

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU I YANG MENGALAMI
DHF DI RUANG FLAMBOYAN
RSUD ABDUL WAHAB SYAHRANIE SAMARINDA**

KARYA TULIS ILMIAH



Oleh :

**ERIK ERIANTO
1311308210749**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
SAMARINDA
2016**

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan merupakan fenomena yang kompleks. Seperti yang didefinisikan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), kesehatan adalah “Suatu keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial yang komplit dan bukan semata-mata terbebas dari penyakit”. Selain definisi luas ini, kesehatan secara tradisional dinilai dengan memperhatikan *mortalitas* (kematian), dan *mordibitas* (kesakitan) selama periode tertentu. Oleh karena itu, keseimbangan antara kesejahteraan fisik, mental dan sosial serta keberadaan penyakit menjadi indikator utama kesehatan (Wong, 2008).

Sehat adalah keadaan yang bukan bebas dari penyakit namun meliputi seluruh kehidupan manusia yaitu meliputi aspek sosial, psikologi, spiritual, faktor lingkungan, ekonomi, pendidikan dan rekreasi (Suyono, 2010).

Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus dengue yang ditularkan oleh nyamuk dari family flaviridae yaitu aedes aegypti, aedes albopictus, dan beberapa spesies aedes lainnya. Gejala klinis dari demam dengue fever bersifat

dinamis dan terdiri dari tiga fase, yaitu fase febris, fase kritis, dan fase penyembuhan (WHO, 2010).

Dengue merupakan arbovirus paling penting dengan 40-80 juta orang yang jadi terinfeksi setiap tahun di seluruh dunia dengan 500 juta kasus di rumah sakit mengalami komplikasi perdarahan (Demam Dengue/dengue Hemoragik Fever, DHF) (Mandal dkk, 2009).

Penyakit Dengue Haemorrhagic Fever dapat mengakibatkan komplikasi seperti perdarahan luas, syok atau renjatan, efusi pleura, penurunan kesadaran, yang apabila tidak mendapat penanganan yang segera dapat menyebabkan kematian (Sujadi, 2010).

DHF sendiri saat ini masih merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang utama di Indonesia. Jumlah penderita dan luas daerah penyebarannya semakin bertambah seiring dengan meningkatnya mobilitas dan kepadatan penduduk. Di Indonesia demam dengue fever pertama kali ditemukan di kota Surabaya pada tahun 1968 dimana sebanyak 58 jiwa terinfeksi dan 24 jiwa diantaranya meninggal dunia (angka kematian (AK) : 41,3%). Dan sejak saat itu, penyakit ini menyebar luas ke seluruh Indonesia. Tercatat tahun 2009 angka kejadian DHF meningkat menjadi 158.912 jiwa yang terinfeksi (Depkes, 2010).

Kalimantan Timur sendiri adalah termasuk 3 provinsi terbanyak setelah Bali dan Kalimantan Utara yang memiliki kasus demam

dengue fever di Indonesia. Penyakit ini menyebar di beberapa tempat Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Timur yang semakin meningkat. Penyakit ini sering muncul sebagai KLB. Dengan angka kesakitan dan kematian yang relative tinggi, hal ini sejalan dengan meningkatnya kepadatan penduduk dan mobilitas penduduk. Angka kejadian DHF sangat berfluktuasi dengan siklus puncak 4-5 tahunan. Adapun jumlah angka kasus kejadian DHF dimulai tahun 2008 sebanyak 5.777 kasus dengan 13 kasus diantaranya mengakibatkan kematian, tahun 2009 jumlah penderita DHF sebanyak 5.244 kasus dengan jumlah kematian 43 kasus, tahun 2010 jumlah kasus sebanyak 5.862 kasus dengan jumlah kematian 68 kasus, tahun 2011 jumlah penderita sebanyak 1.416 kasus dan diantaranya mengalami kematian sebanyak 105 kasus dan pada tahun 2012 terdapat sebanyak 3.267 kasus penderita DHF dengan angka kematian sebanyak 103 kasus (Depkes, 2014).

Berdasarkan data yang diperoleh dari catatan rekaman medik Ruang Flamboyan Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahrani Samarinda pada tanggal 15 Juni 2016, penderita kasus dengan dengue hemoragik fever adalah sebanyak 16 kasus dalam satu bulan terakhir terhitung dari bulan Mei 2016 sampai 15 Juni 2016.

Berdasarkan uraian di atas, dan angka kejadian yang terjadi pada kasus tersebut serta pentingnya peran perawat dalam

penanganan kesehatan maka penulis membuat karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Ibu I yang mengalami dengue hemoragik fever di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”.

B. Rumusan Masalah

Berikut merupakan rumusan masalah yang dapat diambil adalah “Bagaimana pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ibu I yang mengalami dengue hemoragik fever di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda” ?

C. Tujuan

Adapun tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini, adalah :

1. Tujuan Umum

Untuk memperoleh gambaran nyata pelaksanaan asuhan keperawatan keperawatan pada Ibu I yang mengalami dengue hemoragik fever di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

2. Tujuan Khusus

Untuk memperoleh pengalaman nyata dalam proses pelaksanaan asuhan keperawatan keperawatan pada Ibu I yang mengalami dengue hemoragik fever di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda dan menganalisis

kesenjangan antara teori dan kasus, khususnya dalam hal proses keperawatan yang terdiri dari :

- a. Pengkajian
- b. Diagnosa Keperawatan
- c. Perencanaan tindakan keperawatan
- d. Pelaksanaan tindakan keperawatan
- e. Evaluasi
- f. Dokumentasi

D. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini adalah metode deskriptif, dimana penulis memberikan gambaran secara keseluruhan yang disertai analisa data permasalahan yang timbul selama pelaksanaan keperawatan.

Adapun metode pengumpulan data yang digunakan adalah :

1. Wawancara/Anamnesa

Wawancara atau interview merupakan metode pengumpulan data secara langsung pada orang tua klien dengan keluarga klien. Data wawancara adalah semua ungkapan klien, tenaga kesehatan atau orang lain yang berkepentingan yang merupakan sumber primer.

2. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan yang dilaksanakan untuk mengetahui keadaan fisik klien dengan teknik inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Inspeksi yaitu pemeriksaan dengan melakukan observasi pada keadaan umum. Palpasi yaitu dengan melakukan perabaan. Perkusi yaitu melakukan pengetukan dan Auskultasi yaitu melakukan pemeriksaan dengan menggunakan alat stetoskop. Pemeriksaan ini dilakukan secara keseluruhan dari kepala sampai ujung kaki.

3. Observasi

Observasi merupakan metode pengumpulan data melalui pengamatan visual dengan menggunakan panca indra. Mencatat hasil observasi secara khusus tentang apa yang dilihat, didengar, dirasa, dicium, dan dikecap akan lebih akurat dibandingkan mencatat interpretasi seseorang tentang hal tersebut.

4. Studi Dokumentasi

Mendapatkan data-data yang berkaitan dengan kasus dari status klien, catatan medik catatan keperawatan, farmasi, ahli gizi, dan lain-lain.

5. Studi Kepustakaan

Menggunakan bahan yang ada kaitannya dengan judul karya tulis ini berupa buku-buku dan informasi dari internet untuk

memperoleh materi dan referensi yang berkaitan dengan kasus DHF.

E. Sistematika Penulisan

Karya tulis ini terdiri dari lima bab yang tersusun secara sistematis dengan urutan sebagai berikut :

1. Bab I : Pendahuluan

Bab ini berisikan latar belakang, rumusan masalah, tujuan penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan.

2. Bab II : Tinjauan Pustaka

Bab ini berisikan teori-teori yang mendukung isi karya tulis ilmiah sesuai dengan judul. Pada bagian awal paragraf dituliskan prolog yang berisikan pengertian, etiologi, patofisiologi, tanda dan gejala, penatalaksanaan medis, komplikasi dan pemeriksaan diagnostik. Bagian selanjutnya adalah tinjauan tentang asuhan keperawatan secara teoritis yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan dokumentasi keperawatan sesuai dengan judul karya tulis.

3. Bab III : Tinjauan Kasus

Bab ini berisikan kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan sesuai dengan judul dan dilaporkan dalam bentuk proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi berdasarkan kasus yang telah dikelola.

4. Bab IV : Pembahasan

Bab ini menguraikan tentang asuhan keperawatan pada Ibu I dengan Denge Hemoragik Fever dalam praktek nyata dihubungkan dengan konsep-konsep asuhan keperawatan pada klien dengan DHF secara teoritis yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan dokumentasi keperawatan.

5. Bab V : Penutup

a. Kesimpulan

Merupakan jawaban tujuan penulisan dan sebagai inti dari pembahasan yang ditulis secara singkat dan jelas.

b. Saran

Merupakan tanggapan dan butir kesimpulan yang berupa kesenjangan antara teori dengan kenyataan yang ada pada saat pelaksanaan karya tulis ilmiah. Saran merupakan alternatif pemecahan masalah yang operasional dapat dilaksanakan atau diupayakan untuk tindak lanjut oleh yang diberi saran. Saran dapat ditujukan kepada perawat, klien, keluarga klien, masyarakat ataupun institusi yang terkait dalam kajian. Tidak dibenarkan adanya saran yang tiba-tiba muncul tanpa ada kaitannya dengan kesenjangan yang diperoleh dari kesimpulan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Anatomi Fisiologi

Sistem sirkulasi adalah sarana untuk menyalurkan makanan dan oksigen dari traktus digestivus dan dari paru-paru ke sela-sela tubuh. Selain itu, sistem sirkulasi merupakan sarana untuk membuang sisa-sisa metabolisme dari sel-sel ke ginjal, paru-paru dan kulit yang merupakan tempat ekskresi sisa-sisa metabolisme. Organ-organ sistem sirkulasi mencakup jantung, pembuluh darah, dan darah.

a. Jantung

Merupakan organ yang berbentuk kerucut, terletak didalam thorax, diantara paru-paru, agak lebih kearah kiri. Jantung adalah organ berongga, berotot yang terletak ditengah thorax dan menempati rongga antara paru dan diafragma. Struktur jantung meliputi : Atrium, Ventrikel, Katup danotot jantung (Smeltzer dan Bare, 2009).

Struktur jantung terdiri dari atrium dan ventrikel juga terpisah oleh dua katup meliputi :

- 1) Atrium kanan berada di sebelah kanan jantung dan terbuka pada bagian kirinya kedalam segitiga ventrikel kanan.
- 2) Atrium kiri berbentuk persegi tidak beraturan dengan vena pulmonalis masuk kedalam setiap sudutnya.
- 3) Ventrikel kanan Atrium ini berada pada bagian depan jantung, dan memompakan darah keatas masuk ke arteri pulmonalis.
- 4) Ventrikel kiri dinding ventrikel kiri jauh lebih tebal dibandingkan dinding ventrikel kanan namun strukturnya sama. Dinding yang tebal diperlukan untuk memompa darah teroksigenasi dengan tekanan tinggi melalui isirkulasi sistemik.
- 5) Katup bikuspidalis adalah katup yang menjaga aliran darah dari atrium kiri ke ventrikel kiri.
- 6) Katup trikuspidalis adalah katup yang terdapat antara atrium kanan dengan ventrikel kanan yang terdiri dari 3 katup lapisan jantung terdiri dari endokardium, miokardium dan perikardium.
 - (1) Endokardium merupakan lapisan jantung yang terdiri dari jaringan indotelatau selaput lendir yang melapisi permukaan rongga jantung.

- (2) iokardium merupakan lapisan inti dari jantung terdiri dari otot-otot jantung, otot jantung ini membentuk bundalan-bundalan otot.
- (3) Perikardium merupakan lapisan jantung sebelah luar yang merupakan selaput pembungkus, terdiri dari 2 lapisan yaitu lapisan parietal dan visceral yang bertemu dipangkal jantung membentuk kantung jantung.

b. Pembuluh Darah

Pembuluh darah ada 3 yaitu: Arteri, Kapiler dan Vena (Syaifuddin, 2009)

- 1) Arteri (Pembuluh nadi) Arteri meninggalkan jantung pada ventikel kiri dan kanan. Beberapa pembuluh darah arteri yang penting:
 - a) Arteri koronaria adalah arteri yang mendarahi dinding jantung.
 - b) Arteri sub klavikula adalah arteri bawah selangka yang bercabang kanan kiri leher dan melewati aksila
 - c) Arteri Brachialis adalah arteri yang berada pada lengan atas.
 - d) Arteri radialis adalah arteri yang teraba pada pangkal ibu jari.

- e) Arteri karotis adalah arteri yang mendarahi kepala dan otak.
- f) Arteri temporalis adalah arteri yang teraba denyutnya di depan telinga.
- g) Arteri facialis teraba denyutan disudut kanan bawah.
- h) Arteri femoralis merupakan arteri yang berjalan ke bawah menyusuri paha menuju ke belakang lutut.
- i) Arteri Tibia adalah arteri pada kaki.
- j) Arteri Pulmonalis merupakan arteri yang menuju ke paru-paru.
- k) Macam-macam leukosit menurut Sarjadi (2009) adalah sebagai berikut:

(1) Agranulosit

Sel yang tidak mempunyai granula didalamnya, terdiri dari:

(a) Limfosit

Leukosit yang dihasilkan dari jaringan RES dan kelenjar limfe di dalam sitoplasmanya tidak terdapat granula dan inti besar banyaknya 20-25 %.Fungsinya membunuh kuman dan memakan bakteri yang masuk ke dalam jaringan tubuh.

(b) Monosit

Fungsinya sebagai fagosit dan banyaknya 30%.

(2) Granulosit

(a) Neutrofil

Mempunyai inti, protoplasma, banyaknya bintik-bintik, banyaknya 60-70%

(b) Eosinofil

Granula lebih besar, banyaknya kira-kira 24%.

(c) Basofil

Inti teratur dalam protoplasma terdapat granula besar banyaknya $\frac{1}{2}$ %.

c. Trombosit (sel pembeku)

Merupakan benda-benda kecil yang bentuk dan ukurannya bermacam-macam, ada yang bulat dan ada yang lonjong. Warnanya putih dengan jumlah normal 150.000-450.000/ mm³. Trombosit memegang peranan penting dalam pembekuan darah jika kurang dari normal. Apabila timbul luka, darah tidak lekas membeku sehingga timbul pendarahan terus menerus. Proses pembekuan darah dibantu oleh zat yaitu Ca²⁺ dan fibrinogen. Fibrinogen mulai bekerja apabila tubuh mendapat luka. Jika tubuh terluka, darah akan keluar, trombosit pecah dan akan mengeluarkan zat yang disebut

trombokinase. Trombokinase akan bertemu dengan protombin dengan bantuan Ca^{2+} akan menjadi thrombin. Thrombin akan bertemu dengan fibrin yang merupakan benang-benang halus, bentuk jaringan yang tidak teratur letaknya, yang akan menahan sel darah. Dengan demikian terjadi pembekuan. (Syaifuddin, 2009)

d. Plasma darah

Bagian darah yang encer tanpa sel-sel darah warna bening kekuningan hampir 90% plasma darah terdiri dari:

- 1) Fibrinogen yang berguna dalam proses pembekuan darah.
- 2) Garam-garam mineral (garam kalsium, kalium, natrium, dan lain-lain yang berguna dalam metabolisme).
- 3) Protein darah (albumin dan globulin) meningkatkan viskositas darah dan juga menimbulkan tekanan osmotik untuk memelihara keseimbangan cairan dalam tubuh.
- 4) Zat makanan (zat amino, glukosa lemak, mineral, dan vitamin)
- 5) Hormon yaitu suatu zat yang dihasilkan dari kelenjar tubuh.
- 6) Antibodi atau anti toksin.

Hematokrit adalah presentase darah yang berupa sel. Harga normal hematokrit adalah 40,0-54,0 %. Efek hematokrit terhadap viskositas darah makin besar presentase darah merah yaitu makin besar hematokrit. Proses pembentukan

sel darah (hemotopoesis) terdapat di tiga tempat,yaitu: sumsum tulang, hepar dan limpa.

a) Sumsum Tulang

Sumsum tulang yang aktif dalam proses hemopoesis adalah Tulang Vertebrae, Sternum (tulang dada), Costa (tulang iga)

b) Limpa

Limpa juga berfungsi menghancurkan sel darah merah yang rusak.Volume darah pada tubuh yang sehat / organ dewasa terdapat darah kira-kira 1/13 dari berat badan atau kira-kira 4-5 liter. Keadaan jumlah tersebut pada tiap organ tidak sama tergantung pada umur, pekerjaan, keadaan jantung atau pembuluh darah.

B. Konsep Medik

1. Pengertian

Demam Dengue/DF adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus dengue dengan manifestasi klinis demam, nyeri otot dan nyeri sendi yang disertai leukopenia, ruam, limfa denopati, trombotipenia dan diathesis haemorrhagik (Sudoyo, 2011).

Demam dengue adalah penyakit virus didaerah tropis dengan infeksi, eruksi, demam, ditularkan oleh, nyamuk aedes dan ditandai dengan nyeri hebat dikepala, mata, otot, dan sendi, sakit

tenggorokan, serta kadang-kadang di sertai eruksi kulit dan bengkak nyeri pada bagian yang terkena (Dorland,2008)

2. Etiologi

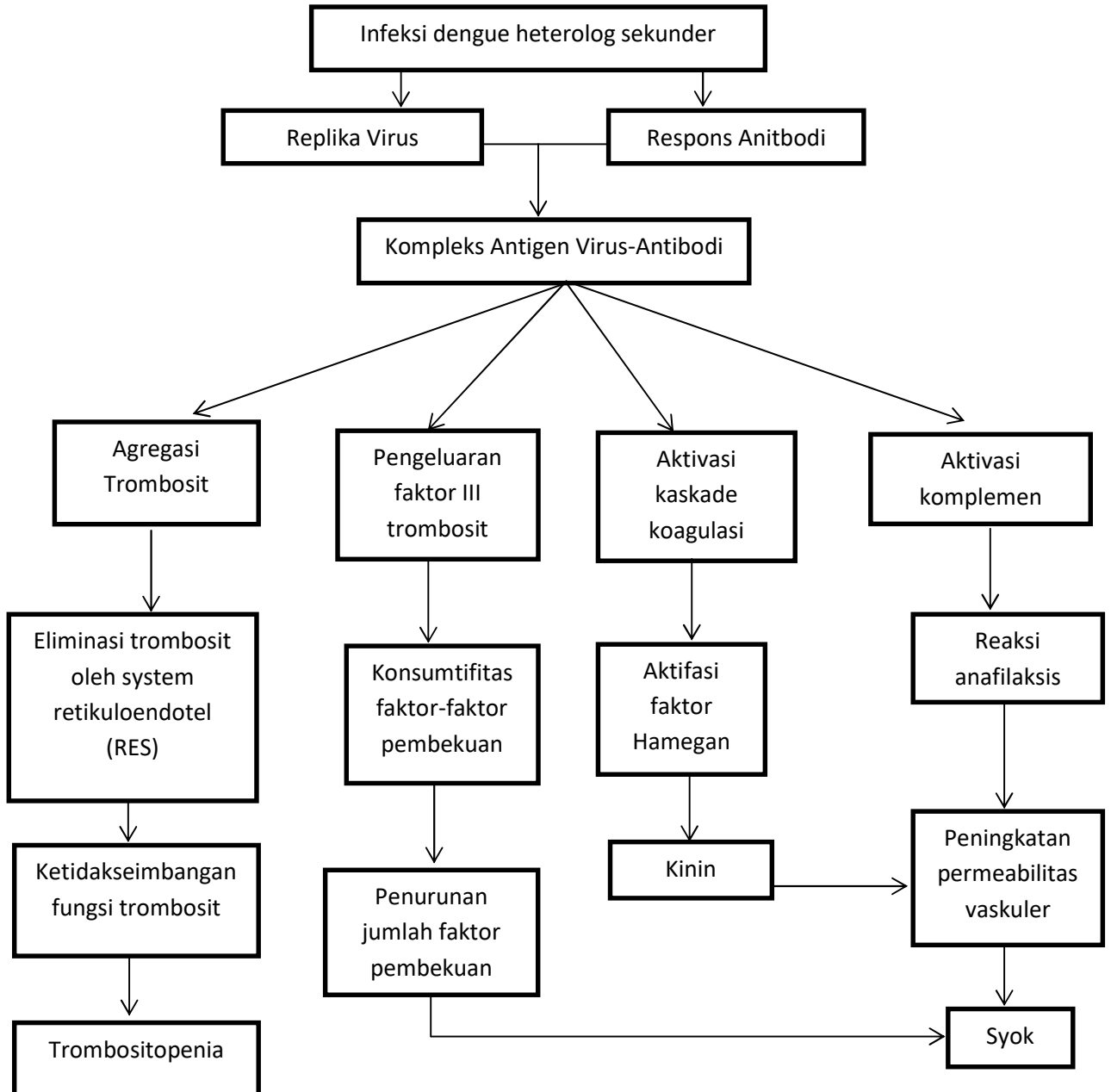
Demam dengue adalah contoh dari penyakit yang disebabkan oleh vector. Penyakit ini disebabkan oleh virus yang disebarkan melalui populasi manusia yaitu oleh nyamuk aedes aegypti. Nyamuk yang hidup di daerah tropis dan berkembang biak pada sumber air yang mandek. Penyakit DHF disebabkan oleh virus dengue dari kelompok *Arbovirus B*, yaitu *Arthropod-borne virus* atau virus yang disebarkan oleh artropoda. Virus ini termasuk genus *Flavivirus* dari family *flavivirus* (Widoyono, 2008).

3. Patofisiologi

Pathogenesis terjadinya penyakit DHF hingga saat ini masih diperdebatkan (Suhendro, 2009)

Virus dengue masuk kedalam tubuh melalui gigitan nyamuk dan infeksi pertama kali mungkin memberi gejala demam dengue. Reaksi tubuh merupakan reaksi yang biasa terlihat pada infeksi virus. Reaksi yang amat berbeda tampak bila seseorang mendapat virus berulang dengan tipe virus yang berlainan (Suhendro, 2009)

Pathway :



Gambar 2.1 Hipotesis *secondary heterologous infection* (Suhendro, 2009)

Respon imun yang diketahui berperan dalam patogenesis DHF adalah respon imun humoral. Respon humoral berupa

pembentukan antibodi yang berperan dalam proses netralisasi virus, sitolisis yang dimediasi komplemen dan sitotoksitas yang dimediasi antibodi. Antibodi terhadap virus dengue berperan dalam mempercepat replikasi virus pada monosit atau makrofag.

Hipotesis ini disebut *antibody dependent enhancement* (ADE). Limfosit T, baik T-*helper* (CD4) dan T-sitotoksik (CD8) berperan dalam respon imun seluler terhadap virus dengue. Diferensiasi T-helper yaitu TH1 akan memproduksi interferon gamma, interleukin2 (IL-2) dan limfokin. sedangkan TH2 memproduksi IL-4, IL-5, IL-6 dan IL-10. Monosit dan makrofag berperan dalam fagositosis virus. Namun, proses fagositosis ini menyebabkan peningkatan replikasi virus dan sekresi sitokin oleh makrofag. Selain itu, aktivasi oleh kompleks imun menyebabkan terbentuknya senyawa proaktivator C3a dan C5a, sementara proaktivator C1q, C3, C4, C5-C8, dan C3 menurun.

Faktor-faktor di atas dapat berinteraksi dengan sel-sel endotel untuk menyebabkan peningkatan permeabilitas vaskular melalui jalur akhir nitrat oksida. Sistem pembekuan darah dan fibrinolisis diaktivasi, dan jumlah faktor XII (faktor Hageman) berkurang. Mekanisme perdarahan pada DHF belum diketahui, tetapi terdapat hubungan terhadap koagulasi diseminata intravaskular

(*disseminated intravascular coagulation*, DIC) ringan, kerusakan hati, dan trombositopenia.

Trombositopenia pada infeksi dengue terjadi melalui mekanisme supresi sumsum tulang, serta destruksi dan pemendekan masa hidup trombosit. Gambaran sumsum tulang pada fase awal infeksi (≤ 5 hari) menunjukkan keadaan hiposeluler dan supresi megakariosit. Setelah keadaan tadi tercapai terjadi peningkatan proses hematopoiesis termasuk megakariopoiesis. Kadar trombopoietin dalam darah pada saat terjadi trombositopenia justru mengalami kenaikan. Hal ini menunjukkan terjadinya stimulasi trombopoiesis sebagai mekanisme kompensasi terhadap keadaan trombositopenia. Destruksi trombosit melalui pengikatan fragmen C3g. terdapatnya antibodi virus dengue, konsumsi trombosit selama proses koagulopati dan sekuestrasi di perifer. Gangguan fungsi trombosit terjadi melalui mekanisme gangguan pelepasan senyawa adenin-di-fosfat (ADP), peningkatan kadar tromboglobulin dan faktor prokoagulator IV yang merupakan penanda degranulasi trombosit.

Koagulopati terjadi sebagai akibat interaksi virus dengan endotel yang menyebabkan disfungsi endotel. Berbagai penelitian menunjukkan terjadinya koagulopati konsumtif pada demam berdarah dengue stadium III dan IV. Aktivasi koagulasi pada demam

berdarah dengue terjadi melalui jalur ekstrinsik (*tissue factor pathway*). Jalur intrinsik juga berperan melalui aktivasi faktor Xla namun tidak melalui aktivasi kontak (*kalikrein CI-inhibitor complex*) (Suhendro, 2008).

Kebocoran kapiler menyebabkan cairan, elektrolit, protein kecil, dan, dalam beberapa kejadian, sel darah merah masuk ke dalam ruang ekstravaskular. Redistribusi cairan internal ini, megakariopoiesis. Kadar trombopoietin dalam darah pada saat terjadi trombositopenia justru mengalami kenaikan. hal ini menunjukkan terjadinya stimulasi trombopoiesis sebagai mekanisme kompensasi terhadap keadaan trombositopenia. Destruksi trombosit melalui pengikatan fragmen C3g. terdapatnya antibodi virus dengue, konsumsi trombosit selama proses koagulopati dan sekuestrasi di perifer. Gangguan fungsi trombosit terjadi melalui mekanisme gangguan pelepasan senyawa adenine di fosfat (ADP), peningkatan kadar ptromboglobulin dan faktor prokoagulator IV yang merupakan penanda degranulasi trombosit.

Koagulopati terjadi sebagai akibat interaksi virus dengan endotel yang menyebabkan disfungsi endotel. Berbagai penelitian menunjukkan terjadinya koagulopati konsumtif pada demam berdarah dengue stadium III dan IV. Aktivasi koagulasi pada demam berdarah dengue terjadi melalui jalur ekstrinsik (*tissue factor*

pathway). Jalur intrinsik juga berperan melalui aktivasi faktor XIa namun tidak melalui aktivasi kontak (*kalikrein CI-inhibitor complex*) (Suhendro, 2008).

Kebocoran kapiler menyebabkan cairan, elektrolit, protein kecil, dan, dalam beberapa kejadian, sel darah merah masuk ke dalam ruang ekstravaskular. Redistribusi cairan internal ini, bersama dengan defisiensi nutrisi oleh karena kelaparan, haus, dan muntah, berakibat pada penurunan hemokonsentrasi, hipovolemia, peningkatan kerja jantung, hipoksia jaringan, asidosis metabolik dan hiponatremia (Halstead, 2008).

Penelitian tentang patogenesis yang menjelaskan keparahan penyakit dengue sudah banyak dilakukan. Survei berkala terhadap serotipe DENV memberi pandangan bahwa beberapa sub tipe secara lebih umum dikaitkan dengan keparahan dengue. Muntaz *et al*, (2008) dalam penelitiannya menemukan DEN-3 menyebabkan infeksi lebih parah dibandingkan serotipe lainnya. Hal ini dikaitkan dengan kemampuan virus untuk bereplikasi untuk menghasilkan titer virus yang lebih tinggi.

Sementara dalam laporan WHO *Scientific Working Group Report on Dengue* (2008), ditemukan keadaan lain yang mempengaruhi keparahan penyakit dengue :

- 1) Adanya hubungan infeksi primer dan sekunder. Contohnya, kombinasi serotipe primer dan sekunder DEN-1/DEN-2 atau DEN-1/DEN-3 dipandang memberi risiko yang tinggi untuk terkena dengue yang parah.
- 2) Imunitas individu dalam menghasilkan sitokin dan kemokin yang dihasilkan oleh aktivasi imun berhubungan dengan keparahan penyakit.
- 3) Semakin panjang interval antara infeksi virus dengue primer dan sekunder, maka keparahan dengue semakin meningkat.
- 4) Peranan genetik juga diduga berpengaruh terhadap keparahan penyakit. Penelitian menunjukkan prevalensi DHF pada orang negroid diasosiasikan dengan insidensi yang rendah (2%), sementara orang kaukasoid memiliki insidensi yang lebih tinggi (30%).

4. Klasifikasi

DHF di klasifikasi berdasarkan beratnya penyakit, secara klinis dibagi menjadi 4 derajat (WHO, 2008) :

a. Derajat I

Demam disertai gejala klinis lain, tanpa perdarahan spontan, uji *tourniquet*, trombositopenia dan hemokonsentrasi.

b. Derajat II

Derajat I dan disertai pula perdarahan spontan pada kulit atau tempat lain.

c. Derajat III

Ditemukan kegagalan sirkulasi, yaitu nadi cepat dan lemah, tekanan darah rendah (hipotensi), gelisah, cyanosis sekitar mulut, hidung dan jari (tanda-tanda dini renjatan).

d. Renjatan berat (DSS) dengan nadi yang tidak teraba dan tekanan darah tidak dapat diukur.

5. Tanda dan gejala

Seperti pada infeksi virus yang lain, maka infeksi virus dengue juga merupakan suatu *self limiting infectious disease* yang akan berakhir sekitar 2-7 hari. Infeksi virus dengue pada manusia mengakibatkan suatu spektrum manifestasi klinis yang bervariasi antara penyakit yang paling ringan, *Dengue Fever*, *Dengue Haemorrhagic Fever* dan *Dengue Shock syndrom*. Adapun tanda dan gejala pada penderita *Dengue Haemorrhagic Fever* yang sering muncul, menurut Depkes (2008) adalah sebagai berikut :

1) Demam

Demam mendadak disertai dengan gejala klinis yang tidak spesifik seperti anoreksia, lemah, nyeri pada punggung, tulang sendi dan kepala. Pada umumnya gejala klinik ini tidak mengkhawatirkan. Demam berlangsung antara 2-7 hari kemudian turun secara lysis.

2) Perdarahan

Umumnya muncul pada hari kedua sampai ketiga demam bentuk perdarahan dapat berupa uji *rumpel leed* positif, *petechiae*, purpura, echimosis, epistaxis, perdarahan gusi dan yang paling parah adalah melena.

3) Hepatomegali

Hati pada umumnya dapat diraba pada pemulaan demam, kadang-kadang juga di temukannya nyeri tekan, namun nyeri tekan tersebut terjadi karena adanya pendarahan pada sistem gastrointestinal.

4) Syok

Syok biasanya terjadi pada saat demam menurun yaitu hari ketiga dan ketujuh sakit. Syok yang terjadi dalam periode demam biasanya mempunyai prognosa buruk. Penderita DHF memperlihatkan kegagalan peredaran darah dimulai dengan kulit yang terasa lembab dan dingin pada ujung hidung, jari dan kaki, sianosis sekitar mulut dan akhirnya syok

5) Trombositopenia

Trombositopenia adalah berkurangnya jumlah trombosit, apabila dibawah $150.000/\text{mm}^3$ biasanya di temukan di antara hari ketiga sampai ketujuh sakit.

6) Kenaikan Nilai Hematokrit

Meningkatnya nilai hematokrit merupakan indikator yang peka terhadap terjadinya syok sehingga perlu dilakukan pemeriksaan secara periodik.

7) Gejala Klinik Lain

Gejala Klinik lain yang dapat menyertai penderita adalah epigastrium, muntah-muntah, diare dan kejang-kejang.

6. Penatalaksanaan medis

Pada dasarnya pengobatan *pasien Dengue Haemonñagic Fever* atau Demam Berdarah Dengue bersifat simptomatis dan suportif. Menurut Soegiyanto (2008), adapun terapi yang dapat diberikan pada penderita DHF adalah sebagai berikut .

1) Tindakan Keperawatan

- a) Tirah baring.
- b) Pemberian makanan lunak.
- c) Anjurkan untuk minum yang banyak (2-2,5 atau 3 liter/hari dalam 24 jam, dapat berupa susu, teh manis, sirup, atau air putih).
- d) Berikan kompres air hangat jika kenaikan suhu yang tinggi atau berikan Obat penurun panas/antipiretik. Pemberian antipiretik sebaiknya dari golongan asetaminofen, eukinin, atau dipiron. Hindari pemakaian asetosal karena bahaya perdarahan.

- e) Observasi keadaan umum dan tanda-tanda vital setiap harinya.
- f) Berikan alat bantu pernafasan bila terjadi sesak.
- g) Lakukan pemeriksaan hemaglobin, hematokrit, trombosit, dan leukosit setiap 4-6 jam pada hari pertama, dan 24 jam sekali pada hari berikutnya.
- h) Monitor intake dan output cairan tubuh

2) Terapi Medis

a) Cairan parental

Cairan intravena diperlukan bila penderita terus menerus muntah, tidak mau minum, dan demam tinggi sehingga tidak memungkinkan diberikan cairan peroral, ditakutkan terjadinya dehidrasi sehingga mempercepat kemungkinan terjadinya syok.

b) Pemberian Antibiotik

Digunakan untuk mencegah infeksi meluas yang mungkin terjadi pada penderita. Selain itu, berguna untuk membantu antibodi dalam menghadapi virus dengue di dalam tubuh.

c) Antipiretik

Digunakan golongan parasetamol, sistenol (obat yang tidak mengganggu fungsi hati).

d) Transfusi Darah

Diberikan jika penderita dalam kondisi perdarahan hebat, bisa berupa plasma atau pemberian transfusi sel darah merah.

3) Pada klien DHF disertai renjatan

Pasien yang mengalami renjatan harus segera diberikan terapi cairan intra vena atau pemasangan infus sebagai pengganti cairan yang hilang akibat kebocoran plasma. Bila perlu diberikan transfusi darah pada pasien dengan perdarahan gastrointestinal yang hebat.

7. Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi dari penderita *Dengue Haemorrhagic fever* atau Demam Berdarah Dengue menurut

Suroso,dkk (2008) adalah sebagai berikut :

1) Ensefalopati Dengue

Pada umumnya ensefalopati terjadi sebagai akibat dari komplikasi syok berkepanjangan dengan perdarahan. Ensefalopati dengue dapat menyebabkan kesadaran pasien menurun menjadi apatis atau somnolen, dan dapat pula disertai kejang.

2) Kelainan Ginjal

Kelainan ginjal umumnya terjadi pada fase terminal sebagai akibat dari syok yang tidak teratasi dengan baik. Untuk mencegah gagal ginjal maka setelah syok diobati dengan mengganti volume intravaskular.

3) Udem Paru

Udem paru merupakan komplikasi yang mungkin akan terjadi akibat pemberian cairan yang berlebih.

8. Pemeriksaan Diagnostik

Adapun pemeriksaan yang dilakukan pada penderita *Dengue Haemorrhagic Fever* menurut Depkes RI (2008), antara lain :

1) Pemeriksaan uji Tourniquet/*Rumple leed*

Percobaan ini bermaksud menguji ketahanan kapiler darah pada penderita DHF. Uji *rumpel leed* merupakan salah satu pemeriksaan penyaring untuk mendeteksi kelainan sistem vaskuler dan trombosit. Dinyatakan positif jika terdapat lebih dari 10 ptechiae dalam diameter 2,8 cm di lengan bawah bagian depan termasuk lipatan siku (Depkes,2008).

Prinsip Bila dinding kapiler rusak maka dengan pembendungan akan tampak sebagai bercak merah kecil pada permukaan kulit yang disebut Ptechiae (Soebrata,2008).

2) Pemeriksaan Laboratorium

a) Pemeriksaan Hemoglobin

Kasus DHF terjadi peningkatan kadar hemoglobin dikarenakan terjadi kebocoran/perembesan pembuluh darah sehingga cairan plasmanya akan keluar dan menyebabkan terjadinya hemokonsentrasi. Kenaikan kadar hemoglobin »14 gr/100 ml.

b) Pemeriksaan Hematokrit

Peningkatan nilai hematokrit menggambarkan terjadinya hemokonsentrasi, yang merupakan indikator terjadinya perembesan plasma. Nilai peningkatan ini lebih dari 2096.

c) Pemeriksaan Trombosit

Pemeriksaan jumlah trombosit ini dilakukan pertama kali pada saat pasien di diagnosa sebagai pasien DHF, umumnya terjadi trombositopenia atau penurunan kadar trombosit yang biasanya terjadi pada hari ke 3 sampai hari ke 8 (jumlah trombosit 00.000/pi).

d) Pemeriksaan Leukosit

Kasus DHF ditemukan jumlah bervariasi mulai dari leukositosis ringan sampai leukopenia ringan. Pada hari ke-3 dapat ditemui limfositosis relatif (>45% dari total leukosit).

e) Pemeriksaan *Bleding time* (BT)

Pasien DHF pada masa berdarah, masa perdarahan lebih memanjang menutup kebocoran dinding pembuluh darah tersebut, sehingga jumlah trombosit dalam darah berkurang. Berkurangnya jumlah trombosit dalam darah akan menyebabkan terjadinya gangguan hemostatis sehingga waktu perdarahan dan pembekuan menjadi memanjang.

f) Pemeriksaan *Clothing time* (CT)

Pemeriksaan ini juga memanjang dikarenakan terjadinya gangguan hemostatis.

g) Pemeriksaan Limfosit Plasma Biru (LPB)

Pada pemeriksaan darah hapus ditemukan limfosit atipik atau limfosit plasma biru 4 % dengan berbagai macam bentuk : monositoid, plasmositoid dan blastoid. Terdapat limfosit monositoid mempunyai hubungan dengan DHF derajat penyakit II dan IgG positif, dan limfosit non monositoid (plasmositoid dan blastoid) dengan derajat penyakit I dan IgM positif.

h) Pemeriksaan Immunoserologi

Dilakukan pemeriksaan IgM dan IgG terhadap dengue IgM terdeteksi mulai hari ke 3-5, meningkat sampai minggu ke3, menghilang setelah 60-90 hari. IgG pada infeksi primer mulai terdeteksi pada hari ke-14, pada infeksi sekunder igG mulai terdeteksi pada hari ke-2.

i) Pemeriksaan protein/albumin

Dapat terjadi hipoproteinemia akibat kebocoran plasma. Nilai normal albumin adalah 3-5,5 g/dl, nilai normal protein total adalah 5-8 g/dl.

j) SGOT/SGPT (serum alanin aminotransferase)

Dapat meningkat, nilai normal alanin aminotransferase adalah 040 IU/l.

k) Pemeriksaan Elektrolit

Sebagai parameter pemantauan dalam pemberian cairan. Jumlah kalium normal serum adalah 3,5 - mEq/l, sedangkan natrium 135 — 145 mEq/l.

3) Pemeriksaan Radiologi

Pada foto dada di dapatkan efusi pleura, terutama pada hemitoraks kanan. Tetapi apabila terjadi pembesaran plasma hepat, efusi pleura dapat dijumpai pada kedua hemitoraks. Asites dan efusi pleura dapat pula dideteksi dengan pemeriksaan USG

B. Konsep Asuhan keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Menurut Asmadi (2008), pengkajian merupakan tahap awal dari suatu proses keperawatan. Dimana semua data dikumpulkan secara sistematis guna untuk menentukan status kesehatan klien saat ini pengkajian harus dilakukan secara komprehensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, social maupun spiritual klien. Pengkajian dilakukan dengan tujuan untuk mengumpulkan semua informasi dan

membuat data dasar klien. Adapun pengkajian DHF menurut Suriadi(2008), adalah sebagai berikut :

a. Riwayat keperawatan

Identitas pasien, meliputi nama, umur, berat badan, jenis kelamin, alamat tempat tinggal, suku bangsa, agama, serta pekerjaan. Keluhan utama pasien biasanya demam, mual dan muntah, nafsu makan menurun, nyeri otot, dan nyeri persendian.

Riwayat penyakit sekarang meliputi sejak kapan timbul demam,gejala lain yang menyertai demam, (misalnya: mual, muntah, nafsumakan, diaforesis, eliminasi, nyeri otot dan sendi).

Riwayat penyakit dahulu yang perlu ditanyakan yaitu riwayat penyakit yang pernah diderita oleh klien maupun keluarga. Apakah dalam keluarga pernah mempunyai riwayat penyakit keturunan atau pernah menderita penyakit kronis sehingga harus mengalami perawatan di rumah sakit.

b. Pengkajian kesehatan

Pengkajian kesehatan dapat dikaji melalui pola Gordon, dimana pendekatan ini dilakukan dengan cara mengevaluasi pola fungsi kesehatan dan memfokuskan pengkajian fisik pada masalah khusus. Adapun pengkajian kesehatan yang biasa atau secara umum di dapatkan pada penderita *Dengue Haemorrhagic Fever* adalah sebagai berikut :

1) Pola nutrisi

Mual dan muntah, penurunan nafsu makan atau anoreksia, dengan tanda-tanda tidak menghabiskan porsi makan, muntah, dan mukosa bibir kering.

2) Sirkulasi

Terjadi takikardi, hipotensi, perdarahan, trombositopenia, leukopenia, ekimosis, epitaksis, dan hematemesis.

3) Nyeri

Nyeri tekan abdomen atau ulu hati, nyeri pada otot dan persendian.

4) Eliminasi

Melena, hematuria, konstipasi, diare.

5) Aktifitas

Kelemahan, kelelahan, nyeri otot dan persendian, serta mengalami gangguan pola tidur Karen ketidaknyamanan yang dirasakan.

6) Cairan dan elektrolit

Dehidrasi ringan sampai berat.

7) Neurosensori

Penurunan kesadaran, pingsan, pusing.

8) Pernafasan

Takipnea, pernapasan dangkal.

9) Integumen

Petechiae, purpura, kulit dingin.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah menguraikan kombinasi dari tandatanda dan gejala yang memperlihatkan masalah kesehatan aktual maupun potensial.

Diagnosa keperawatan merupakan pernyataan yang dibuat oleh perawat profesional yang memberi gambaran tentang masalah atau status kesehatan klien, baik aktual maupun potensial, yang ditetapkan berdasarkan analisis dan interpretasi data hasil pengkajian.

Pernyataan diagnosa keperawatan harus jetas, singkat dan lugas terkait masalah kesehatan klien berikut penyebab yang dapat diatasi melalui tindakan keperawatan (Asmadi, 2008).

Sedangkan menurut Carpenito (2009), bahwa diagnose keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon individu, keluarga, atau masyarakat terhadap masalah kesehatan/proses kehidupan yang aktual atau potensial.

Menurut Suriadi (2008), terdapat empat diagnosa keperawatan yang sering terjadi pada penderita *Dengue Haemorrhagic Fever* atau demam berdarah dengue, diagnosa keperawatan tersebut adalah sebagai berikut :

- a. Ketidakseimbangan cairan kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kegagalan mekanisme regulasi.
- b. Perubahan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan perdarahan.
- c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis.
- d. Hipertermia berhubungan dengan penyakit

3. Perencanaan Keperawatan

Setelah kita menuntukan diagnosa keperawatan berdasarkan dari hasil pengkajian terhadap pasien, maka langkah selanjutnya adalah menentukan intervensi atau perencanaan tindakan yang akan dilakukan.

Andapun perencanaan yang muncul pada penderita *dengue haemorrhagic fever* menurut NIC NOC (2013), adalah sebagai berikut

- a. Ketidakseimbangan cairan kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kegagalan mekanisme regulasi

NOC : keseimbangan cairan

Indikator

Menunjukkan Tekanan darah(5), kelembaban membran mukosa(5), turgor kulit(5).

Keterangan :

1. Sangat terganggu
2. Banyak terganggu
3. Cukup terganggu
4. Sedikit terganggu
5. Tidak terganggu

NIC : management cairan dan elektrolit

1. Memantau tanda-tanda vital
 2. Pertahankan masukan dan haluaran akurat, perhatikan penurunan haluaran urine, keseimbangan cairan positif pada kalkulasi 24 jam.
 3. Pengatur jadwal masukan cairan 24 jam. Dorong makanan dengan kandungan cairan
 4. Kolaborasi dalam pemantauan pemeriksaan laboratorium sesuai indikasi.
 5. Kolaborasi pemberian cairan larutan IV sesuai indikasi.
- b. Perubahan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan perdarahan.

NOC: Perfusi jaringan

Indikator :

Suhu kulit ujung kaki dan tangan(5), nilai rata-rata tekanan darah(5).

keterangan :

1. Devisiasi berat dari kisaran normal
2. Devisiasi cukup dari kisaran normal

3. Devisiasi sedang dari kisaran normal
4. Devisiasi ringan dari kisaran normal
5. Tidak ada devisiasi dari kisaran normal

NIC: Penatalaksanaan sensasi perifer

1. Melakukan sirkulasi perifer secara komprehensif; periksa pengisian kapiler, tekanan darah, warna dan suhu ekstremitas, membran mukosa.
 2. Catat keluhan rasa dingin, pertahankan suhu lingkungan dan tubuh hangat sesuai indikasi.
 3. Kaji untuk respon verbal melambat, agitasi, gangguan memori, bingung.
 4. Awasi pemeriksaan laboratorium ; hemaglobin/hematokrit dan jumlah Sel darah merah.
 5. Berikan SDM darah lengkap/*packed*, produk darah sesuai indikasi, awasi ketat untuk komplikasi transfusi.
- c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis.

NOC : status nutrisi

Indikator :

Asupan makanan secara oral(5), asupan cairan secara oral(5), asupan cairan secara oral(5).

Keterangan :

- 1) Tidak adekuat
- 2) Sedikit adekuat
- 3) Cukup adekuat
- 4) Sebagian besar adekuat
- 5) sepenuhnya adekuat

NIC : management nutrisi

1. Kaji riwayat nutrisi, termasuk makanan yang disukai.
 2. Observasi dan catat masukan makanan klien
 3. Timbang berat badan setiap hari
 4. Berikan makanan sedikit dan frekuensi sering atau berikan makanan diantara waktu makan
 5. Observasi dan catat kejadian mual/muntah, flatus, dan gejala lain yang berhubungan.
 6. Tawarkan minuman seduhan saat makan, bila toleran.
 7. Kolaborasi dengan konsul pada ahli gizi mengenai diet yang tepat untuk klien.
 8. Kolaborasi dalam pemberian obat.
- d. Hipertermia berhubungan dengan penyakit.

NOC: Thermoregulasi

Indikator :

Tingkat pernapasan(5), melaporkan kenyamanan suhu(5).

Keterangan :

- 1) Sangat terganggu
- 2) Banyak terganggu
- 3) Cukup terganggu
- 4) Sedikit terganggu
- 5) Tidak terganggu

NIC: Managemen Demam, monitoring tanda vital

Pantau suhu pasien (derajat dan pola); perhatikan menggigil/diaphoresis.

1. Pantau suhu lingkungan, batasi dalam pemakaian linen/selimut.
2. Anjurkan klien memakai pakaian longgar dan tipis.
3. Berikan kompres air hangat : hindari penggunaan alkohol. kolaborasi pemberian antipiretik.
4. Kolaborasi pemberian obat antibiotik.

4. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan atau Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang dibuat yang meliputi tindakan-tindakan sesuai dengan intervensi, dapat dilaksanakan oleh perawat, pasien sendiri, atau dilakukan dengan bekerjasama dengan anggota tim kesehatan lain.

Implementasi keperawatan merupakan suatu tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan kedalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Asmadi, 2009).

Prinsip dalam memberikan tindakan keperawatan adalah menggunakan komunikasi terapeutik serta penjelasan setiap tindakan kepada klien. Pendekatan yang diberikan adalah pendekatan yang secara independen, dependen, dan interdependen. Tindakan independen adalah tindakan yang dilakukan oleh perawat tanpa petunjuk atau arahan dokter atau tenaga kesehatan lain. Tindakan dependen adalah tindakan yang berhubungan dengan pelaksanaan tindakan medis. Tindakan interdependen adalah tindakan yang memerlukan suatu kerjasama dengan tim kesehatan lain.

Pelaksanaan keperawatan yang dilakukan pada klien dengan DHF meliputi mencegah terjadinya kekurangan volume cairan, memenuhi kebutuhan nutrisi, memantau tanda-tanda vital, memonitor hasil laboratorium, dan mempertahankan suhu tubuh (Suriadi, 2008).

5. Evaluasi Keperawatan

Menurut Asmadi (2009), evaluasi merupakan tahap akhir dari suatu proses keperawatan yang juga merupakan suatu perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi dilakukan secara bersamaan dengan melibatkan klien dan kesehatan yang lainnya.

6. Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan merupakan suatu pernyataan tentang kejadian atau aktivitas yang otentik dengan memuat catatan tertulis. Dokumentasi keperawatan ini berisi hasil aktivitas keperawatan yang dilakukan perawat terhadap klien yang dimulai dari pengkajian hingga evaluasi. Dengan demikian, dokumentasi keperawatan ini menjadi bukti atas tindakan yang telah dilakukan perawat terhadap kliennya. Selain itu, dijelaskan pula bahwa dokumentasi keperawatan merupakan sarana komunikasi dari satu profesi ke profesi lain terkait status kesehatan klien (Asmadi, 2009).

BAB III. TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian	43
B. Diagnosa Keperawatan	52
C. Perencanaan	53
D. Penatalaksanaan	54
E. Evaluasi.....	56

BAB IV PEMBAHASAN

A. Pengkajian	58
B. Diagnosa Keperawatan	63
C. Perencanaan	64
D. Penatalaksanaan	70
E. Evaluasi.....	71
F. Dokumentasi	72

**SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS
MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan asuhan keperawatan yang dilakukan selama 2 hari yang dimulai dari tanggal 13 Juni 2016 sampai dengan 14 Juni 2016 yang dilakukan pada pasien Ibu I. yang mengalami Dengue Haemorrhagic Fever dan keluarganya, maka penulis mengambil kesimpulan mengenai .

1. Pengkajian

Dari hasil pengkajian yang dilakukan pada Ibu I. diperoleh hasil pengkajian yang terbagi dalam dua kelompok data yaitu data subyektif dan data obyektif. Adapun data subyektif dan data obyektif yang .didapatkan adalah sebagai berikut .

- a. Data Subyektif : Klien mengatakan awalnya sebelum masuk Rumah Sakit klien sebelumnya pernah berobat di klinik kemudian klie pindah pengobatan ke poli Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahrani setelah itu klien dirujuk dari poli ke IGD Abdul Wahab Sjahrani setelah dari IGD klien di masukkan ke ruangan Flamboyan. klien mengatakan makannya sedikit dan kurang nafsu makan, klien makannya bubur dan klien mengatakan minumnya 750 cc.pasien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi dan kepalanya pusing,

klien mengatakan BAB 2x perhari, klien mengatakan BAK kurang lebih 3/4x perhari, klien mengatakan tidur dirumah 8 jam dan saat dirumah sakit tidur 8 jam, klien mengatakan pendengaran baik, penglihatan baik, dan dapat merasa ketika disentuh, pengucapan baik. Klien mengatakan tidak ada sesak nafas.

- b. Data Obyektif : mukosa bibir klien kering. BB klien sebelum masuk rumah sakit 82 kg dan saat masuk rumah sakit 76 kg, TD : 250/80 mmHg, Nadi : 83x/i, RR : 21x/i, dan Suhu : 37 C, klien terlihat segar kesadaran klien compos metis GCS=E4, V5, M6=15.

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan dari hasil pengkajian yang telah dilakukan pada tanggal 13 Juni 2016 terhadap pasien Ibu I. terdapat dua diagnosa yang sesuai dengan teori yang ada yaitu:

- a. Hipertermia berhubungan dengan penyakit.
- b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis.

Akan tetapi terdapat diagnosa keperawatan yang tidak sesuai dengan teori yang ada, yaitu:

- a. Hambatan religiositas berhubungan dengan penyakit

3. Intervensi Keperawatan

Dari diagnosa keperawatan yang ditemukan pada pasien Ibu I. telah dilakukan penentuan prioritas masalah, penetapan tujuan dan kriteria hasil, dan perumusan perencanaan keperawatan.

perencanaan sangat membantu proses keberhasilan keperawatan yang diberikan pada Ibu I. yang mengalami Dengue Haemorrhagic Fever.

Perencanaan yang dilakukan ada yang sesuai dengan teori dan ada yang tidak sesuai dengan teori akan tetapi dengan melihat kondisi klien juga. Sehingga tidak semua perencanaan dapat dilakukan dengan seluruhnya.

4. Implementasi Keperawatan

Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien Ibu I. dan keluarganya sudah sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat guna untuk mengatasi masalah yang terjadi pada Ibu I. akan tetapi ada intervensi yang tidak dapat dilakukan oleh perawat, namun dilakukan oleh perawat ruangan.

5. Evaluasi Keperawatan

Dari tiga diagnosa keperawatan yang ditemukan pada Ibu I. terdapat diagnosa yang dapat teratasi yaitu :

- a. Hipertermia berhubungan dengan penyakit.

Pada pasien Ibu I. terdapat pula diagnosa keperawatan yang teratasi sebagian, yaitu

- a. Religiositas berhubungan dengan proses penyakit.

Pada pasien Ibu I. Terdapat pula diagnosa keperawatan yang tidak teratasi , yaitu

- a. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d faktor biologis.

6. Dokumentasi

Penulis melakukan pendokumentasian di mulai dari identitas klien, status kesehatan masa lalu dan sekarang, status kesehatan keluarga, keluhan, pemeriksaan fisik, pemeriksaan diagnostik, terapi atau pengobatan yang didapatkan , masalah keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan, dan evaluasi yang di dokumentasikan menggunakan bentuk SOAP setiap harinya yang berfungsi untuk mengetahui status penyakit klien.

B. Saran-saran

Adapun saran-saran yang penulis dapat berikan untuk perbaikan dalam hal ini meningkatkan mutu dan kualitas asuhan keperawatan adalah sebagai berikut :

1. Institusi Rumah Sakit

Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan, maka diharapkan bagi rumah sakit untuk dapat melengkapi segala fasilitas kesehatan yang dibutuhkan perawat guna mendukung tindakan keperawatan agar dapat dilaksanakan tanpa ada hambatan.

2. Bagi institusi pendidikan

Diharapkan bagi institusi untuk melengkapi atau menambah jumlah buku referensi untuk keperawatan medikal bedah edisi terbaru sehingga dapat digunakan sebagai literatur untuk mahasiswa dalam penyusunan tugas karya tulis ilmiah, sehingga tidak mempersulit mahasiswa dalam mencari literatur atau referensi mengenai perkembangan keperawatan maupun kesehatan yang terbaru.

3. Bagi Perawat

Meningkatkan kualitas dan kemampuan dalam memberikan asuhan keperawatan medikal bedah pada klien khususnya pada masalah DHF.

4. Bagi Klien dan Keluarga

Bagi klien dan keluarga diharapkan lebih memperhatikan masalah kesehatan diri dan lingkungan serta menghindari kebiasaankebiasaan yang tidak baik yang dapat mempengaruhi kesehatannya.

DAFTAR PUSTAKA

- Asmadi. (2008). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta : EGC.
- Carpenito, Lynda Jual. (2009). *Diagnosis Keperawatan Aplikasi pada Penyakit Klinis*. Jakarta : EGC.
- Depkes RI. (2008). *Tata Laksana demam Berdarah Dengue di Indonesia*. Jakarta : Bakti Husada.
- Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur (2012). *Profil Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur Tahun 2012*. Diambil Pada 13 Juni 201 dari [http://æw.depkes.go.id/downloads/PROFIL KES PROVINSI 2012/23 Profil.Kes.Prov.KalimantanTimur_2012.pdf](http://æw.depkes.go.id/downloads/PROFIL_KES_PROVINSI_2012/23_Profi%20I.Kes.Prov.KalimantanTimur_2012.pdf).
- Doenges, ME. (2010). *Nursing Care Planning*. Jakarta : DavisPlus.
- Dorland. (2008). *Kamus Saku Kedokteran Dorland Edisi 28*. Jakarta : EGC.
- Mandal. dkk. (2008). *Lecture Notes Penyakit Infeksi Edisi 6*. Jakarta : Erlangga Medical Series.
- Murwani, A. (2009). *Perawatan Pasien Penyakit Dalam*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- NANDA. (2012). *Diagnosa Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 20122014*. Jakarta : EGC.
- Rekam Medik RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. (2016). *Jumlah Penderita Dengue Haemorrhagic Fever di Ruang Flamboyan*. Samarinda.
- Smeltzer, Suzzane C et all. (2009). *Brunner&Suddart Textbook*.

Medical Surgical Nursing. Jakarta: EGC

Soebrata, R Ganda. (2008). *Penuntun Laboratorium Klinik*. Jakarta Dian Rakyat.

soegiyanto, S. (2008) *Demam Berdarah Dengue Edisi 2*. Jakarta Airlangga Unuversity Press.

Sudoyo, A. (2011). *Buku Ajar Penyakit dalam*. Jakarta : FKIJL.

Suhendro. dkk. (2009). *Demam Berdarah Dengue dalam Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta : FKUI.

Suriadi. (2009). *Asuhan Keperawatan pada Anak*. Jakarta : Sagung Seto.

Suroso. (2008). *Epidemiologi dan Penanggulangan Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) di Indonesia*. Jakarta : FKUI.

WHO. (2009). *Guidelines For Diagnosis, Treatment, Prevention and Control*. Diambil pada 15 Juni 2014 dari <http://www.who.int/tdr/publications/documents/denque-diaanosis.pdf>.

Wilkinson. Ahem. (2012). *Buku Saku Diagnosa Keperawatan Diagnosis NANDA, Intervensi NIC, Kriteria Hasil NOC Edisi 9*. Jakarta : EGC.