengue Hemoragic Fever (DHF). Mukosa bibir kering, turgor jelek. BB sebelum sakit 57 kg. Berat badan klien saat ini adalah 55 kg, mengalami penurunan 2 kg dari berat badan sebelum sakit. A= BB: 55 kg, LL: 20 cm, TB: 160 cm, LP: 60 cm, B= GDS: 143, OT/PT: 69/70, Hb: 15,2, Ht: 45,8, C= Mukosa bibir kering, turgor jelek, D= Nasi, lauk pauk dan sayur lunak (2-3 sendok).

Pola eliminasi klien tidak ada gangguan baik sebelum dirawat maupun sudah dirawat di rumah sakit. Sebelum sakit klien mengatakan kalau BAB 2 hari sekali, dengan konsistensi lembek, warna kuning, bau khas feces. Klien juga mengatakan sebelum sakit BAK 4-6 kali sehari, warna kuning pekat dan

bau khas urin. Selama dirawat di rumah sakit pola eliminasi normal tidak ada gangguan, klien BAB 2 hari sekali, dengan konsistensi lembek, warna kuning, bau khas feses. Klien BAK dengan frekuensi normal 4-6 kali sehari warna kuning dan bau khas urin dan tidak ada keluhan lain.

Selain itu, didapatkan data tentang pola istirahat dan tidur pasien, yaitu sebelum sakit, klien biasanya tidur 7 – 8 jam sehari dari pukul 22.00 hingga pukul 05.00. klien tidak terbiasa tidur siang karena harus bekerja. Sedangkan setelah sakit, klien tidur lebih awal dari mulai pukul 21.00 hingga jam 05.00. klien kadang tidur siang sekitar 1 – 2 jam dan tidak mengkonsumsi obat tidur.

Dari pengkajian pola aktivitas klien didapat hasil, sebelum sakit klien mampu melaksanakan kegiatan sehari-hari dengan bekerja. Selama dirawat di rumah sakit, klien mengalami intoleransi aktivitas akibat kelemahan yang dirasakannya, dibuktikan dengan penampilan umum klien masih tampak lemah dan membutuhkan bantuan orang lain (baik perawat maupun keluarga) untuk melakukan aktivitasnya, seperti berjalan menuju kamar mandi dan membersihkan diri.

Pola kognitif/persepsi, sebelum sakit klien mengatakan kalau dirinya tanggap, jelas dan mengambil keputusan sendiri. Klien menganggap bahwa penyakitnya hanya cobaan dan selama sakit klien juga masih tanggap dan mengambil keputusan sendiri walaupun kadang-kadang berdiskusi dengan keluarga.

Persepsi diri, klien mengatakan seluruh bagian tubuhnya tidak ada yang tidak disukai dan itu semua merupakan anugerah dari Allah. Identitas klien

mengatakan dirinya seorang laki-laki biasa dihadapan Allah. Peran klien dalam keluarganya sebagai kepala keluarga dan yang mencukupi kebutuhan sehari-hari. Ideal diri klien selama sakit ingin cepat sembuh dan melakukan aktifitas seperti biasanya. Harga diri klien dirinya seorang yang bisa tanggap menghadapi masalahnya dan selama sakit klien juga tanggap dalam menghadapi masalah.

Dalam pengkajian hubungan sosial sebelum sakit klien mengatakan bahwa hubungannya dengan keluarga dan tetangganya sangat baik. Dan selama sakit hubungan klien dengan keluarga dan tetangganya juga masih sangat baik, dilihat dari banyaknya pengunjung di kamar klien.

Saat dikaji tentang kebiasaan seksual klien adalah seorang laki-laki, sudah menikah mempunyai 2 orang anak satu laki-laki, satu perempuan dan klien disayangi keluarganya dan klien juga seorang yang sangat penyayang.

Kebutuhan spiritual klien terpenuhi sangat baik. Sebelum sakit klien mengatakan beribadah secara teratur, seperti sholat 5 waktu dan selalu mengaji. Selama sakit klien melakukan sholat diatas tempat tidur klien berdo'a dan berdzikir kepada Allah.

Klien mempunyai pertahanan koping yang baik. klien mengatakan bahwa setiap ada masalah selalu berdiskusi denga istrinya, dan menganbil keputusan sendiri. Klien ingin cepat sembuh.

Dari hasil pemeriksaan fisik didapatkan data sebagai berikut: keadaan umum klien baik, tingkat kesadaran klien composmentis, tanda-tanda vital tekanan darah 120/90 mmHg, nadi 72 x/menit, suhu 38,5°C, pernafasan 24

x/menit. Dan setelah dilakukan pemeriksaan *head to toe* didapatkan data kepala klien berbentuk mesocefal, tidak ada benjolan, tidak ada lesi, rambut bersih, rambut berwarna hitam dan ada yang putih. Mata konjungtiva tidak enemis, seklera tidak ikterik, penglihatan klien baik, jelas dan bentuknya simetris. Hidung klien bersih, bentuk simetris, tidak ada secret dan hidungnya mancung. Mulut mukosa bibir kering, tidak ada stomatitis dan tidak sakit jika dipakai menelan. Leher klien simetris dan tidak ada pembesaran kelenjar tiroid. Telinga klien simetris, bersih, tidak ada kotoran pendengarannya bagus. Genetalia klien tidak ada infeksi, tidak ada luka, bersih dan tidak terpasang kateter. Kulit klien tidak ada lesi, warna kulit kuning, turgor turun dan kuku klien tampak bersih.

Saat dilakukan pemeriksaan Jantung inspeksi ictus cordis tidak terlihat, palpasi ictus cordis teraba diintercosta (ics) 5, perkusi pekak, auskultasi bunyi jantung lub dub. Paru-paru inspeksi pengembangan dada normal, palpasi tidak ada ronchi dan tidak ada wheezing. Abdomen inspeksi datar, auskultasi peristaltik usus 12 x/menit, perkusi tidak ada nyeri tekan dan tidak ada benjolan, palpasi tympani.

Pada pemeriksaan ekstremitas didapat data ekstremitas atas: klien terpasang infus pada tangan kanan (RL 16 tpm) dan yang kiri dapat bergerak bebas dan ekstremitas bawah: klien kaki kanan dapat bergerak dengan bebas yang kiri juga dapat bergerak dengan bebas.

Pada hasil pemeriksaan diagnostik tanggal 24 Agustus 2010, diperoleh data laboratorium sebagai berikut: Hb: 15,2, Ht: 45,8%, trombosit: 147.000

(N: 150.000-400.000/mm⁵), leukosit: 4.020 (N: 4000-11000/mm⁵), GDS: 143 mg/dl, SGOT/SGPT: 69/70.

Sedangkan terapi yang didapat klien pada tanggal 24 Agustus 2010 adalah: Infus RL 16 tetes per menit, paracetamol 3x1, norvask 1x sore, noporten 10 mg (pagi). Iritunal 2x1, ranitidin 3x1 ampul, colcanantin 3x1 ampul, dexametason IV pelan 1 ampul.

B. Analisa Data dan Masalah Keperawatan

1. Hipertermia berhubungan dengan proses infeksi virus dengue.

Analisa data yang didapat pada hari Rabu, 25 Agustus 2010, didapatkan data fokus berupa data subyektif yaitu klien mengatakan badannya panas dan klien mengeluh lemas. Sedangkan data obyektifnya berupa hasil pengukuran tanda-tanda vital klien yaitu TD : 120/90 mmHg, suhu : 38,5⁰C, klien tampak lemas, pucat dan badannya panas.

Dari data tersebut, tujuan tindakan keperawatan yang diberikan adalah: setelah dilakukan tindakan selama 2 x 24 jam suhu tubuh klien mengalami penurunan, dengan kriteria hasil klien tidak mengeluh badannya panas lagi dan setelah dilakukan pengukuran suhu tubuh dengan termometer, suhu klien turun menjadi 36,5⁰C. Klien tidak lemas dan hasil pengukuran TTV normal.

Intervensinya antara lain: Ukur suhu tubuh klien, anjurkan kompres pada air hangat pada daerah kepala dan ketiak, anjurkan klien untuk banyak minum, anjurkan klien memakai pakaian yang tipis dan

menyerap keringat, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat antipiretik.

Tindakan keperawatan yang pertama dilaksanakan pada hari Rabu, 25 Agustus 2010 sesuai diagnosa yang pertama adalah: Mengukur tanda-tanda vital pada jam 11.20 WIB, data subjektif: klien bersedia dilakukan TTV, data objektif: TD: 120/90 mmHg, N : 72 x/mnt, S : 38 °C, RR: 22 x/menit. Memotivasi klien banyak minum air putih jam 11.30 WIB, data subjektif: klien bersedia meminum air putih yang banyak dan jus jambu, data objektif: klien tampak minum air putih dan sedikit jus jambu. Meberikan kompres hangat pada pukul 11.45 WIB, data subjektif: klien mengatakan lebih nyaman setelah dikompres, data objektif: klien tampak lebih relax. Berkolaborasi dalam memberi antipiretik Paracetamol 3 x 500 mg (per oral) pukul 12.00, data subjektif: klien mau meminum obat, data objektif: klien tampak meminum obat.

Tindakan keperawatan yang kedua dilaksanakan pada hari Kamis, 26 Agustus 2010 sesuai diagnosa pertama adalah: Mengukur suhu klien pukul 08.00 WIB, data subjektif: klien mengatakan panasnya turun, data objektif: pengukuran suhu klien 36,5⁰ C. Menganjurkan memakai pakaian tipis dan menyerap keringat 08.10 WIB, data subjektif: klien mau memakai pakaian tipis dari katun, data objektif: klien memakai kaos dari katun. Mengukur tanda-tanda vital pukul 12.45 WIB, data subjektif: klien mengatakan badannya sudah tidak terlalu panas, data objektif: TTV klien

TD 120/80 mmHg, Nadi 80 x per menit, suhu $36,5^{\circ}$ C, RR 24x per menit.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan, hasil evaluasi yang diperoleh pada tanggal 27 Agustus 2010 jam 13.50 WIB pada diagnosa pertama adalah sebagai berikut: data subjektif: klien mengatakan panasnya sudah turun, objektif: suhu tubuh klien $36,5^{\circ}$ C, analisa: masalah teratasi, planning: hentikan intervensi.

2. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake makanan tidak adekuat, anoreksia.

Pengkajian diagnosa kedua diperoleh data subjektif : klien mengatakan tidak nafsu makan terasa mual saat makan, klien juga mengatakan kalau badannya gemetar. Data obyektif yang mendukung antara lain klien tampak lemah dan pucat, makan hanya habis 2-3 sendok makan, A: BB sebelum sakit 57 kg menjadi 55 kg, B: GDS 143, OT/PT 69/70, Hb 15,2 Ht 45,8, C: mukosa bibir kering, turgor jelek, D: nasi sayur, lauk pauk dan sayur (2-3 sendok makan).

Tujuan tindakan keperawatan adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam kebutuhan nutrisi klien terpenuhi secara adekuat, dengan kriteria hasil : nafsu makan klien membaik, dan badannya terasa segar, mengalami peningkatan berat badan dalam batas normal sesuai usia.

Intervensi keperawatan untuk masalah keperawatan ini adalah timbang berat badan klien setiap hari, anjurkan klien untuk makan sedikit

tapi sering, sajikan makanan dalam keadaan hangat, bantu klien untuk mempertahankan kebersihan mulutnya dengan oral hygiene (gosok gigi), beri motivasi bahwa nutrisi sangat penting pada klien dan keluarga, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian vitamin.

Tindakan keperawatan pada Tn. B pada tanggal 25 Agustus 2010, menimbang BB klien pada jam 12.00 WIB, data subjektif: klien mengatakan berat badannya turun 2 kg sejak masuk rumah sakit sebelum sakit 57 kg, data objektif: BB klien adalah 55 kg. Menganjurkan klien makan sedikit tapi sering pada pukul 12.15 WIB, data subjektif: klien mengatakan suka mengemil dan klien mau makan makanan kecil, data objektif: klien tampak memakan roti. Memberikan diet (makan siang) pukul 12.30 WIB, data subjektif: klien mengatakan mual saat makan, data objektif: klien makan habis 2-3 sendok.

Tindakan keperawatan yang kedua pada tanggal 26 Agustus 2010, Membantu klien mempertahankan kebersihan oral; membantu menggosok gigi pukul 08.30 WIB, data subjektif: klien mengatakan mulutnya lebih enak dan segar, data objektif: mulut dan gigi klien tampak lebih bersih. Menjelaskan pentingnya nutrisi dan gizi yang seimbang pada pukul 09.00 WIB, data subjektif: klien mengatakan mengerti pentingnya gizi yang seimbang untuk mempercepat penyembuhan dan klien setuju untuk mencoba menghabiskan porsi makannya, data objektif: klien tampak menghabiskan makanannya. Memberikan diet dalam keadaan hangat sesuai kebutuhan pada pukul 12.15 WIB, data subjektif: klien mengatakan sudah tidak mual lagi, data

objektif: klien tampak memakan habis porsi yang disediakan rumah sakit. Menimbang BB klien pada pukul 13.10 WIB, data subjektif: klien mengatakan berat badannya masih sama, data objektif: BB klien 55 kg.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan, hasil evaluasi pada diagnosa kedua yang diperoleh pada tanggal 27 Agustus 2010 jam 14.00 WIB adalah sebagai berikut: data subjektif: klien mengatakan sudah nafsu makan dan tidak mual lagi, objektif: mukosa bibir kering, turgor agak baik, nasi, sayur, lauk pauk dan buah habis 1 porsi, analisa: masalah teratasi, planning: hentikan intervensi.

3. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan output dan intake tidak seimbang.

Pengkajian diagnosa ketiga data lain yang diperoleh data subjektif: klien mengatakan tidak banyak minum air. Klien juga mengatakan badannya lemas. Data objektif : mukosa bibir kering, turgor jelek. Masalah keperawatan yang muncul dari data tersebut adalah kekurangan volume cairan berhubungan dengan output dan intake tidak seimbang.

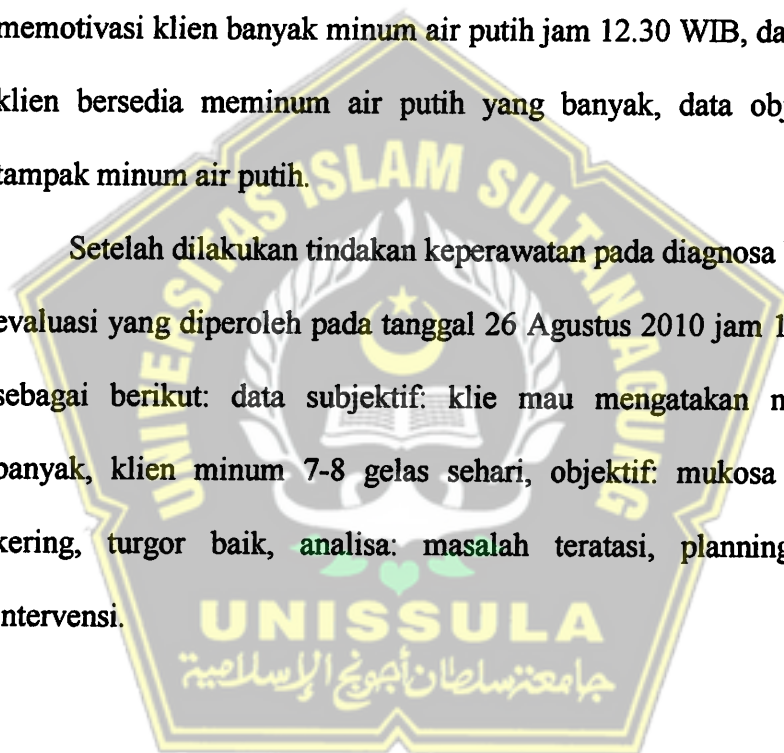
Tujuan pemberian tindakan adalah setelah dilakukan tindakan 2 x 24 jam kebutuhan cairan terpenuhi dengan kriteria hasil klien mengatakan banyak minum air putih, klien tidak mengatakan lemas, turgor baik, mukosa bibir tidak kering.

Rencana tindakan untuk diagnosa yang ketiga adalah: Monitor tanda-tanda vital, mengobservasi *intake output*, anjurkan klien untuk banyak minum 1,5-2 liter, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian cairan.

Tindakan keperawatan pada Tn. B pada tanggal 25 Agustus 2010 adalah: menganjurkan klien untuk banyak minum air putih pukul 12.50 WIB, data subjektif: klien mau meminum air, data objektif: klien tampak meminum air putih. Melanjutkan pemberian cairan infus vena jam 12.45 WIB, data subjektif: tidak ada, data objektif: infus RL 20 tetes per menit.

Tindakan keperawatan yang kedua pada tanggal 26 Agustus 2010, memotivasi klien banyak minum air putih jam 12.30 WIB, data subjektif: klien bersedia meminum air putih yang banyak, data objektif: klien tampak minum air putih.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada diagnosa ketiga, hasil evaluasi yang diperoleh pada tanggal 26 Agustus 2010 jam 14.10 adalah sebagai berikut: data subjektif: klie mau mengatakan mau minum banyak, klien minum 7-8 gelas sehari, objektif: mukosa bibir tidak kering, turgor baik, analisa: masalah teratasi, planning: hentikan intervensi.



BAB IV

PEMBAHASAN

Bab IV ini, penulis akan membahas tentang asuhan keperawatan yang dilakukan pada Tn. B dengan masalah *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF) di ruang cempaka RSUD Sunan Kalijaga Demak. Pengkajian dilakukan pada tanggal 25 Agustus 2010 pukul 09.30 WIB. Asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah awal dalam proses keperawatan. Aktivitas utama dalam proses pengkajian adalah proses pengumpulan data, secara sistemik untuk menentukan status kesehatan saat ini dan masa lalu, status fungsional, dan untuk mengevaluasi pola-pola koping yang digunakan oleh klien sebelum maupun sesudah sakit.

Pengumpulan data subjektif pada Tn. B dilakukan melalui wawancara dengan klien dan keluarga, sedangkan data objektif didapat melalui observasi, pemeriksaan fisik, catatan medis, dan hasil pemeriksaan laboratorium. Sedangkan dalam pengkajian pola fungsional menurut Gordon.

Berdasarkan pengkajian yang penulis peroleh masih terdapat beberapa kekurangan yaitu pemeriksaan fisik pada mata hanya mencantumkan data konjungtiva tidak enemis, seklera tidak ikterik, penglihatan klien baik, jelas dan bentuknya simetris. Seharusnya perlu melakukan pemeriksaan apakah

mata klien cekung atau tidak, karena pada keadaan kekurangan cairan biasanya disertai tanda mata cekung.

Pengkajian balance cairan (intake dan output) juga kurang tepat karena penulis kurang teliti dan tidak mencantumkan balance cairan. Keseimbangan cairan tubuh adalah: suatu tindakan pengukuran jumlah cairan yang masuk kedalam tubuh (asupan) dan mengukur jumlah cairan yang keluar dari tubuh (haluaran). Dengan cara menentukan jumlah cairan yang masuk ke dalam tubuh klien intake/asupan: air minum, air dalam makanan, air hasil oksidasi (metabolisme), dan cairan intravena. Tentukan jumlah cairan yang keluar dari tubuh klien: urine, kehilangan cairan tanpa disadari (IWL), keringat, feses, dan muntah. Jadi rumusnya keseimbangan cairan tubuh adalah: asupan - haluaran.

B. Analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi

Berdasarkan hasil pengkajian, diagnosa keperawatan yang dirumuskan oleh penulis sesuai prioritas adalah:

1. Hyperthermia berhubungan dengan proses infeksi virus dengue.
2. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan intake makanan tidak adekuat, anorexia.
3. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan output dan intake tidak seimbang.

Prioritas diagnosa keperawatan yang dirumuskan oleh penulis masih kurang tepat, berdasarkan urgensinya volume cairan menjadi prioritas utama

karena dapat menyebabkan kondisi tubuh menurun sehingga dapat menyebabkan syok dan kematian. Sehingga prioritas diagnosa yang lebih tepat adalah sebagai berikut:

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan output dan intake tidak seimbang.
2. Hyperthermia berhubungan dengan proses infeksi virus dengue.
3. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan intake makanan tidak adekuat, anorexia.

Selanjutnya, penjelasan mengenai rencana keperawatan pada Tn. B sesuai dengan diagnosa yang muncul adalah sebagai berikut:

1. **Kekurangan volume cairan berhubungan dengan output dan intake tidak seimbang.**

Kekurangan volume cairan adalah; keadaan ketika seorang individu yang tidak menjalani puasa mengalami dehidrasi vascular/ intravascular.

Batasan karakteristik mayor (harus terdapat) ketidak cukupan masukan cairan per oral, tidak adanya keseimbangan antara masukan dan aluran, membrane mucosa atau kulit kering, berat badan kurang. Sedangkan batasan karakteristik minor (mungkin terdapat) meningkatnya atrium darah, menurunnya aluran urine, sering berkemih, turgor kulit menurun, mual, anorexia (Carpenito, 2006).

Diagnosa tersebut penulis angkat karena didukung oleh data sebagai berikut: klien mengatakan tidak banyak minum air. Klien juga mengatakan badannya lemas. Data objektif : mukosa bibir kering, tirgor

jelek. Data tersebut sebenarnya masih belum cukup, seharusnya dilengkapi dengan warna urine dan balance cairan.

Diagnosa kekurangan volume cairan ditegakkan sebagai diagnosa pertama karena menurut Hierarki Maslow hal ini termasuk kebutuhan fisiologis, sedangkan menurut Triage Konsep hal ini termasuk kebutuhan immediate dimana apabila tidak diatasi mengakibatkan penurunan volume cairan kurang dari kebutuhan tubuh dapat menyebabkan dehidrasi yang dapat mengakibatkan kondisi tubuh menurun sehingga dapat menyebabkan syok dan kematian.

Penulis telah menetapkan beberapa intervensi diantaranya: Memonitor tanda-tanda vital. Mengobservasi *intake output*, anjurkan klien untuk banyak minum 1,5-2 liter, kolaborasi dengan dokter dalam memberikan cairan.

Rencana asuhan keperawatan di atas penulis telah melakukan intervensi yang sesuai dengan di atas karena klien kooperatif.

Intervensi yang ketiga yang penulis rencanakan, kurang tepat. Seharusnya bukan 1,5-2 liter, tetapi disesuaikan kebutuhan dengan kebutuhan cairan klien berdasarkan berat badan.

Evaluasi dari diagnosa diatas didapatkan masalah teratasi sesuai dengan kriteria hasil karena klien minum jus jambu, selaput *mucosa* bibir lembab. Evaluasi tersebut sudah sesuai dengan criteria hasil yang penulis tetapkan.

2. Hyperthermia berhubungan dengan proses infeksi virus dengue.

Hyperthermia berhubungan dengan proses infeksi virus (*viremia*).

Hyperthermia adalah keadaan di mana seorang individu berisiko gagal mempertahankan suhu tubuh dalam batas normal (36°C sampai 37°C) (Carpenito, 2006).

Batasan karakteristik mayor (harus terdapat) suhu tubuh lebih tinggi $37,8^{\circ}\text{C}$ (100°F) per oral $38,8^{\circ}\text{C}$ (100°F) per rektal, kulit hangat, *tachycardia*. Sedangkan batasan karakteristik minor (mungkin terdapat) kulit kemerahan, hangat pada sentuhan, peningkatan frekwensi pernapasan, *tachycardia*, menggigil, dehidrasi, dan nyeri yang spesifik atau umum (misal; sakit kepala) *malaise*, keletihan, kelemahan, kehilangan nafsu makan, berkeringat (Carpenito, 2006).

Diagnosa ini muncul karena diperoleh data sebagai berikut: klien mengatakan badannya panas dan klien mengeluh lemas. Sedangkan data obyektifnya berupa hasil pengukuran tanda-tanda vital klien yaitu TD : 120/90 mmHg, suhu : $38,5^{\circ}\text{C}$, klien tampak lemas, pucat dan badannya panas.

Penulis memunculkan diagnosa hyperthermia sebagai diagnosa kedua karena menurut Hierarki Maslow termasuk fisiologis, sedangkan Triage Concept hal ini termasuk kebutuhan urgent, karena tidak dapat ditunda dan memerlukan tindakan yang cepat dan tepat. Jika tidak kondisi klien akan memburuk. Selain itu tanda dan gejalanya paling jelas untuk dimonitor, jika masalah ini tidak segera diatasi, demam dapat

menyebabkan kejang dan jika kejang berlanjut dapat menyebabkan kerusakan pada otot.

Sedangkan untuk mengatasi masalah tersebut intervensi yang dilakukan sebagai berikut: Ukur suhu tubuh klien dan catat perubahannya, anjurkan kompres pada air hangat pada daerah kepala dan ketiak, anjurkan klien untuk banyak minum 1,5-2 liter, anjurkan klien memakai pakaian yang tipis dan menyerap keringat, lanjutkan kolaborasi pemberian obat.

Intervensi yang kedua yang penulis rencanakan, kurang tepat. Seharusnya bukan 1,5-2 liter, tetapi disesuaikan kebutuhan dengan kebutuhan cairan klien berdasarkan berat badan.

Tahap ini tidak akan membahas mengenai tindakan yang belum dilaksanakan sesuai dengan intervensi ataupun tindakan yang akan dilakukan karena tindakan tersebut sudah dilakukan. Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi diagnosa yang kedua semuanya sesuai dengan intervensi.

Evaluasi dalam diagnosa kedua masalah teratasi dengan criteria hasil: suhu tubuh normal, suhu tubuh $36,5^{\circ}\text{C}$. evaluasi tersebut sudah sesuai dengan kriteria hasil yang penulis tetapkan.

3. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan intake makanan tidak adekuat, anorexia.

Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan adalah suatu keadaan dimana individu yang tidak mengalami puasa atau beresiko mengalami

penurunan berat badan yang berhubungan dengan masukan yang tidak adekuat atau metabolisme nutrisi yang tidak adekuat kebutuhan metabolik (Carpenito, 2006).

Batasan karakteristik mayor (harus terdapat) individu yang tidak puasa melaporkan /mengalami masukan makanan tidak adekuat kurang dari yang di anjurkan dengan atau tanpa penurunan berat badan atau kebutuhan metabolic actual atau potensial dalam masukan makanan yang berlebihan. Sedangkan untuk batasan karakteristik minor (mungkin terdapat) berat badan 10 % sampai 20 % atau lebih dibawah berat badan ideal. Untuk tinggi dan kerangka tubuh, lipatan kulit triceps, lingkaran lengan tengah dan lingkaran otot dan nyeri tekan, peka rangsangan mental atau kekakuan mental, penurunan albumin serum, penurunan transferrin serum atau penurunan kapasitas ikatan besi (Carpenito, 2006).

Diagnosa yang kedua muncul karena sudah sesuai dengan data-data sebagai berikut: klien mengatakan tidak nafsu makan terasa mual saat makan, klien juga mengatakan kalau badannya gemetar. Data obyektif yang mendukung antara lain klien tampak lemah dan pucat, makan hanya habis 2-3 sendok makan, A: BB sebelum sakit 57 kg menjadi 55 kg, B: GDS 143, OT/PT 69/70, Hb 15,2 Ht 45,8, C: mukosa bibir kering, turgor jelek, D: nasi sayur, lauk pauk dan sayur (2-3 sendok makan).

Diagnosa tersebut sudah tepat. Menurut Hierarki Maslow kebutuhan nutrisi termasuk kebutuhan fisiologis, sedangkan menurut

Triage concept adalah nonurgen karena nutrisi dibandingkan dengan cairan yang harus didahulukan adalah kebutuhan cairan tubuh.

Penulis telah menetapkan intervensi diantaranya: Timbang berat badan klien setiap hari, anjurkan klien untuk makan sedikit tapi sering, sajikan makanan dalam keadaan hangat, bantu klien untuk mempertahankan kebersihan mulutnya dengan oral hygiene (gosok gigi), jelaskan manfaat nutrisi pada klien dan keluarga, bertujuan agar klien mengerti pentingnya nutrisi untuk tubuh dan keluarga mampu memotivasi serta memberi makan klien sesuai anjuran perawat. Tindakan kolaborasi yang dapat dilakukan adalah pemberian vitamin.

Evaluasi dari diagnosa di atas didapatkan masalah teratasi sesuai dengan kriteria hasil; nafsu makan klien membaik, dan badannya terasa segar, mengalami peningkatan berat badan dalam batas normal sesuai usia.

Diagnosa yang seharusnya diangkat tetapi belum diangkat adalah intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan. Karena didapatkan data bahwa sebelum sakit klien mampu melaksanakan kegiatan sehari-hari dengan bekerja. Selama dirawat di rumah sakit, klien mengalami intoleransi aktifitas akibat kelemahan, dibuktikan dengan penampilan umum klien masih tampak lemah dan membutuhkan bantuan orang lain (baik perawat maupun keluarga) untuk melakukan aktivitasnya, seperti berjalan menuju kamar mandi dan membersihkan diri.

Penulis mengetahui bahwa apabila diagnosa tersebut tidak diangkat maka dapat berakibat pada pengecilan otot klien. penulis mengetahui

tidak mengkaji lebih jauh, dan tidak mencantumkan diagnosa intoleransi aktifitas, hal ini dirasakan penulis sebagai kekurangan dan keterbatasan dalam menganalisa masalah.



BAB V

PENUTUP

Berdasarkan pembahasan pada Asuhan Keperawatan pada Tn. B dengan dengue hemorrhagic fever, penulis mengemukakan kesimpulan dan saran sebagai berikut :

A. Kesimpulan

DHF merupakan infeksi akut yang disebabkan oleh *arbovirus* dan ditularkan melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti* yang ditandai dengan empat gejala klinis yaitu demam yang tinggi, manifestasi perdarahan, hepatomegali dan tanda-tanda kegagalan sirkulasi sampai timbulnya renjatan (*Syndrome Renjatan Dengue*) sebagai akibat dari kebocoran plasma yang dapat menyebabkan kematian dan dapat menyerang semua golongan usia.

Masalah keperawatan pada Tn. B dengan *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF) yaitu *Hyperthermia* berhubungan dengan proses infeksi virus dengue. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan intake makanan tidak adekuat, anoreksia. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan output dan intake tidak seimbang.

Intervensi yang dilakukan untuk doagnosa hipertermi: : Ukur suhu tubuh klien, anjurkan kompres pada air hangat pada daerah kepala dan ketiak, anjurkan klien untuk banyak minum, anjurkan klien memakai pakaian yang tipis dan menyerap keringat, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat antipiretik. Pada diagnosa perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan: timbang

berat badan klien setiap hari, anjurkan klien untuk makan sedikit tapi sering, sajikan makanan dalam keadaan hangat, bantu klien untuk mempertahankan kebersihan mulutnya dengan oral hygiene (gosok gigi), beri motivasi bahwa nutrisi sangat penting pada klien dan keluarga, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian vitamin. Pada diagnosa kekurangan cairan: Monitor tanda-tanda vital, mengobservasi *intake output*, anjurkan klien untuk banyak minum 1,5-2 liter, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian cairan.

Implementasi yang dilakukan penulis untuk mengatasi masalah yang muncul sudah sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan. Evaluasi yang penulis dapatkan dari asuhan keperawatan yang dilakukan pada Tn. B adalah untuk diagnosa pertama masalah teratasi, diagnosa kedua masalah teratasi, dan diagnosa ketiga masalah teratasi.

B. Saran

1. Institusi pendidikan

Diharapkan untuk lebih menekankan mahasiswa dalam membuat asuhan keperawatan yang benar sehingga dapat menciptakan generasi perawat yang lebih berkompentensi dalam memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif.

2. Lahan praktik

Diharapkan untuk lebih meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit dalam memberikan asuhan keperawatan serta pendokumentasian asuhan keperawatan secara benar dan komprehensif khususnya dalam mengatasi masalah klien dengan (*Dengue Hemorrhagic Fever*) DHF.

3. Masyarakat

Diharapkan pada masyarakat untuk lebih meningkatkan pengetahuan terhadap pencegahan dan penatalaksanaan (*Dengue Hemorrhagic Fever*) DHF.



DAFTAR PUSTAKA

- Carpenito, L.J. (2006). *Buku saku diagnosa keperawatan* . Alih bahasa: Yasmin Asih. Edisi 10. Jakarta: EGC.
- Hadinegoro, Sri Rejeki H. (2006). *Tata Laksana Demam Berdarah Dengue di Indonesia*. Jakarta: Departemen Kesehatan.
- Hidayat, A. A. A. (2006). *Pengantar ilmu keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Soegijanto. S, 2002. *Ilmu penyakit anak diagnosa & penatalaksanaan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sudoyo, Aru W. (2009). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Edisi 5 jilid III. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI.
- WHO. (2004). *Pencegahan dan Pengendalian Dengue dan Demam Berdarah Dengue*. Alih bahasa: Widyastuti. P. Jakarta: EGC.
- Widoyono. (2005). *Penyakit tropis, epidemiologi, penularan dan pencegahan*. Jakarta: Erlangga.
- _____ (2010). *Angka Kesakitan DBD Semarang Tertinggi di Jateng*. <http://suaramerdeka.com>. Diunduh tanggal 19 April 2011.