



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn.M DENGAN
DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD) DIRUANG
PENYAKIT DALAM KAMAR 1405 RUMAH
SAKIT UMUM DAERAH KOJA
JAKARTA UTARA**

SEKAR INDAR DEWI

2011073

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA
JAKARTA, 2023**



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn.M DENGAN
DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD) DIRUANG
PENYAKIT DALAM KAMAR 1405 RUMAH
SAKIT UMUM DAERAH KOJA
JAKARTA UTARA**

Laporan Tugas Akhir

**Diajukan sebagai persyaratan dalam menyelesaikan
Pendidikan Diploma Tiga Keperawatan**

SEKAR INDAR DEWI

2011073

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA**

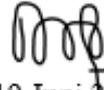
Jakarta, 2023

HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS

Laporan tugas Akhir ini adalah hasil karya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar:

Nama : Sekar Indar Dewi

NIM : 2011073

Tanda tangan : 

Tanggal : 19 Juni 2023

LEMBAR PENGESAHAN

Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn.M Dengan Demam Berdarah
Dengue Diruang Penyakit Dalam Kamar 1405
Rumah Sakit Umum Daerah
Koja Jakarta Utara

Dewan Penguji

Pembimbing,



(Ns. Ni Made Suarti, S.Pd., M.Kep)

Penguji I



(Ns. Hardin La-Ramba, S.Kep., M.Biomed)

Penguji II



(Ns. Fendy Yesayas, M.Kep)

Menyetujui

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada



(Ellynia, S.E.S.M)

Ketua STIKes RS HUSADA

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karna atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Tn.M Dengan Demam Berdarah Dengue diruang penyakit dalam kamar 1405 Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara”. Penulisan Tugas Akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan Diploma Tiga Keperawatan di STIKes RS Husada. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan laporan Tugas Akhir ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan Tugas Akhir ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ibu Ellynia, S.E.,M.M selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Rumah Sakit Husada;
2. Ibu Ns., Ni Made Suarti, S.Pd., M.Kep selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini;
3. Bapak Ns. Hardin La Ramba, S.Kep., M. Biomed selaku penguji I dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini;
4. Bapak Ns. Fendy Yesayas, M.Kep selaku penguji II dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dan Pembimbing akademi kelas 3B terimakasih selama 3 tahun sabar dalam membimbing kami;
5. Staf pendidikan yang telah banyak membantu dan memberi bimbingan selama menjalani pendidikan serta memberikan saya motivasi;
6. Kepala Ruangan penyakit dalam dan para perawat yang telah memberikan bimbingan selama praktik di Ruang penyakit dalam;
7. Tn. M dan Keluarga atas bantuan dan kerja samanya selama penulis memberikan Asuhan Keperawatan;
8. Orang tua saya mama dan ettah serta kakak harus dan adek bano, haikal dan junda yang telah memberikan semangat ,bantuan material dan doa serta kasih sayang yang tidak ada henti-hentinya saya dapatkan sehingga saya bisa berada di posisi saat ini, semoga selalu dalam lindungan Allah SWT;

9. Roven Ariska Saputra, sahabat terdekat saya terima kasih atas waktunya yang selalu menemani saya selama 3 tahun hingga saat ini, membantu saya disaat sakit dan senang dalam keadaan apapun sehingga saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini;
10. Gerabah Evie, Indah, Nida Chelin, Syulis sahabat selama 3 tahun dari maba hingga saat ini terima kasih selama ini telah menjadi tempat bertukar pikiran dan menjalani suka duka bersama serta terimakasih atas bantuan, dorongan dan dukungannya dalam tiga tahun terakhir ini sehingga saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini;
11. Sahabat kecil Anis, Zahra, Mifta, Fadia dan Usnul terimakasih selama ini telah menjadi tempat bertukar pikiran dan menjalani suka duka bersama serta terimakasih atas bantuan, dorongan dan dukungannya sehingga saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini;
12. Teman-teman seperjuangan kelompok 9 Keperawatan Medikal Bedah Ninis, Ririn dan Alfina yang telah saling membantu selama menyusun Karya Tulis Ilmiah ini dan;
13. Teman-teman angkatan 33 yang selama tiga tahun telah berjuang bersama, terutama kelas B terimakasih atas kebersamaan dan bantuannya.

Akhir kata saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembang ilmu.

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS	Error! Bookmark not defined.
LEMBAR PENGESAHAN	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR LAMPIRAN	ix
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	4
1.Tujuan Umum.....	4
2.Tujuan Khusus	4
C. Ruang Lingkup.....	5
D. Metode Penulisan.....	5
E. Sistematika Penulisan	5
BAB II TINJAUAN TEORI	7
A. Pengertian.....	7
B. Patofisiologi (Etiologi, Proses, Manifestasi klinis, Komplikasi).....	8
1.Etiologi.....	8
2.Proses	9
3.Manifestasi Klinis	13
4. Komplikasi	14
C. Penatalaksanaan	14
1. Terapi	14
2. Tindakan medis yang bertujuan untuk pengobatan.....	16
D. Pengkajian Keperawatan	16
E. Diagnosa Keperawatan	19
F. Perencanaan Keperawatan.....	20
G. Pelaksanaan Keperawatan	31
H. Evaluasi Keperawatan	32
BAB III TINJAUAN KASUS	33
A. Pengkajian	33
B. Diagnosa keperawatan.....	49
C. Perencanaan,Pelaksanaan dan Evaluasi.....	49
BAB IV PEMBAHASAN	67
A. Pengkajian	67
B. Diagnosa Keperawatan.....	68
C. Perencanaan Keperawatan.....	71
D. Pelaksanaan Keperawatan.....	73
E. Evaluasi Keperawatan	73
BAB V PENUTUP.....	75
A. Kesimpulan.....	75
B. Saran	77
DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1: Pathway	82
Lampiran 2: Balance cairan	83
Lampiran 3: Analisa Obat	84
Lampiran 4: Sap, Lembar balik, <i>Leflet</i>	91

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) atau biasa dikenal Demam Berdarah Dengue merupakan suatu penyakit yang disebabkan oleh infeksi virus dengue tipe 1 sampai 4. Virus ini lebih dominan ditularkan melalui gigitan nyamuk betina. Menurut banyak penelitian, keempat tipe virus dengue ini banyak ditemukan di Indonesia., namun virus dengan gejala DBD tertinggi adalah tipe 3. DBD salah satu penyakit yang dapat meresahkan masyarakat. Walaupun masyarakat sudah yakin dengan kekebalan yang dimiliki oleh tubuhnya terhadap serangan virus, kekebalan (imunitas) terhadap satu jenis virus tidak berlaku untuk infeksi jenis virus lainnya, bahkan bisa menimbulkan reaksi yang kurang menguntungkan bagi tubuh. (Mumpuni & Lestari, Yogyakarta).

Menurut *World Health Organization* (WHO, 2019) negara asia yang menempati urutan pertama dalam jumlah penderita DBD paling banyak setiap tahunnya. Sementara itu terhitung sejak tahun 1968 hingga tahun 2009, asia tenggara yang tercatat sebagai negara dengan kasus DBD tertinggi adalah Indonesia. Salah satu masalah utama di Indonesia kesehatan di masyarakat yaitu Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD). Jumlah penderita dan luas daerah penyebarannya semakin bertambah seiring dengan meningkatnya mobilitas dan kepadatan penduduknya. Demam berdarah

pertama kali ditemukan di Indonesia dikota Surabaya pada tahun 1968 yaitu sebanyak 58orang terinfeksi dan 24 orang diantaranya meninggal dunia angka kematian (AK) : 41,35%. Dan hingga saat ini penyakit nya masih menyebar luas ke seluruh Indonesia.

Penyebaran dengue secara cepat dan adanya wabah dengue yang berpotensi menjadi epidemi sejak awal tahun 2019 memperlihatkan bahwa tindakan pencegahan dan pengendalian yang berkelanjutan harus didukung oleh pemantauan yang ketat. *Studi Global Burden of Disease* melaporkan bahwa demam berdarah meningkat pada tingkat yang lebih tinggi daripada penyakit menular lainnya, sejak tahun 2010 sampai 2019 kasus DBD meningkat hingga 40% akhir tahun lalu, WHO mengidentifikasi demam berdarah sebagai salah satu dari 10 ancaman terhadap kesehatan global pada tahun 2019. Sekitar 390 juta orang berisiko terjangkit penyakit ini lebih dari 128 negara, dan rata-rata 96 juta infeksi ditemukan setiap tahunnya, termasuk diantara pembawa virus tanpa gejala (>80%) (WHO, 2019).

Selain itu, 73,35% atau 377 kabupaten/kota mencapai angka kejadian 49 per 100.000 penduduk. Di antara kelompok usia anak-anak, angka DBD di Indonesia paling banyak terjadi pada anak usia 5 sampai 14 tahun, mencapai 33,97%, dan angka kematian juga paling banyak terjadi pada anak-anak, mencapai 34,45%. Di sisi lain, berdasarkan jenis kelamin, kasus DBD di Indonesia lebih banyak menyerang laki-laki dengan angka 53,11%, dan perempuan mencapai 46,89%. Sedangkan berdasarkan hasil rekam medis Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta pasien yang masuk 29.938 jiwa

selama periode 2022 sampai 2023 sedangkan dengan kasus DBD berjumlah 701 jiwa selama periode Januari 2022 sampai dengan Januari 2023.

DBD dapat menimbulkan komplikasi serius jika tidak ditangani dengan

baik. Komplikasi yang terjadi yaitu berupa Dengue Shock Syndrome (DSS), penyebab paling umum yaitu peningkatan permeabilitas vaskular, yang menyebabkan kebocoran plasma, efusi cairan serosa ke dalam rongga pleura dan peritoneal hipoproteinemia, hemokonsentrasi, dan hipovolemia, yang mengurangi aliran balik vena, preload miokard, volume sekuncup, dan curah jantung, menyebabkan disfungsi sirkulasi, dan penurunan perfusi organ. (Melly, 2022) komplikasi tersebut dapat dicegah dengan perawatan yang intensif dengan memaksimalkan peran perawat.

Peran perawat yang dapat dilakukan adalah upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Upaya promotif dapat dilakukan dengan memberikan pendidikan kesehatan mengenai pola hidup yang sehat. Upaya preventif dapat dilakukan dengan Pemberantasan Sarang Nyamuk menguras, menutup, mengganti, mengubur, menaburkan (5M plus). Upaya kuratif dengan pemulihan di Rumah sakit dengan pemberian cairan RL dan kolaborasi obat. Upaya rehabilitatif dengan pemberian Tinggi Kalori Tinggi Protein untuk proses penyembuhan serta pemulihan.

Berdasarkan uraian di atas maka penulis tertarik untuk mengetahui lebih lanjut bagaimana pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan Demam Berdarah Dengue melalui proses keperawatan mulai dari pengkajian,

merumuskan diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Tujuan dari penulisan karya tulis ilmiah ini adalah diperolehnya pengalaman nyata dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Demam Berdarah Dengue.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus karya tulis ilmiah ini agar mahasiswa mampu :

- a. Mampu melakukan pengkajian pada pasien dengan DBD.
- b. Mampu menentukan masalah keperawatan pada pasien dengan DBD.
- c. Mampu merencanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan DBD.
- d. Mampu melaksanakan tindakan Keperawatan yang sesuai tindakan pada pasien dengan DBD.
- e. Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada pasien.
- f. Mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan praktik.
- g. Mampu mengidentifikasi faktor pendukung dan penghambat, serta mencari solusi untuk memecahkan masalah
- h. Mendokumentasikan tindakan keperawatan pada pasien dengan DBD.

C. Ruang Lingkup

Dalam penyusunan karya tulis ini penulis hanya membahas tentang satu kasus yaitu “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn.M dengan Demam Berdarah Dengue Di ruang penyakit dalam Kamar 1405 Rumah Sakit Umum

Daerah Koja Jakarta Utara” selama 3x24 jam dari tanggal 23 Maret sampai dengan 25 Maret 2023.

D. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan pada penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini menggunakan metode deskriptif dan metode studi kepustakaan. Dalam metode deskriptif ini pendekatan yang digunakan adalah studi kasus dimana penulisan mengelola satu kasus dengan menggunakan proses keperawatan. Dalam metode studi kepustakaan melalui penyusunan materi dari sumber buku dan jurnal, lalu studi kasus melalui pengkajian, penyusunan Diagnosa Keperawatan, penyusunan Rencana Keperawatan, Implementasi dan Evaluasi, Diskusi dengan Perawat Ruangan, Dokter dan Dosen Penguji Ujian Praktik di Rawat Inap, Dokumentasi Asuhan Keperawatan, termasuk Data rekam medik dan hasil pemeriksaan diagnostik pasien.

E. Sistematika Penulisan

Dalam penulisan makalah ini disusun secara sistematis yang terdiri dari V bab yaitu,

Bab I : berisi Pendahuluan yang meliputi latar belakang masalah, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan, dan sistematika penulisan.

Bab II : berisi tentang Tinjauan Teori yang menguraikan konsep dasar yang meliputi Pengertian, Manifestasi Klinis, Etiologi, Patofisiologi, Klasifikasi, Pemeriksaan Penunjang, Penatalaksanaan medis dan keperawatan, Komplikasi dan Asuhan Keperawatan yang dimulai dari Pengkajian keperawatan, Diagnosa Keperawatan, Perencanaan Keperawatan, Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan.

Bab III : berisi tentang tinjauan kasus yang membahas tentang Asuhan Keperawatan yang dimulai dari Pengakjian keperawatan, Diagnosa Keperawatan, Perencanaan Keperawatan, Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan.

Bab IV : berisi pembahasan tentang kesenjangan antara teori dengan praktek termasuk faktor-faktor pendukung dan penghambat serta pemecahan masalah dari hasil Pengakjian keperawatan, Diagnosa Keperawatan, Perencanaan Keperawatan, Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan.

Bab V : berisi penutup yang meliputi kesimpulan dan saran

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Demam berdarah dengue (DBD) adalah infeksi virus akut yang disebabkan oleh virus dengue, yang ditandai dengan demam selama 2 hingga 7 hari, disertai dengan tanda gejala perdarahan, penurunan trombosit darah (Trombositopenia), Hemokonsentrasi ditandai dengan kebocoran plasma dan hematokrit meningkat. Bisa disertai dengan gejala yang tidak biasa seperti sakit kepala, nyeri otot dan tulang, ruam merah pada kulit atau nyeri dibelakang mata. Namun tidak semua orang yang terinfeksi virus dengue memiliki gejala yang sama, ada yang hanya mengalami gejala ringan yang dapat hilang dengan sendirinya atau ada juga yang tidak menimbulkan gejala sama sekali, tetapi ada juga yang hanya menderita DBD yang tidak menyebabkan aliran plasma dan berujung pada kematian. (Hidayani, 2020)

Demam berdarah dengue (DBD) merupakan penyakit yang disebabkan oleh virus dengue yang ditularkan dari orang ke orang melalui nyamuk *Aedes Aegypti*. Nyamuk tersebut merupakan faktor yang paling utama. Virus dengue biasanya menginfeksi oleh nyamuk *Aedes betina* saat dia menghisap darah dari seseorang yang sedang dalam fase demam akut (Veremia), yang 2 hari sebelum panas sampai 5 hari setelah demam timbul nyamuk menginfeksi kurang dari 12 hari (periode inkubasi ekstrinsik)

sesudah menghisap darah penderita yang sedang viremia dan tetap infeksi dalam hidupnya. (Kemenkes RI 2017).

Penyakit DBD adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus dengue dan ditularkan oleh nyamuk aegypti, yang ditandai dengan demam mendadak dua sampai tujuh hari tanpa sebab yang jelas, lelah dan lesu, serta nyeri ulu hati disertai perdarahan dibawah kulit berupa bintik perdarahan (petechiae, lebam (echimosis) atau ruam (purpura). Terkadang ada epistaksis, muntah darah, kesadaran menurun, atau kejatuhan dan terjadi shock (Smeltzer & Bare, 2017).

B. Patofisiologi (Etiologi, Proses, Manifestasi klinis, Komplikasi)

1. Etiologi

Demam berdarah dengue adalah salah satu penyakit menular yang ditularkan melalui gigitan nyamuk yang kemudian disebarkan oleh nyamuk aedes aegypti dan aedes albopictus ke orang yang sehat atau tidak terinfeksi. Virus dengue termasuk dalam famili flaviridae dan genus flavivirus. Untuk saat ini terdapat 4 serotype virus, yaitu, Den-1, Den-2, Den-3, dan Den-4. Persebaran ke-4 serotype virus tersebut telah tersebar diberbagai daerah indonesia. (Pradana, Pramitanungrum, Aslam, & Anindita, 2021)

a. Aedes aegypti

Paling sering ditemukan, nyamuk yang hidup didaerah tropis. Terutama hidup dan berkembang biak didalam rumah. Biasanya ditempat penampungan air jernih atau tempat penampungan air disekitar rumah. Nyamuk ini berbintik-bintik putih biasanya menggigit pada pagi hari dan sore hari dengan jarak terbang 100 meter.

b. *Aedes Albopictus*

Habitatnya pada air jernih. Biasanya disekitar rumah atau pohon yang dapat tetampung air hujan. Menggigit pada waktu siang hari, berwarna hitam dengan jarak terbang 50 meter.

Menurut (Nina, 2021) Klasifikasi pada Demam berdarah dengue dapat dibedakan menjadi 4 derajat berdasarkan berat penyakitnya yaitu :

- a. Derajat I yaitu demam secara terus menerus disertai gejala tidak khas, seperti menggigil, terdapat manifestasi perdarahan dengan hasil trombosit mengalami penurunan dan hematokrit meningkat dan pemeriksaan uji tourniquet positif.
- b. Derajat II yaitu seperti derajat I disertai perdarahan spontan dikulit dan perdarahan lainnya.
- c. Derajat III yaitu tanda dan gejala sama dengan derajat I dan II serta ditemukan kegagalan sirkulasi darah dengan adanya nadi cepat dan lemah, tekanan nadi menurun atau hipertensi disertai kulit yang dingin dan lembab.
- d. Derajat IV yaitu ranjatan berat dengan pasien mengalami penurunan kesadaran, terjadi syok hipovolemik dengan tanda seperti nadi tidak teraba dan tekanan darah yang tidak dapat diukur.

2. Proses

Setelah menghisap darah, nyamuk *Aedes aegypti* dapat hinggap atau beristirahat di dekatnya, terkadang di dalam ruangan dan terkadang di luar ruangan. Di dekat tempat penetasannya, barang-barang yang digantung seperti pakaian, kelambu, atau tanaman menjadi tempat

pematangan terbaik. Biasanya di daerah yang lembab dan gelap, serangga menunggu di sana sampai telur mereka berkembang sempurna. Setelah pematangan telur selesai, nyamuk betina akan bertelur di tempat perindukan berupa genangan air yang ditampung dalam berbagai macam wadah, seperti toples, drum, tangki air, toilet/kamar mandi, tempat burung peliharaan, barang bekas, lubang pada pohon, pelepah daun, dan sebagainya.

Dua hari setelah telur-telur tersebut terkubur di dalam air, telur-telur tersebut akan menetas menjadi jentik dalam waktu yang kurang lebih sama. Nyamuk betina dapat mengeluarkan hingga 100 telur dalam setiap siklus bertelur. Telur-telur tersebut dapat bertahan berbulan-bulan di lingkungan yang kering dengan suhu antara -2°C dan 42°C . Telur dapat menetas lebih cepat jika lingkungannya lembab atau tergenang air (Kemenkes RI, 2020)

Menurut WHO 2009, Menghitung hari demam pada infeksi dengue sangat penting dilakukan karena dengan mengetahui hari demam tersebut kita dapat memperkirakan penderita sedang berada dalam fase tertentu. Dengan melakukan hal ini kita dapat mengantisipasi tindakan apa yang harus kita lakukan dan dengan demikian angka kematian akan menurun. Pada umumnya penderita DBD akan mengalami 3 fase yaitu : (Setiati, 2017))

1. Fase Demam

Demam mendadak tinggi ini biasanya berlangsung 2 sampai 7 hari dan sering disertai *facial flushing*, eritema kulit, sakit di seluruh tubuh, *mialgia*, *atralgia*, dan sakit kepala, anoreksia, mual dan muntah. Sakit tenggorokan, faring, dan konjungtiva terkadang ditemukan juga pada penderita. Fase viremia dengan suhu tertinggi umumnya terjadi tiga sampai empat hari pertama setelah onset demam namun kemudian turun dengan cepat hingga tidak terdeteksi dalam beberapa hari berikutnya. Tingkat viremia dan demam biasanya mengikuti satu sama lain, dan antibodi IgM meningkat seiring turunnya demam.

2. Fase Kritis.

Awal fase kritis umumnya ditandai dengan penurunan suhu tubuh hingga 37,5-38 0C atau kurang dan tetap di bawah level ini (penurunan suhu yang drastis ini disebut juga sebagai masa defervesens), dan umumnya terjadi pada hari ke 3 sampai hari ke 7 perjalanan penyakit. Walaupun fase ini disebut fase kritis, itu bukan berarti bahwa keadaan penderita pasti kritis. Disebut fase kritis karena pada fase inilah biasanya terjadi kebocoran plasma (biasanya berlangsung selama 24- 48 jam). Saat demam turun atau mereda, penderita memasuki periode dengan risiko tertinggi terjadinya manifestasi berat akibat kebocoran plasma. Tanda-tanda kebocoran plasma meliputi terjadinya hemokonsentrasi (peningkatan hematokrit mendadak $\geq 20\%$ dari awal), adanya asites, efusi pleura, albumin serum

atau protein yang rendah (sesuai dengan usia dan jenis kelamin). Jika penderita menunjukkan tanda-tanda syok ringan, maka penderita tersebut dikategorikan sebagai DSS. Syok berkepanjangan merupakan faktor utama yang erat hubungannya dengan komplikasi yang dapat menyebabkan kematian termasuk perdarahan gastrointestinal.

3. Fase Konvalesens (Reabsorpsi)

Fase ketiga ini dimulai saat fase kritis berakhir yang ditandai dengan berhentinya kebocoran plasma dan dimulainya reabsorpsi cairan. Selama fase ini, cairan yang bocor dari ruang intravaskular (cairan plasma dan cairan intravena) selama fase kritis diserap kembali. Indikator yang menunjukkan bahwa penderita memasuki fase konvalesens adalah penderita merasa sudah membaik, nafsu makan meningkat, tanda vital mulai stabil, bradikardia, kadar hematokrit yang kembali normal, peningkatan output urin, dan munculnya ruam konvalesens dengue (*Convalescence Rash of Dengue*). Pada periode ini penting untuk mengenali tanda-tanda bahwa volume intravaskular telah stabil (kebocoran plasma telah berhenti) dan reabsorpsi telah dimulai.

3. Manifestasi Klinis

Diagnosis DBD dapat ditegakkan apabila terdapat gejala-gejala berikut : (Kemenkes, 2017)

1. Demam yang terjadi secara tiba-tiba dengan demam tinggi yang berlangsung selama 2 sampai 7 hari
2. Tanda dan gejala perdarahan seperti petekie, purpura, ekimosis, epistaksis, gusi berdarah, hematemesis, melena.
3. Meningkatnya trombositopenia (trombosit $< 100.000/mm^3$).
4. Eksravasasi plasma terjadi karna peningkatan permeabilitas pembuluh darah yang ditunjukkan oleh
 - a. $>20\%$ peningkatan dan 20% penurunan hematokrit/konsentrasi darah selama pemulihan.
 - b. Efusi pleura, asites atau hipoproteinaemia/hipoalbuminaemia.
5. Takikardi atau denyut nadi cepat, perfusi jaringan yang buruk dengan denyut nadi lemah, tekanan nadi rendah <20 mmHg.

Salah satu masalah kesehatan masyarakat yang sulit diberantas hingga saat ini adalah DBD. Pendekatan yang dilakukan pemerintah dalam memberantas DBD antara lain dengan larvasida, pengasapan (*fogging*), dan pemberantasan sarang nyamuk (PSN). Fogging dan larvasida lebih sering digunakan daripada PSN 5M Plus. Rendahnya pemahaman masyarakat tentang PSN 5M Plus berkaitan dengan rendahnya penerapan PSN 5M Plus. Tidak semua orang berpartisipasi penuh dalam kegiatan PSN 5M Plus. Kurangnya pengetahuan dan pemahaman mereka terkait dengan kegiatan PSN 5M Plus yang tidak efektif. Karena mereka tidak

yakin saat ini, mereka belum menutup tempat penampungan air. Sementara tidak melakukan penguburan karena langsung membuangnya ke dalam air kali. Masyarakat tidak terlalu memperhatikan lingkungan sekitar, misalnya, selokan yang tersumbat, restoran dan bar yang tidak bersih, dan hewan ternak. Tantangan untuk memberantas DBD sangat kompleks, salah satunya adalah kurangnya kesadaran. Sikap dan perilaku yang positif dilengkapi dengan pengetahuan yang positif.

4. Komplikasi

Komplikasi dapat terjadi pada penderita DBD yaitu Dengue Syok Sindrom (DSS) dimana keseimbangan elektrolit seperti hiponatremia, hipokalsemia dan overhidrasi, dapat menyebabkan gagal jantung kongestif dan edema paru yang dapat berujung kematian (Khadijah & Utama, 2017).

C. Penatalaksanaan

Pada penderita DBD, terapi atau pengobatan yang dapat diberikan umumnya bersifat suportif, yaitu dengan cara mengganti kehilangan cairan tubuh yang disebabkan karena adanya peningkatan permeabilitas pembuluh darah maupun mual dan muntah. Penatalaksanaan pada penderita DBD menurut (Ridha, 2014) yaitu :

1. Terapi

a. Terapi cairan

Terapi suportif pada penderita DBD berupa pergantian cairan intravena akibatnya terjadi dehidrasi yang dapat menimbulkan syok. Asupan cairan pasien harus dijaga terutama cairan oral dan parenteral. Asupan cairan yang dibutuhkan tergantung pada berat badan pasien. Pada

umumnya yang dibutuhkan disesuaikan dengan rumus perhitungan kebutuhan cairan harian seseorang, yaitu : $BB - 10 \text{ kg ke } 1 \times 100\text{ml} + BB - 10 \text{ kg ke } 2 \times 500\text{ml} + \text{ sisa } BB \times 20\text{ml} = \text{jumlah/hari}$. Adapun macam-macam cairan yang digunakan dalam pengobatan yaitu:

- 1) Cairan isotonik: yaitu cairan yang memiliki osmolaritas yang sama dengan plasma darah sehingga tetap berada dipembuluh dara. Cairan ini dapat diberikan pada pasien dengan *hypovolemia*. Contoh cairan isotonik antara lain. NaCL 0,9%, Ringer laktat dan Albumin 5%
 - 2) Cairan hipotonik: yaitu cairan yang memiliki osmolaritas yang lebih rendah dibandingkan plasma darah. Cairan ini dapat diberikan pada pasien yang mengalami dehidrasi karna cuci darah atau hiperglikemia. Contoh cairan hipotonik antara lain. NaCL 0,45% dan NaCL 0,33%
 - 3) Cairan hipertonik: yaitu cairan yang memiliki osmolaritas lebih tinggi dibandingkan plasma darah. Cairan ini dapat digunakan untuk menstabilkan tekanan darah dan mengurangi bengkak. Contoh cairan hipertonik antara lain. NaCL 3%, Albumin 25%, D5 ½ NS dan D10W.
- b. Obat-obatan
- 1) Antipiretik: obat yang ditunjukkan untuk mengobati demam atau suhu $>36^{\circ}\text{c}$.. Contoh, Paracetamol.
 - 2) Analgesik: mengurangi seta meredakan rasa nyeri. Contoh, Ketoprofen

- 3) Antimetik: untuk menekan rasa mual dan muntah yang merupakan merupakan salah satu tanda gejala DBD. Contoh Granisetron dan Omeprazole.
- 4) Golongan antibiotik: untuk menghambat pertumbuhan bakteri atau membunuh bakteri. Contoh Cefitroxone
- 5) Obat pencegah perdarahan atau menghentikan perdarahan. Contoh Vitamin K dan Transamin

2. Tindakan medis yang bertujuan untuk pengobatan

- a. Pemeriksaan darah lengkap secara berkala dengan tujuan memantau nilai trombosit, hematokrit, dan hemoglobin untuk melihat adanya kebocoran plasma darah
- b. Tes serologi IgG dan IgM untuk melihat reaksi serologis secara spesifik terhadap agen infeksius.
- c. Rotgen thoraks bertujuan untuk melihat ada atau tidaknya efusi pleura.
- d. Tranfusi darah, untuk menangani terjadinya komplikasi perdarahan pasien DBD perlu dilakukan tranfusi platelet. Namun tranfusi platelet dapat diberikan apabila nilai trombosit pada pasien $<20.000/mm^3$.

D. Pengkajian Keperawatan

Menurut Kunoli (2013) pengkajian keperawatan pada pasien DBD sebagai berikut:

1. Identitas pasien
 - a. Umur (DBD paling sering menyerang anak-anak dengan usia kurang dari 15 tahun tetapi tidak menutup kemungkinan terjadi juga pada orang dewasa)

- b. Jenis kelamin secara keseluruhan tidak terdapat perbedaan pada penderita DBD. Tetapi kematian penyakit ini lebih sering ditemukan pada perempuan dari pada laki-laki.
 - c. Tempat tinggal, biasanya tempat tinggal pada penderita DBD kamar yang kotor, jendela kamar yang dekat dengan pembuangan sampah, banyak penampungan air yang menjadi faktor perkembangan nyamuk, padat penduduk, dan lingkungan yang kotor.
2. Riwayat kesehatan
- a. Keluhan utama biasanya pada pasien DBD yaitu Pasien mengeluh panas, sakit kepala, lemas, nyeri ulu hati, mual muntah, dan nafsu makan menurun.
 - b. Riwayat penyakit sekarang Didapatkan adanya keluhan panas mendadak yang disertai menggigil. Turunnya panas terjadi antara hari ke-3 dan ke-7, pasien semakin lemah. Kadang – kadang disertai dengan keluhan batuk, pilek, nyeri telan, mual, muntah anoreksia, diare atau konstipasi, sakit kepala, nyeri otot dan persendian, nyeri ulu hati dan pergerakan bola mata terasa pegal, serta adanya manifestasi perdarahan pada kulit, gusi (grade III, IV), melena atau hematemesis.
3. Riwayat penyakit yang pernah diderita
- a. penyakit apa saja yang pernah diderita pasien. DBD biasanya dapat mengalaminya kembali tapi dengan tipe virus yang lain.
 - b. Kondisi lingkungan sering terjadi pada daerah dengan padat penduduk dan lingkungan yang kurang bersih, seperti air yang menggenang dan baju bekas pakai yang digantung dikamar.

4. Pola kebiasaan

- a. Pola nutrisi dan metabolik, biasanya ditemukan penurunan nafsu makan, mual dan muntah, mudah haus, terdapat perdarahan gusi mukosa mulut kering.
- b. Pola eliminasi, ditemukan selaput mukosa kering, kesulitan menelan, nyeri tekan pada epigastrik, pembesaran limpa, pembesaran hati, penurunan nafsu makan, mual, muntah, nyeri saat menelan, terdapat hematemesis dan melena. Dan produksi urine menurun.
- c. Pola istirahat dan tidur
Pasien mudah mengeluh lelah, kesulitan tidur dikarenakan demam/panas, frekuensi nadi cepat dan lemah, dispnea, sesak, nyeri pada otot atau sendi.
- d. Pola aktivitas dan latihan
Pasien mengeluh lemas dan dispnea, pola nafas tidak efektif.

5. Sistem pernafasan: sesak, perdarahan pada gusi atau hidung, pernafasan dangkal, epitaksis, pergerakan dada simetris, perkusi sonor, pada auskultasi terdengar ronchi, krales.

6. Sistem persyarafan : pada grade III pasien gelisah dan terjadi penurunan kesadaran serta grade IV kesadaran koma, nadi tidak teraba, dan tekanan darah tidak teratur.

7. Sistem kardiovaskuler: pada grade I dapat terjadi hemokonsentrasi, uji tourniquet positif, trombositopenia. Pada grade III dapat terjadi kegagalan sirkulasi, nadi cepat, lemah, hipotesensi, sianosis sekitar mulut, hidung dan

jari-jari. Pada grade IV nadi tidak lagi teraba dan tekanan darah tidak dapat diukur.

8. Sistem integumen: terjadi peningkatan suhu tubuh, kulit kering, uji tourniquet positif, dan terjadi perdarah spontan pada kulit.
9. Pemeriksaan penunjang: pemeriksa darah pasien DBD akan trombositopenia ($<100.000/ml$), IgG dengue positif, Asidosis metabolik: $pCO_2 < 35$ sampai 40 mmHG, HCO_3 rendah, SGOT-SGPT meningkat.

E. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesehatan yang optimal. Menurut Nurarif & Kusuma (2015) Diagnosa keperawatan pada pasien DBD sesuai dengan buku *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia* (SDKI) adalah sebagai berikut:

1. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi virus dengue yang ditandai dengan suhu tubuh diatas normal, kulit merah, takikardi, takipnea dan suhu kulit hangat.
2. Hipovolemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler, kehilangan cairan aktif yang ditandai dengan frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urine menurun, hematokrit meningkat
3. Resiko perdarahan ditandai dengan gangguan koagulasi, penurunan faktor-faktor pembekuan darah (*tromobisopenia*).
4. Resiko syok (*hypovolemic*) ditandai dengan faktor resiko perdarahan yang berlebih, pindahnya cairan intraveskuler ke ekstrasikuler.

5. Resiko defisit nutrisi ditandai dengan ketidakmampuan mencerna makanan.
6. Nyeri akut berhubungan dengan proses patologis penyakit.
7. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.
8. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

F. Perencanaan Keperawatan

Fokus intervensi yang dapat dirumuskan untuk keperawatan menurut (PPNI, 2018) & (Doenges, 2014) adalah dengan :

1. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi virus dengue yang ditandai dengan suhu tubuh di atas normal, kulit merah, takikardi, takipnea dan suhu kulit hangat.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan maka termoregulasi membaik

Kriteria hasil : suhu tubuh membaik (berkisar $36,5^{\circ}\text{C}$ sampai dengan $37,5^{\circ}\text{C}$), suhu kulit membaik, kulit merah menurun, tekanan darah membaik, pucat menurun.

Rencana tindakan :

- a. Identifikasi penyebab hipertermi (mis. dehidrasi)

Rasional : suhu $38,9^{\circ}\text{C}$ - $41,1^{\circ}\text{C}$ menunjukkan proses penyakit infeksi akut.

- b. Monitor suhu tubuh

Rasional : suhu $38,9^{\circ}\text{C}$ - $41,1^{\circ}\text{C}$ menunjukkan proses penyakit infeksi akut.

- c. Monitor haluaran urine
Rasional : kebutuhan penggantian cairan.
 - d. Sediakan lingkungan yang dingin
Rasional : suhu kamar dan seprei harus diubah untuk mempertahankan suhu tubuh mendekati normal.
 - e. Berikan cairan oral
Rasional : meredakan haus dan ketidaknyamanan pada membran mukosa yang kering dan meningkatkan penggantian parenteral.
 - f. Lakukan pendinginan eksternal (mis. Kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila)
Rasional : membantu mengurangi suhu tubuh
 - g. Anjurkan tirah baring
Rasional : mengurangi kemungkinan cedera meskipun aktivitas perlu dipertahankan
 - h. Kolaborasi cairan dan elektrolit
Rasional : terapi cairan parenteral membantu mempertahankan perfusi jaringan dan mengembangkan volume sirkulasi.
2. Hipovolemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler, kehilangan cairan aktif yang ditandai dengan frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urine menurun, hematokrit meningkat
- Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka hipovolemia teratasi.

Kriteria Hasil : Frekuensi Nadi dalam batas normal 70 hingga 120x/menit, suhu tubuh dalam batas normal 36.5°C-37.5°C, Nadi teraba kuat, tekanan darah dalam batas normal 120/80 mmHg, turgor kulit membaik, membran mukosa lembab, volume urine meningkat, hematokrit dalam batas normal 34-44%.

Rencana tindakan :

a. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urine menurun, hematokrit meningkat, haus dan lemah).

b. Periksa tekanan darah, frekuensi nadi, turgor kulit , mukosa bibir,
Rasional : takikardi muncul bersamaan dengan berbagai derajat hipotensi yang bergantung pada derajat kekurangan cairan.

c. Monitor intake dan output cairan
Rasional : pengukuran ini memberikan data yang bermanfaat untuk perbandingan.

d. Berikan asupan cairan oral
Rasional : meredakan haus dan ketidaknyamanan pada membran mukosa yang kering dan meningkatkan penggantian parenteral.

e. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. cairan NaCl, RL)
Rasional : memberikan perbaikan sirkulasi yang cepat.

f. Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. glukosa 2,5%, NaCl 0,4%)
Rasional : memberikan elektrolit

3. Resiko perdarahan ditandai dengan gangguan koagulasi, penurunan faktor-faktor pembekuan darah (*trombositopenia*).

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka resiko pendarahan tidak terjadi.

Kriteria Hasil : status cairan meningkat, hematokrit menurun/dalam batas normal, tidak ada perdarahan dari hidung (epitaksis), melena , perdarahan dari mulut , tekanan darah normal (berkisar dari 120/80 mmhg) trombosit meningkat (berkisaran 150.000 - 450.000 μ l)

Rencana tindakan:

- a. Monitor tanda dan gejala perdarahan

Rasional : Hipotensi dan takikardia adalah mekanisme kompensasi awal yang biasanya dicatat dengan perdarahan. Orthostasis (tetesan 20 mm Hg dalam tekanan darah sistolik atau 10 mm Hg pada TD diastolik ketika berubah dari posisi supine ke posisi duduk) menunjukkan berkurangnya sirkulasi cairan.

- b. Monitor nilai hematokrit/homoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah

Rasional : Ketika perdarahan tidak terlihat, penurunan kadar Hb dan Ht dapat menjadi indikator awal perdarahan.

- c. Monitor koagulasi (mis. Prothombin time (TM), partial thromboplastin time (PTT), fibrinogen, degradasi fibrin dan atau platel et)

Rasional : Tes laboratorium ini memberikan informasi penting tentang status koagulasi dan potensi pendarahan pasien.

- d. Pertahankan bed rest selama perdarahan

Rasional : mengurangi kemungkinan cedera meskipun aktivitas perlu dipertahankan

- e. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan

Rasional : dapat menggambarkan perdarahan serebral.

- f. Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan

Rasional : Obat-obatan yang mengganggu mekanisme pembekuan atau aktivitas trombosit meningkatkan risiko pendarahan.

- g. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu

Rasional: Tes-tes ini digunakan untuk membedakan perdarahan dari saluran gastrointestinal atau saluran kemih yang mungkin tidak terlihat.

4. Resiko syok (*hypovolemic*) ditandai dengan faktor resiko perdarahan yang berlebih, pindahnya cairan intraveskuler ke ekstrasikuler.

Tujuan :setelah dilakukan tindakan keperawatan maka resiko syok tidak terjadi.

Kriteria hasil: frekuensi nadi membaik, tingkat kesadaran meningkat, saturasi oksigen meningkat, tekanan darah membaik, akral dingin menurun, pucat menurun, dan asidosis metabolik menuru.

Rencana tindakan :

- a. Observasi status kardiopulmonal (frekuensi nadi kekuatan nadi, frekuensi nafas, tekanan darah)

Rasional : hipotensi berkembang mikroorganisme yang bersirkulasi menstimulasi dan aktivitas zat kimia dan hormonal. Pada awalnya

endotoksin ini menyebabkan vasodilatasi perifer, penurunan tahanan vaskuler seismik dan hipovolemia relatif.

b. Monitor status oksigenasi (oksimetri nadi, AGD)

Rasional : peningkatan pernafasan terjadi sebagai respon.

c. Monitor status cairan (masukan dan haluran, turgor kulit, CRT)

Rasional : vasodilatasi menimbulkan karakteristik kulit hangat, kering, merah muda dan hipefusi pada fase hiperdinamik syok septik awal.

d. Monitor suhu tetap stabil

Rasional : kenaikan suhu meningkatkan kebutuhan metabolik dan oksigen.

e. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94.

Rasional : oksigen tambahan memperbaiki oksigenasi seluler.

f. Anjurkan melapor jika menemukan/merasakan tanda dan gejala awal syok.

Rasional : koagulopati seperti DBD dapat terjadi.

g. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral.

Rasional ; terapi cairan parenteral membantu mempertahankan perfusi jaringan dan mengembangkan volume sirkulasi.

5. Resiko defisit nutrisi ditandai dengan ketidakmampuan mencerna makanan. Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka resiko defisit nutrisi tidak terjadi.

Kriteria Hasil : sttus nutrisi meningkat , berat badan meningkat secara bertahap , nafsu makan meningkat secara bertahap , berat badan meningkat, muka tidak pucat.

Rencana tindakan:

a. Identifikasi status nutrisi

Rasional: Membantu mengetahui tanda dan gejala nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

b. Monitor berat badan

Rasional: Membantu pasien mengetahui perubahan berat badan setelah diberikan informasi tentang memenuhi kebutuhan nutrisi

c. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

Rasional: Untuk mengetahui hasil lab seperti glukosa, albumin, haemoglobin, elektrolit

d. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai

Rasional: Makanan secara menarik dapat meningkatkan nafsu makan pasien

e. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu

Rasional: Selaput lendir bisa menjadi kering dan pecah-pecah. Mulut perawatan menenangkan, melumasi, dan membantu menyegarkan rasa mulut, yang sering tidak menyenangkan karena uremia dan asupan oral terbatas. Membilas dengan asam asetat membantu menetralkan amonia yang dibentuk oleh konversi urea

f. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi

Rasional: Makanan yang tinggi serat untuk mencegah terjadinya konstipasi

g. Berikan suplemen makanan, jika perlu

Rasional: Membantu menambah nafsu makan pasien

h. Anjurkan posisi duduk, jika mampu

Rasional: Membantu menambah nafsu makan pasien

i. Ajarkan diet yang diprogramkan

Rasional: Akan meningkatkan pencapaian dan mempertahankan berat badan yang sehat serta gaya hidup yang lebih kuat dan aktif

j. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dari jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu

Rasional: Diet sesuai dengan kebutuhan nutrisi pasien

6. Nyeri akut berhubungan dengan proses patologis penyakit.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan maka nyeri akut teratasi.

Kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, pola tidue membaik, perilaku membaik.

Rencana tindakan :

a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, krekkuensi, kualitas, intensitas nyeri.

Rasional : mengidentifikasi kebutuhan keefektifan intervensi serta dapat menandakan perkembangan atau perbaikan komplikasi.

b. Identifikasi skala nyeri

Rasional : mengidentifikasi kebutuhan keefektifan intervensi serta dapat menandakan perkembangan atau perbaikan komplikasi.

c. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

Rasional : keefektifan tindakan kenyamanan dan medikasi meningkat dengan intervensi yang tepat waktu.

d. Fasilitasi istirahat dan tidur.

Rasional : dapat mengurangi ansietas dan ketakutan sehingga mengurangi persepsi terhadap intensitas nyeri.

e. Jelaskan strategi meredakan nyeri

Rasional : memfokuskan kembali perhatian ; dapat meningkatkan kemampuan coping.

f. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

Rasional : dapat mengurangi ansietas dan ketakutan sehingga mengurangi persepsi terhadap intensitas nyeri. pereda nyeri dan ketidaknyamanan : menurunkan demam.

g. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Rasional : memfokuskan kembali perhatian; dapat meningkatkan kemampuan coping

h. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

Rasional : memberikan pereda nyeri dan ketidaknyamanan; menurunkan demam.

7. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan maka intoleransi aktivitas teratasi.

Kriteria hasil : saturasi oksigen meningkat, kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat, kekuatan tubuh meningkat, keluhan lelah menurun, perasaan lemah menurun.

Rencana tindakan :

- a. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan

Rasional: DBD bersiko mengalami gangguan intoleransi terhadap aktivitas yang berhubungan dengan kebutuhan dan suplai oksigen yang menyebabkan kelemahan kelelahan.

- b. Monitor kelelahan fisik dan emosional

Rasional: Anemia mengurangi oksigenasi jaringan dan meningkatkan kelelahan, yang mungkin memerlukan intervensi, perubahan aktivitas, dan istirahat

- c. Monitor pola dan jam tidur

Rasional: Pola tidur yang baik akan membantu menghilangkan kelelahan dan penurunan beban kerja jantung

- d. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus

Rasional: Dapat meningkatkan pola dan jam tidur yang lebih baik dalam menurunkan kelelahan

- e. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah berjalan

Rasional: Dapat membantu pasien mendapat kondisi jantung yang optimal dan melatih secara bertahap toleransi aktivitas

- f. Anjurkan tirah baring

Rasional: Dapat beristirahat di tempat tidur dan membatasi aktivitas sehari-hari.

8. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. ketidaktahuan menemukan sumber informasi, kekhawatiran mengalami kegagalan kurang terpapar informasi yang ditandai merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkontraksi, pasien tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur, frekuensi napas meningkat, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, diaferis, muka pucat.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka Defisit pengetahuan teratasi. Kriteria Hasil : tingkat pengetahuan meningkat, status memori membaik, motivasi meningkat, proses informasi membaik.

Rencana tindakan:

- a) Identifikasi kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi

Rasional: Untuk mengetahui kemampuan dalam menerima informasi yang diberikan pada pasien dan keluarga

- b) Jelaskan pengertian, tanda dan gejala, dampak diet, hal-hal yang harus diperhatikan pasien DBD

Rasional: Untuk mengetahui pengertian, tanda dan gejala, dampak DBD , hal-hal harus diperhatikan oleh pasien DBD

- c) Jelaskan pengertian kelebihan dan kekurangan terapi hemodialisis serta prosedur hemodialisis

Rasional: Untuk mengetahui pengertian dan pencegahan DBD

- d) Jelaskan pentingnya dukungan keluarga

Rasional: Untuk mengetahui pentingnya dukungan keluarga pada pasien.

G. Pelaksanaan Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Jannah, 2020).

Pelaksanaan atau implementasi keperawatan adalah suatu komponen dari proses keperawatan yang merupakan kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan yang dilakukan dan diselesaikan (Ackley, Ladwig et al., 2020)

Pelaksanaan keperawatan adalah serangkaian kegiatan atau tindakan yang dilakukan perawat untuk membantu klien dari masalah kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan yang baik atau optimal Implementasi keperawatan dapat meliputi :

1. Independen : suatu kegiatan yang dilaksanakan perawat tanpa petunjuk dan perintah dokter atau tenaga kesehatan lainnya dan dilakukan berdasarkan diagnosa keperawatan. Dalam tindakan ini perawat mempunyai kewenangan dalam melakukan tindakan keperawatan sesuai pendidikan dan pengalaman.
2. Dependen : suatu tindakan yang berhubungan dengan pelaksanaan medis.
3. Interdependen : suatu tindakan yang memerlukan kerja sama dengan tenaga kesehatan lainnya.

H. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahapan terakhir dari proses keperawatan untuk mengukur respons klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien ke arah pencapaian tujuan (Ackley, Ladwig et al., 2020).

Evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi dapat dibagi menjadi 2 jenis yaitu:

1. Evaluasi formatif : evaluasi harus segera dilaksanakan segera setelah tindakan keperawatan.
2. Evaluasi sumatif : rekapitulasi dari observasi dan analisa status pasien pada waktu tertentu berdasarkan tujuan yang direncanakan ditahap perencanaan keperawatan. Evaluasi ini juga sebagai alat ukur suatu tujuan yang mempunyai kriteria hasil tertentu untuk membuktikan tujuan tercapai, tidak tercapai atau tercapai sebagian.

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

BAB III TINJAUAN KASUS

BAB ini penulis menguraikan asuhan keperawatan pada pasien Tn.M dengan Diagnosa Medis DHF di ruang penyakit dalam Lantai 14 kamar 1405 Rumah Sakit Umum Daerah Koja mulai dari tanggal 23, sampai dengan 25 Maret 2023. Asuhan keperawatan dilakukan sesuai dengan tahap proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi.

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 23 Maret 2023, data yang diperoleh penulis melalui pengamatan secara langsung, wawancara dengan pasien, pemeriksaan fisik serta dari catatan rekam medis.

1. Identitas Pasien

Pasien bernama Tn. M berusia 18 tahun, jenis kelamin Laki-laki, status perkawinan belum kawin, beragama Islam, Suku bangsa Betawi, Pekerjaan tidak bekerja, Pendidikan Terakhir SMK, bahasa yang digunakan oleh Pasien sehari-hari adalah bahasa Indonesia Alamat tempat tinggal Jl. S1 Rawa Badak, Sumber Biaya BPJS, Sumber Informasi yang didapat berasal dari pasien, Keluarga, dan Rekam Medis.

2. Resume

Pada tanggal 22 Maret 2023 Tn. M datang ke IGD dengan Diagnosa medis Trombositopenia dd Dengue Haemorrhagic Fever. Pasien mengeluh demam sejak kemarin, disertai pusing, mual saat dikaji, muntah, badan pegal-pegal, gusi mudah berdarah, dan tidak nafsu makan. Keadaan umum sakit sedang dengan kesadaran compos mentis, GCS; E4 M6 V5. Tanda-tanda vital; Tekanan darah 117/54 mmHg, frekuensi nadi 117x/menit, frekuensi pernafasan 20x/menit, Suhu 38.7°C. Hasil lab Hematokrit *41.3 %, jumlah Trombosit *156 $10^3/\mu\text{L}$, Natrium 3.26 mEq/L. Saat dilakukan pengkajian keadaan umum pasien sakit sedang tanda-tanda vital : Tekanan darah 134/51 mmHg, frekuensi nadi 76x/menit, Frekuensi pernafasan 20x/menit, Suhu 36.4°C. Maka ditemukan masalah keperawatan yang muncul adalah Neusea, Resiko Hipovolemia, Resiko Perdarahan, Resiko Defisit Nutrisi dan defisit pengetahuan. Tindakan keperawatan mandiri yang telah dilakukan yaitu mengobservasi tanda-tanda vital, memantau tanda-tanda perdarahan, menghitung intake output cairan, memonitor nutrisi. Pasien terpasang infus ditangan kiri tindakan kolaborasi yang telah dilakukan yaitu memberikan infus 4 kolf/24 jam dengan cairan Ringer Laktat pada pukul 06.00, 12.00 18.00, dan 24.00, injeksi Ranitidin 2x50 mg pada jam 06.00 dan 18.00, Ondansentron 2x4mg pada jam 06.00 dan 18.00, Paracetamol 3x1mg diberikaan saat demam naik, obat oral Sucralfat 3x15ml/ 8 jam sebelum makan, dan pemeriksaan tes darah kadar hemoglobin/24 jam. Hasil lab jumlah trombosit 156 $10^3/\mu\text{L}$ (163-337). Saat ini pasien masih mengeluh mual dan pusing .

3. Riwayat keperawatan

a. Riwayat Kesehatan SekaranG

Keluhan utama saat ini pasien mengatakan pusing, lemas, mual.

b. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

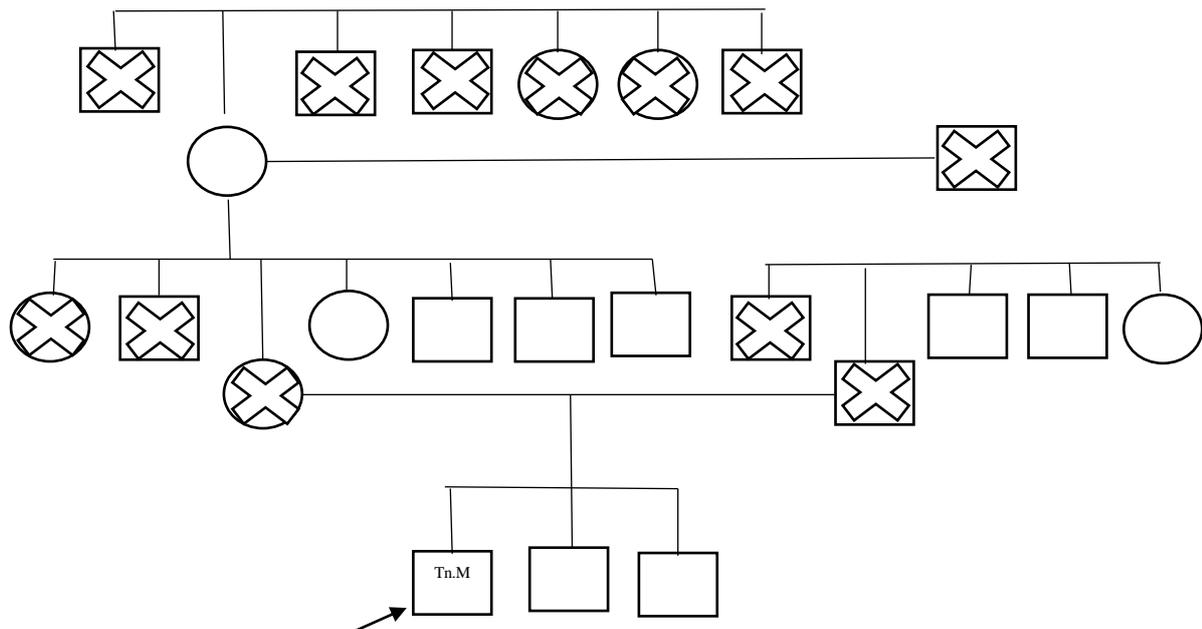
Pasien tidak mempunyai riwayat penyakit dan tidak ada riwayat kecelakaan

c. Riwayat pemakain obat

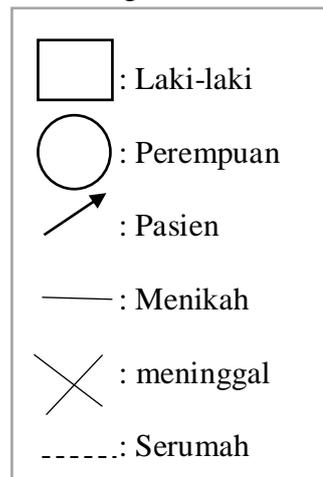
Pasien tidak ada riwayat pemakain obat

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Struktur keluarga Tn. M



Keterangan :



Orang tua Tn M sudah meninggal saat ini pasien diasuh oleh tante dan neneknya. Pasien anak ke 1 dari 3 bersaudara, pasien belum menikah. Pasien tinggal dengan tentunya pada hari senin sampai jumat jika hari libur pasien tinggal dirumah neneknya. Kedua adik pasien diasuh oleh neneknya. Nenek pasien memiliki riwayat DM tipe 2, Ibu pasien memiliki riwayat hipertensi.

- e. Penyakit yang pernah diderita anggota keluarga yang menjadi faktor risiko:

Keluarga pasien tidak memiliki riwayat DBD

- f. Riwayat Psikososial dan Spritual

Orang terdekat dengan pasien adalah Neneknya. Pola komunikasi dalam keluarga baik dan terbuka. Keputusan biasanya diambil oleh Tantenya. Dampak penyakit terhadap keluarga yaitu keluarga menjadi khawatir dan cemas. Masalah yang mempengaruhi pasien adalah pasien tidak bisa beraktivitas seperti biasanya. Pasien memiliki mekanisme koping terhadap stres yaitu dengan cara berobat ke klinik. Persepsi pasien terhadap penyakitnya yaitu pasien mengatakan terkena penyakit

biasa saja yang disebabkan kelelahan. Harapan pasien setelah menjalani perawatan yaitu bisa pulang kerumah dan tidak kembali lagi. Perubahan yang dirasakan ketika jatuh sakit yaitu pasien merasa sangat lemas hanya bisa tidur diatas kasur. Tidak ada nilai-nilai kesehatan yang bertentangan dengan kepercayaan pasien. Aktivitas agama yang dilakukan adalah sholat dan berdoa. Tidak ada kondisi lingkungan rumah yang mempengaruhi.

g. Pola Kebiasaan

1. Pola Nutrisi

Sebelum sakit: frekuensi makan pasien 3 kali/hari, nafsu makan baik, menghabiskan satu porsi makan, tidak ada makanan yang disukai, tidak ada makanan pantangan, tidak ada makanan diet, dan pasien tidak menggunakan alat bantu makan.

Dirumah sakit: frekuensi makan pasien 3kali/hari dengan porsi makan 3 sendok, nafsu makan tidak baik karna saat makan pasien merasa mual, Pasien tidak menggunakan alat bantu makan.

2. Pola Eliminasi

Sebelum sakit : BAK dirumah 5kali/hari, warna kekuningan dan tidak ada keluhan dan pasien tidak menggunakan alat bantu eliminasi. Pola BAB pasien 1kali/hari, konsistensi padat, warna kecoklatan waktunya pagi hari, tidak ada keluhan dan tidak menggunakan laxatif.

Dirumah sakit: pasien BAK secara mandiri 6 hingga 7kali/hari, warna kekuningan dan tidak ada keluhan. Pola BAB pasien dua hari sekali, konsistensi padat warna kecoklatan dan tidak ada keluhan.

3. Pola *Personal Hygiene*

Sebelum sakit : pasien mandi 2 kali/hari pada pagi dan sore hari. Pasien mengatakan melakukan sikat gigi 2 kali/hari pada pagi dan sore hari ketika mandi. Mencuci rambut 5kali/minggu.

Dirumah sakit: belum mandi, pasien melakukan oral hygiene 1kali/hari pada sore hari. Pasien belum mencuci rambutnya.

4. Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit : pasien tidak tidur siang namun jika libur pasien tidur siang selama 2 jam, pasien tidur malam selama 8 jam, kebiasaan pasien sebelum tidur bermain hp.

Dirumah sakit: pasien lebih sering tidur siang, tidur malam pasien 9 jam tapi pasien masih terbangun bangun karna merasa pusing.

5. Pola Aktivitas dan Latihan

Sebelum sakit : pasien sekolah dan berolahraga, jenis olahraga yang dilakukan jogging, frekuesni olahraga 1kali/minggu, tidak ada keluhan saat beraktivitas.

Dirumah sakit: pasien hanya berbaring, duduk dan beberapa kegiatan dibantu oleh keluarga.

6. Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Pasien merokok menggunakan vape sejak 3 bulan dan tidak minum-minuman keras.

4. Pengkajian Fisik

a. Pemeriksaan Fisik Umum

Berat badan pasien sebelum sakit 60kg dan sesudah sakit 58kg. Tinggi badan pasien 165cm. Tekanan darah 134/51 mmHg, Nadi 76x/menit, frekuensi nafas 20x/menit, suhu tubuh 36.4c, tidak ada pembesaran kelenjer getah bening, keadaan umum sedang.

b. Sistem Penglihatan

Sisi mata pasien simetris kelopak mata normal dapat terangkat dan menutup, pergerakan bola mata normal dapat bergerak kesegalah arah, konjungtiva merah muda, kornea bening, sklera anikterik, pupil isokor, tidak ada kelainan otot-otot mata, fungsi penglihatan minus, tidak ada tanda-tanda radang, pasien menggunakan kaca mata jenis - 4, pemakaian lensa kontak tidak, reaksi terhadap cahaya normal dan positif.

c. Sistem Pendengaran

Daun telinga pasien normal kanan kiri, tidak ada serumen, tidak ada cairan yang keluar dari telinga, tidak ada perasaan penuh ditelinga, tidak terdapat tinitus, fungsi pendengaran normal, tidak ada gangguan keseimbangan dan tidak menggunakan alat bantu pendegaran.

d. Sistem Wicara

Pasien tidak memiliki gangguan dalam sistem bicara, pasien dapat berbicara dengan lancar. Tidak pelo, tidak aphasia, tidak dysarthria tidak anarthia, dan sebagainya.

e. Sistem Pernafasan

Jalan nafas pasien bersih, pasien tidak sesak, tidak menggunakan otot bantu pernafasan, frekuensi nafas 22x/menit irama nafas teratur, jenis pernafasan spontan, kedalaman nafas dalam, suara nafas vesikuler, tidak ada nyeri saat bernafas, tidak menggunakan alat bantu nafas.

f. Sistem Kardiovaskuler

1. Sirkulasi Perifer

Nadi 76x/menit irama teratur dan denyut kuat, tekanan darah 135/51 mmHg tidak terdapat distensi vena jugularis, temperature kulit hangat, warna kulit normal, pengisian kapiler < 2 detik, tidak terdapat edema ditangan dan kaki.

2. Sirkulasi jantung

Kecepatan denyut jantung 89x/menit irama teratur, tidak ada kelainan bunyi jantung, dan tidak terdapat nyeri dada.

g. Sistem Hematologi

Pasien tampak pucat dan ada perdarahan di gusi saat pertama kali masuk rumah sakit. Hemoglobin 14,6 g/dl (13.5-18.0). Tidak ada bintik-bintik pada kulit (petekie).

h. Sistem Saraf Pusat

Pasien mengeluh pusing dengan kesadaran *compos mentis*, *Glasgow Coma Scale* (GCS) 15 (E: 4 M: 6 V: 5), tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan intra kranial (TIK), pasien tidak mengalami

gangguan sistem persyarafan, pola pemeriksaan reflek fisiologis normal dan tidak ditemukan adanya reflek patologis.

i. Sistem Pencernaan

Keadaan mulut pasien bersih, gigi tidak ada caries, tidak menggunakan gigi palsu, tidak terdapat stomatitis, lidah pasien bersih, salivasi pasien normal, pasien muntah, isi muntah cairan warna sesuai warna makanan yang dimakan, frekuensi sehari sekali jumlah < 100 ml, tidak ada nyeri dibagian perut, bising usus pasien 20x/menit. Pasien BAB normal dengan frekuensi 2 hari sekali, hepar dan abdomen teraba lembek.

j. Sistem Endokrin

Pasien tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, nafas tidak berbau keton, dan tidak ada luka gangrene.

k. Sistem Urogenital

Balance cairan -80 cc/hari intake 2490 cc output 2570 cc, warna BAK kekuningan, tidak distensi kandung kemih, pasien mengeluh sakit pinggang dengan skala nyeri 3 (0-10).

l. Sistem Integumen

Turgor kulit pasien baik, temperature kulit hangat, warna kulit pucat, keadaan kulit baik, tidak ada kelainan kulit, kondisi kulit didaerah pemasangan infus baik, tidak ada tanda flebitis, keadaan tekstur rambut pasien baik.

m. Sistem Muskuloskeletal

Pasien tidak terdapat kesulitan dalam pergerakan, keadaan tonus otot baik dan kekuatan otot pada ekstremitas atas bagian kanan 5555 dan kiri 5555, ekstremitas bawah sebelah kanan baik 5555 dan kiri 5555.

5. Data Tambahan

Pasien dan keluarga mengatakan penyakit ini hanya demam biasa yang disertai mual, muntah, maka hanya dibawa ke klinik terdekat oleh tantenya. Mengenai DBD keluarga dan pasien kurang mengetahui tanda dan gejalanya.

6. Data Penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 23 Maret 2023. Hemoglobin 14,6 g/dl (13.5-18.0), Jumlah Leukosit $7.06 \cdot 10^3/uL$ (4.00-10.50), Hematokrit 42.4 % (42.0-52.0), **Jumlah Trombosit $*156 \cdot 10^3/uL$ (163-337)**, Anti Dengue IgG (-) Negatif (-) Negatif, Anti Dengue IgM (-) Negatif (-) Negatif

7. Penatalaksanaan

Terapi oral : sucralfate sirup 3x1 ml sebelum makan pada pukul 06.00, 12.00, dan 18.00 melalui oral.

Terapi injeksi : diberikan ranitidin 2x/5mg pada pukul 06.00 wib dan pukul 18.00 wib secara Iv, ondansetron 2x4mg pada pukul 06.00 wib dan pukul 18.00 wib secara Iv, paracetamol 3x1gr pada pukul 06.00, 12.00, dan 18.00 wib melalui Iv , RL/6 jam 17tpm pada pukul ; 06.00, 12.00, 18,00, 24.00 WIB melalui Iv

8. Data Fokus

a. Data Subyektif

Pasien mengatakan : merasa mual, lemas, lidah pahit, keluarga mengatakan : sebelum dibawa ke RS pasien muntah air, pasien mengatakan merasa ingin muntah, pusing dan tidak nafsu makan, pasien hanya makan 1/4 porsi, keluarga mengatakan saat malam hari pasien terasa hangat, pasien sudah demam kurang lebih 3 hari, di rumah pasien menggigil, pasien mengatakan sering merasa haus, pasien mengatakan gusi mudah berdarah, keluarga mengatakan sering menumpuk pakaian, keluarga mengatakan pasien sering menggantung baju yang telah dipakai, pasien mengatakan jendela kamar dekat dengan selokan.

b. Data Obyektif

Tanda-tanda vital : Tekanan darah 134/51 mmHg, frekuensi nadi 76x/menit, Frekuensi pernafasan 20x/menit, Suhu 36.4°C, akral teraba hangat, pasien tampak lemas, makan 3 kali sehari dengan porsi yang dihabiskan ¼ porsi, berat badan turun sebelum sakit 60kg setelah sakit 58kg, hasil lab trombosit $156 \times 10^3/\mu\text{L}$ (163-337), hematokrit 41.3% (42.0-52.0), saat ini pasien tampak pucat, mukosa bibir kering, kulit pasien tidak terdapat ruam merah, terpasang infus RL/6 jam 17tpm, Balance cairan -80 cc/hari intake 2490 cc output 2570 cc.

9. Analisa Data

No.	Data	Masalah	Etiologi
1.	<p>DS :</p> <p>a. Pasien mengatakan : merasa mual</p> <p>b. Pasien mengatakan: pusing</p> <p>c. Pasien mengatakan: merasa ingin muntah</p> <p>d. Pasien mengatakan: tidak nafsu makan</p> <p>e. Pasien mengatakan : merasa asam dimulutnya.</p> <p>f. Pasien tampak sering menelan ludah</p> <p>Do :</p> <p>a. Keadaan umum sakit sedang</p> <p>b. Pasien tampak lemes</p> <p>c. Pasien tidak nafsu makan, porsi yang dihabiskan hanya ¼ porsi.</p>	Neusea	Iritasi lambung

	<p>Ds :</p> <p>a. Pasien mengatakan lemas</p> <p>b. Pasien mengatakan pusing</p> <p>c. Pasien mengatakan mudah haus</p> <p>Do :</p> <p>a. Mukosa bibir kering</p> <p>b. Turgor kulit menurun</p> <p>c. Terpasang infus RL/6 jam 17 tetes/menit</p> <p>d. Balance cairan/24jam -80 cc/hari intake 2490 cc output 2570 cc</p> <p>e. Berat badan sebelum sakit 60kg, setelah sakit 58 kg.</p> <p>f. Tekanan darah 134/51mmHg, frekuensi nadi 76x/menit, suhu 36.4°C</p>	<p>Resiko</p> <p>Hipovolemia</p>	<p>Kegagalan mekanisme regulasi</p>
--	--	----------------------------------	-------------------------------------

	g. Pasien tampak lemas		
	<p>Ds :</p> <p>a. Pasien mengatakan saat dirumah gusi mudah berdarah</p> <p>Do:</p> <p>a. Kesadaran Compos Mentis</p> <p>b. Pasien tampak lemas</p> <p>c. Trombosit 156 $10^3/uL$ (163-337)</p>	<p>Resiko Perdarahan</p>	<p>Gangguan koagulasi (Trombosit $156 \cdot 10^3/uL$)</p>
	<p>Ds :</p> <p>a. Pasien mengatakan tidak nafsu makan</p> <p>b. Pasien mengatakan hanya menghabiskan makanan 3 sendok/porsi</p> <p>c. Pasien mengatakan merasa mual saat menyuap makanan</p> <p>Do :</p> <p>a. IMT 22.6</p>	<p>Resiko Defisit Nutrisi</p>	<p>Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien</p>

	<p>b. Balance cairan – 50cc</p> <p>c. Pasien hanya menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi makanan</p> <p>d. BB sebelum sakit 60kg, BB saat ini 58kg.</p>		
	<p>Ds :</p> <p>a. Keluarga mengatakan dirumah banyak baju menggantung dibelakang pintu</p> <p>b. Keluarga mengatakan pasien malas mencuci baju yang telah digunakan</p> <p>c. Pasien mengatakan Jendela kamar pasien dekat dengan selokan</p> <p>d. Keluarga mengatakan pasien dan adiknya</p>	<p>Defisit pengetahuan</p>	<p>Kurang terpapar informasi</p>

	<p>kebiasaan menumpuk baju dibelakang pintu.</p> <p>e. Pasien dan keluarga mengatakan penyakit DBD ini hanya demam tidak mengetahui akibatnya. demam yang disertai mual, muntah, maka hanya dibawa ke klinik terdekat oleh tantenya. Mengenai DBD keluarga dan pasien kurang mengetahui tanda dan gejalanya.</p>		
--	--	--	--

B. Diagnosa keperawatan

1. Neusea berhubungan dengan iritasi lambung (infeksi virus)
2. Resiko perdarahan faktor resiko gangguan koagulasi (trombositopenia)
3. Resiko hipovolemia faktor resiko peningkatan permeabilitas
4. Resiko defisit nutrisi faktor resiko gangguan mencerna makanan
5. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

C. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi

1. Neusea berhubungan dengan iritasi lambung, ditandai dengan :

Data subjektif : Pasien mengatakan merasa mual, pusing, pasien mengatakan saat makan pasien merasa ingin muntah, Pasien mengatakan tidak nafsu makan dan merasa asam dimulutnya, pasien mengatakan tidak nafsu makan.

Data objektif : Keadaan umum Sedang, Pasien tampak lemes, TTV: Tekanan darah 135/51mmHg, frekuensi nadi 76x/menit, frekuensi pernafasan 20x/menit, S 36.4C, Spo2 98%,

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam Neusea sampai dengan hilang.

Kriteria hasil :

- a. Nafsu makan meningkat dari ¼ porsi menjadi 1 porsi
- b. Keluhan mual menurun sampai mual hilang.
- c. Perasaan ingin muntah menurun sampai hilang
- d. Perasaan asam dimulut menurun sampai hilang

Rencana Tindakan :

- a. Identifikasi dampak terhadap mual
- b. Identifikasi faktor penyebab mual
- c. Monitor mual
- d. Monitor asupan nutrisi dan kalori
- e. Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual
- f. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual
- g. Anjurkan makan porsi kecil, sering dan makan selagi hangat.
- h. Anjurkan istirahat yang cukup
- i. Menganjurkan sering membersihkan mulut kecuali jika merasa mual
- j. Melakukan tindakan Kolaborasi pemberian obat ondansetron 2x4mg dan obat suclarfate 3x1ml sesuai program.

Pelaksanaan :**Tanggal 23 Maret 2023**

Pukul 07.15 melakukan tindakan kolaborasi pemberian ondansetron 4 mg dan ranitidin 5 mg melalui iv. Pukul 08.41 mengidentifikasi dampak terhadap mual dan Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual , pasien masih mual. Dan lingkungan pasien wangi. Pukul 08.48 mengidentifikasi faktor penyebab mual, pasien mengatakan mulutnya terasa asam. Pukul 08.54 memonitor mual, mual masih ada dengan frekuensi sering durasi cukup lama dan tingkat keparahan sedang. Pukul 11.37 pemberian suclarfate 15 cc sebelum makan. Pukul 11.45 monitor asupan nutrisi dan kalori, pasien makan habis $\frac{1}{4}$ porsi. Pukul 12.10 menganjurkan sering membersihkan mulut, pasien mengatakan gosok gigi hanya dipagi hari.

Pukul 12.30 memonitor TTV ; tekanan darah 111/76 mmHg, frekuensi nadi 70x/menit, frekuensi nafas 21x/menit, suhu 36,8c. Pukul 12.45 menganjurkan istirahat yang cukup dan Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual, pasien dapat istirahat, pasien diberi istirahat tidur 2 sampai 3 jam dan Pukul 17.15 memonitor mual, pasien mengatakan mual masih ada. Pukul 17.20 memberikan obat sucralfat 15cc melalui oral. Pukul 17.50 memonitor asupan nutrisi dan kalori, pasien makan habis ¼ porsi. Pukul 18.00 melakukan tindakan kolaborasi pemberian ondansetron 4 mg dan ranitidine 5 mg melalui iv. Pukul 20.01 memonitor ttv; tekanan darah 109/84 mmHg, frekuensi nadi 74x/menit, frekuensi nafas 21x/menit, suhu 36,3°C. Pukul 21.00 menganjurkan istirahat yang cukup, pasien dapat istirahat, tidur 8 sampai 9 jam.

Tanggal 24 Maret 2023

Pukul 06.15 melakukan tindakan kolaborasi pemberian ondansetron 4 mg dan ranitidin 5 mg melalui iv. Pukul 07.55 monitor mual dan Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual, pasien mengatakan mual masih ada dengan frekuensi sering durasi cukup lama tingkat keparahan sedang dan diberikan lingkungan yang wangi. Pukul 08.00 menonitor asupan nutrisi dan kalori, pasien makan ½ porsi habis. Pukul 10.46 pemberian sucralfate 15 cc sebelum makan. Pukul 10.59 monitor asupan nutrisi dan kalori, pasien mengahabiskan ½ buah. Pukul 11.38 pemberian ondansetron 4mg melalui iv. Pukul 12.26 memonitor TTV ; tekanan darah 126/69 mmHg, frekuensi nadi 84x/menit, frekuensi pernafasan 20x/menit, suhu 36,4°C. Pukul 12.32 menganjurkan untuk segera istirahat dan Kurangi atau

hilangkan keadaan penyebab mual, pasien istirahat tidur selama 1 jam. Pukul 17.50 pemberian suclarfate 15 cc sebelum makan secara oral. Pukul 18.05 memonitor asupan nutrisi dan kalori, pasien makan habis ¼ porsi. Pukul 19.01 memonitor mual, pasien mengatakan mual masih ada namun tidak separah kemarin. Pukul 19.10 melakukan tindakan kolaborasi pemberian ondansetron 4 mg dan ranitidin 5mg melalui iv. Pukul 19.43 memonitor ttv; tekanan darah 121/65 mmHg, frekuensi nadi 90x/menit, frekuensi nafas 21x/menit, suhu 36,9°C. Pukul 21.05 menganjurkan istirahat yang cukup, pasien dapat istirahat, tidur 8 sampai 9 jam.

Tanggal 25 Maret 2023

Pukul 07.15 pemberian obat sesuai program suclarfate 15cc melalui oral. Pukul 07.21 memonitor mual dan Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual, pasien mengatakan masih mual dengan frekuensi jarang durasi hanya beberapa detik dan tingkat keparahan ringan dan pasien diberikan lingkungan yang wangi. Pukul 08.00 memonitor asupan nutrisi dan kalori, pasien makan buah menghabiskan ½ porsi. Pukul 10.51 memonitor TTV ; tekanan darah 116/76 mmHg, frekuensi nadi 88x/menit, frekuensi nafas 20x/menit, suhu 36,6°C. Pukul 11.10 pemberian suclarfate 5 cc melalui oral. Pukul 11.43 memonitor asupan nutrisi dan kalori, pasien makan habis 1 porsi. Pukul 12.03 kolaborasi pemberian ondansetron 4mg melalui iv. Pukul 12.11 menganjurkan pasien istirahat dengan cukup dan Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual, pasien dianjurkan istirahat tidur 1 sampai 2 jam. Pukul 17.15 memonitor mual, pasien mengatakan mual berkurang. Pukul 17.39 memberikan obat suclarfate 15cc melalui oral.

Pukul 18.14 memonitor asupan nutrisi dan kalori, pasien makan habis ½ porsi. Pukul 19.05 melakukan tindakan kolaborasi pemberian ondansetron 4 mg dan ranitidin 5 mg melalui iv. Pukul 19.53 memonitor ttv; pasien mengatakan sudah tidak lemas, tekanan darah 118/78 mmHg, frekuensi nadi 76x/menit, frekuensi nafas 21x/menit, suhu 36,5°C. Pukul 21.05 menganjurkan istirahat yang cukup, pasien dapat istirahat, tidur 8 sampai 9 jam

Evaluasi 25 Maret 2023 13.41

Data subjektif : Pasien mengatakan mual berkurang, Pasien mengatakan hari ini tidak muntah, pasien mengatakan masih pusing, makanan yang dihabiskan ½ porsi, lemas berkurang, kebiasaan menelan berkurang.

Data objektif : Keadaan umum Sedang, Pasien masih tampak lemes, TTV : tekanan darah 116/76 mmHg, frekuensi nadi 88x/menit, frekuensi nafas 20x/menit, suhu 36.6°C, Pasien masih tampak pucat

Analisa : tujuan tercapai sebagian

Perencanaan : intervensi dilanjutkan : Memonitor mual, Memonitor asupan nutrisi dan kalori, menganjurkan istirahat yang cukup, Menganjurkan sering membersihkan mulut kecuali jika merasa mual, pemberian ondansetron 2x4mg dan sucralfat 3x15cc

2. Resiko perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi (trombosit $156 \cdot 10^3/\mu\text{L}$), dengan dibuktikan :

Data subjektif : pasien mengatakan di rumah gusi mudah berdarah.

Data objektif : Pasien tampak lemas, Trombosit $156 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ (163-337).

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

Kriteria hasil :

- a. Trombosit membaik dari $156 \cdot 10^3/uL$ menjadi $163-337 \cdot 10^3/uL$
- b. Membran mukosa membaik dari kering menjadi lembab
- c. Tidak ditemukan perdarahan pada gusi, perdarahan kulit, muntah darah, melena dan perdarahan dari telinga.

Rencana Tindakan :

- a. Monitor tanda dan gejala perdarahan (peningkatan nadi, penurunan nadi, penurunan tekanan darah, dan muka pucat)
- b. Monitor hasil trombosit, hematokrit dan hemoglobin/24 jam.
- c. Memonitor suhu
- d. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan
- e. Anjurkan meningkatkan asupan cairan konstipasi jika mual berkurang.

Pelaksanaan :

Tanggal 23 Maret 2023

Pukul 07.30 memonitor tanda dan gejala perdarahan, pasien mengatakan tidak ada perdarahan dari gusi, muntah, BAB, dan dari telinga, tidak ditemukan petikhie (bintik merah pada kulit). Pukul 07.34 monitor hasil Hemoglobin 14,6 g/dl (13.5-18.0), Hematokrit 42.4 % (42.0-52.0), Jumlah Trombosit $*156 \cdot 10^3/uL$ (163-337). Pukul 13.40 menganjurkan pasien untuk lebih sering minum air putih atau minuman jus agar tidak lemas dan pucat atau mengurangi risiko perdarahan gusi., pasien mengatakan akan berusaha minum lebih banyak. Pukul 18.00 memonitor

tanda perdarahan, tidak ditemukan perdarahan dari mulut (muntah) dan hidung (mimisan).

Tanggal 24 Maret 2023

Pukul 07.12 memonitor tanda dan gejala perdarahan, pasien mengatakan tidak ada perdarahan dari gusi, muntah, BAB, dan dari telinga, tidak ditemukan petikhie (bintik merah pada kulit). Pukul 13.00 memonitor hasil hemoglobin 14.1 g/dL, hematokrit 42.7%, dan trombosit $*140 \cdot 10^3/uL$. Pukul 14.13 memonitor TTV tekanan darah 119/82 mmHg, frekuensi nadi 93x/menit, frekuensi pernafasan 20x/menit, suhu $36,4^{\circ}c$. Pukul 14.30 menganjurkan pasien untuk lebih sering minum air putih atau jus agar tidak lemas dan pucat atau mengurangi risiko perdarahan gusi. Pukul 18.30 memonitor tanda-tanda perdarahan, tidak ditemukan perdarahan dari mulut (muntah) dan hidung (mimisan).

Tanggal 25 Maret 2023

Pukul 07.38 memonitor kesadaran, kesadaran pasien compos mentis, Pukul 13.43 monitor hasil hemoglobin 15.0 g/dL, hematokrit 44.8 %, dan trombosit $*148 \cdot 10^3/uL$. Pukul 13.29 menanyakan kembali tanda dan gejala perdarahan, keluarga mampu menjelaskan kembali. Pukul 13.32 menganjurkan pasien untuk lebih sering minum air putih atau jus agar tidak lemas dan pucat atau mengurangi risiko perdarahan gusi. Pukul 14.00 memonitor tanda dan gejala perdarahan, pasien mengatakan tidak ada perdarahan dari gusi, muntah, BAB, dan dari telinga, tidak ditemukan petikhie (bintik merah pada kulit). Pukul 18.15 memonitor tanda-tanda

perdarahan, tidak ditemukan perdarahan dari mulut (muntah) dan hidung (mimisan).

Evaluasi tanggal 25 Maret 2023 pukul 12.00

Subjektif : pasien mengatakan hari ini gusi tidak berdarah, tidak ada muntah darah, BAB normal

Objektif : Kesadaran Compos Mentis, Pasien masih lemas, pemeriksaan hasil lab: trombosit $*148 \cdot 10^3/uL$, hemoglobin 15.0 g/dL dan , hematokrit 44.8 %

Analisa : tujuan tercapai sebagian

Pelaksanaan : intervensi dilanjutkan : memonitor tanda dan gejala perdarahan, memonitor hasil trombosit, hemoglobin, dan hematokrit, menganjurkan banyak meminum air atau jus untuk mengurangi risiko perdarahan.

3. Risiko Hipovolemia faktor resiko peningkatan permeabilitas, dengan dibuktikan :

Data subjektif : Pasien mengatakan lemas, Pasien mengatakan pusing, Pasien mengatakan mudah haus.

Data objektif : Kesadaran Compos Mentis, Mukosa bibir kering, Turgor kulit menurun, Berat badan sebelum sakit 60kg, setelah sakit 58 kg, Tekanan darah 117/54mmHg, frekuensi nadi 117x/menit, Frekuensi pernafasan 20x/menit, suhu $36,4^{\circ}$ terpasang infus RL/6 jam 17 tetes/menit, intake 2490 cc output 1700 IWL 870 balance cairan -80 cc/hari

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 hipovolemia tidak terjadi

Kriteria hasil :

- a. Keluhan haus menurun
- b. Tekanan darah membaik 117/54 mmHg menjadi 120/80 mmHg
- c. Membran mukosa membaik
- d. keluhan lemas menurun
- e. kadar hematokrit membaik dari 42.4 % menjadi (42.0-52.0),
- f. berat badan membaik dari 58kg menjadi 60kg

Rencana tindakan :

- a. periksa tanda dan gejala hipovolemia
- b. monitor intake dan output cairan
- c. hitung kebutuhan cairan
- d. berikan asupan cairan oral
- e. pantau pemberian cairan IV RL/6 jam

Pelaksanaan :

Tanggal 23 Maret 2023

Pukul 06.02 memonitor intake dan output cairan, intake 2490cc output 2570 cc , balance cairan -80/hari . pukul 07.05 pemberian cairan RL 500 cc melalui IV jalan tetesan infus lancar 17tetes/menit tidak ada pembekakan dan kemerahan di area pemasangan infus. Pukul 06.58 memonitor TTV Tekanan darah 112/68 mmHg, frekuensi nadi 83x/menit, frekuensi nafas 20x/menit, suhu 36.7°C. Pukul 07.32 mengkaji tanda dan gejala hipovolemia(mis. Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun,

membaran mukosa kering, volume urine menurun, hematokrit meningkat, haus dan lemah), turgor kulit menurun, frekuensi nadi meningkat, mukosa bibir kering dan pasien mudah haus. pukul 09.12 memonitor hematokrit hasil 42.4%. Pukul 12.05 mengganti cairan infus RL 500 cc melalui IV, cairan masuk 17 tetes/menit jalan tetesan infus lancar dan tidak ada keluhan nyeri dan pembekakan di area pemasangan infus. Pukul 12.15 menganjurkan pasien banyak meminum air atau jus, pasien minum air putih sudah 3 gelas kecil.

Tanggal 24 Maret 2023

Pukul 06.15 memonitor intake dan output cairan, intake 2590cc output 2680cc balance cairan -90cc. Pukul 06. 20 pemberian cairan RL 500cc/6 jam melalui IV jalan tetesan infus lancar 17 tetes/menit tidak ada pembekakan dan kemerahan di area pemasangan infus. Pukul 07.38 memonitor TTV tekanan darah 129/79 mmHg, frekuensi nadi 98x/menit, frekuensi pernafasan 20x/menit, suhu 36,2°C. Pukul 07.40 menganjurkan pasien banyak meminum air, pasien sudah minum air 2 gelas kecil. Pukul 09.11 memonitor hematokrit 42.7% Pukul 12.03 mengganti cairan RL 500cc/6jam cairan masuk 17 tetes/menit jalan tetesan infus lancar dan tidak ada keluhan nyeri dan pembekakan di area pemasangan infus. Pukul 20.03 memonitor tanda hipovolemia, mukosa bibir kering dan pasien tampak lemas.

Tanggal 25 Maret 2023

Pukul 06.02 memonitor intake dan output cairan, intake 800 cc output 300 cc balance cairan +500 cc. Pukul 06.38 pemberian cairan RL 500cc/6jam

cairan masuk 17 tetes/menit jalan tetesan infus lancar dan tidak ada keluhan nyeri dan pembekakan diarea pemasangan infus. Pukul 07.12 memonitor TTV tekanan darah 121/77 mmHg, frekuensi nadi 91x/menit, frekuensi nafas 19x/menit, suhu 36,2°C. Pukul 08.43 menganjurkan banyak meminum air, pasien sudah minum 3 gelas kecil dan jus mangga ½ cup gelas. Pukul 09.12 memonitor hematokrit 44.8%. Pukul 11.30 mengganti cairan RL 500cc/6 jam jalan tetesan infus lancar 17 tetes/menit tidak ada pembekakan dan kemerahan diarea pemasangan infus dan menganjurkan banyak meminum air, pasien sudah minum 2 ½ gelas kecil. Pukul 20.30 memonitor tanda hipovolemia, mukosa bibir kering dan pasien mengatakan sudah tidak lemas, namun mengantuk.

Evaluasi tanggal 25 Maret 2023 14.00

Data Subjektif : Pasien mengatakan hari ini masih sedikit lemas, Pasien mengatakan masih pusing , Pasien mengatakan rasa haus berkurang.

Data objektif : Kesadaran Compos Mentis, pasien masih tampak lemas. Mukosa bibir pasien berkurang, Turgor kulit membaik , Berat badan 58,21 kg, tekanan darah 121/77 mmHg, frekuensi nadi 91x/menit, frekuensi nafas 19x/menit, suhu 36,2°C intake 800 cc output 300 cc balance cairan +500 cc

Analisa : tujuan tercapai sebagian.

Perencanaan : intervensi dilanjutkan : memonitor intake dan output cairan, hitung kebutuhan cairan, anjurkan banyak meminum air atau jus, pantau pemberian cairan IV RL/6 jam.

**4. Risiko Defisit Nutrisi faktor resiko gangguan mencerna makanan ,
dengan dibuktikan :**

Data subjektif : Pasien mengatakan tidak nafsu makan, pasien mengatakan hanya makan 3 sendok/porsi, pasien mengatakan merasa mual saat menyuap makanan,

Data objektif :pasien hanya menghabiskan $\frac{3}{4}$ porsi makanan, BB pasien sebelum sakit 60 kg, BB saat ini 58 kg, IMT 22,6

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka status nutrisi membaik.

Kriteria hasil :

1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat dari 1/3 porsi menjadi 1 porsi.
2. Frekuensi makan membaik dari kurang menjadi sering
3. Nafsu makan membaik dari jarang menjadi sering
4. Membran mukosa membaik dari kering menjadi lembab
5. Berat badan meningkat dari 58kg menjadi 60kg.
6. Mual berkurang dari sering menjadi tidak

Rencana Tindakan

1. Identifikasi status nutrisi
2. Identifikasi intoleransi makanan
3. Identifikasi makanan yang disukai
4. Monitor berat badan
5. Lakukan oral hygiene sebelum makan

6. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
7. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein

Penatalaksanaan

Tanggal 23 Maret 2023

Pukul 07.56 memonitor kesadaran pasien compos metis, keadaan umum sedang. Pukul 08.00 Mengidentifikasi status nutrisi, pasien menghabiskan 3 sendok makan. Pukul 08.41 mengidentifikasi kondisi pasien, pasien mengatakan tidak nafsu makan dan merasa mual. Pukul 10.00 mengidentifikasi makanan yang disukai, pasien mengatakan tidak ada makanan yang paling di sukai. Pukul 11.21 menciptakan lingkungan yang mendukung suasana makan (mis. Bersih, rapi, tidak ada sampah atau bau tidak sedap), lingkungan kamar bersih, harum dan wangi. Pukul 12.00 mengidentifikasi intoleransi makanan, Pasien mengatakan tidak ada intoleransi makanan. Pukul 13.00 Memonitor berat badan pasien, BB pasien saat ini 58.3 kg (selanjutnya dilanjutkan oleh perawat ruangan).

Tanggal 24 Maret 2023

Pukul 08.00 anjurkan pasien oral hygiene sebelum makan, pasien melakukan sikat gigi sebelum makan. Pukul 08.30 mengkaji kondisi pasien, pasien mengatakan mual. Pukul 09.10 Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, pasien diberikan 1 buah pisang dan menganjurkan pasien berhenti makan jika merasa mual. Pukul 11.30 menganjurkan keluarga memberikan makanan selinga kesukaan pasien (mis.bubur) , keluarga mengatkan pasien makan bubur dan menghambiskan ½ porsi. Pukul 13.00 Berikan makanan tinggi protein,

pasien diberikan makanan dengan sayur brokoli dan daging dada ayam, pasien makan habis ½ porsi. 13.30 Memonitor berat badan pasien, berat badan pasien saat ini 58,7 kg (selanjutnya dilanjutkan oleh perawat ruangan).

Tanggal 25 Maret 2023

Pukul 07.58 mengkaji keadaan umum pasien, keadaan umum baik, kesadaran compos metis. Pukul 11.28 memberikan makanan selagi hangat dan mengajurkan makan sambil mendengarkan musik. Pukul 11.30 Berikan pasien makanan tinggi serat dan protein, pasien diberikan susu dan makan tempe/tahu dan telur dan makan habis 1 porsi pukul 12.28 menganjurkan pasien meminum air hangat jika merasakan mual. Pasien mengatakan paham dan akan meminum air hangat jika merasa mual. Pukul 13.30 Memonitor berat badan pasien, berat badan pasien saat ini 59.2 kg (selanjutnya dilanjutkan oleh perawat ruangan.). Pukul 14.09 menganjurkan pasien minum jus buah segar untuk mengurangi rasa mual dan meningkatkan asupan cairan dan vitamin, pasien mengatakan menghabiskan 1 gelas jus mangga.

Evaluasi tanggal 25 Maret 2023 pukul 12.00

Subjektif : Pasien mengatakan nafsu makan membaik, Pasien mengatakan sekarang menghabiskan 1 porsi, Pasien mengatakan rasa mual saat makan tidak ada lagi.

Objektif : pasien tampak menghabiskan 1 porsi makanan, berat badan pasien tampak stabil 59.2 kg.

Analisa : tujuan sudah tercapai

Pelaksanaan : intervensi dihentikan.

5. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang pencegahan berulang DBD, ditandai dengan :

Data subjektif : Keluarga mengatakan dirumah banyak pakaian menggantung dibelakang pintu, Keluarga mengatakan pasien malas mencuci pakaian yang telah digunakan, Pasien mengatakan Jendela kamar pasien dekat dengan selokan, Keluarga mengatakan pasien dan adiknya kebiasaan menumpuk pakaian. Pasien dan keluarga mengatakan penyakit ini hanya demam biasa yang disertai mual, muntah, maka hanya dibawa ke klinik terdekat oleh tantenya. Mengenai penyakit DBD keluarga dan pasien kurang mengetahui tanda dan gejalanya.

Data objektif : pasien tampak menumpuk pakaian kotor didalam lemari dan membiarkan sampah bertumpuk diatas meja.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 30 menit maka status tingkat pengetahuan bertambah.

Kriteria hasil :

1. Pasien dan keluarga dapat menjelaskan pengertian DBD
2. Pasien dan keluarga dapat menyebutkan penyebab terjadinya DBD
3. Pasien dan keluarga dapat menyebutkan 7 dari 10 tanda dan gejala DBD
4. Pasien dan keluarga dapat menyebutkan faktor yang mendukung perkembangan nyamuk *aedes aegypti*.
5. Pasien dan keluarga dapat menyebutkan 5 dari 8 tempat berkembang biakan nyamuk *aedes aegypti*.

6. Pasien dan keluarga dapat membedakan nyamuk anaphless (nyamuk biasa dengan nyamuk DFF)
7. Pasien dan keluarga dapat menjelaskan akibat yang mungkin timbul jika pada pasien DBD tidak segera melakukan pengobatan.
8. Pasien dan keluarga dapat menyebutkan tanda-tanda adanya perdarahan pada pasien DBD.
9. Pasien dan keluarga dapat menyebutkan 4 dari 5 cara pencegahan terhadap DBD.

Rencana tindakan :

1. Menjelaskan pengertian DBD
2. Menjelaskan penyebab terjadinya DBD
3. Menjelaskan 7 tanda dan gejala DBD
4. Menjelaskan akibat jika tidak segera melakukan pengobatan pada DBD
5. Menjelaskan tanda-tanda adanya komplikasi pada pasien DBD.
6. Menjelaskan cara pencegahan terhadap DBD.
7. Memberikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya.

Penatalaksanaan

Tanggal 23 Maret 2023

Pukul 08.06 menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan dbd, sudah disiapkan sap, lembar balik, dan leaflet dbd. Pukul 09.00 mengingatkan kembali kepada pasien dan keluarga akan diberikan pendidikan kesehatan pukul 10.00 menjelaskan pengertian dbd, menjelaskan penyebab terjadinya dbd, menjelaskan 10 tanda dan gejala

dbd, menjelaskan faktor yang mendukung perkembangan nyamuk *aedes aegypti*, menjelaskan 8 tempat perkembang biakan nyamuk *aedes aegypti*, menjelaskan perbedaan nyamuk anaphless (nyamuk biasa) dengan nyamuk DFF, Menjelaskan akibat jika tidak segera melakukan pengobatan pada DBD, Menjelaskan tanda-tanda adanya perdarahan pada pasien DBD., Menjelaskan 5 cara pencegahan terhadap DBD. Pukul 10.30 memberikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya. Pasien mengatakan sudah memahami apa yang dijelaskan.

Evaluasi 23 Maret 2023

Subjektif : pasien dan keluarga mengatakan memahami apa yang dijelaskan, pasien mengatakan akan sering membersihkan kamar tidurnya, pasien mengatakan tidak akan menggantung baju yang sudah dipakai.

Objektif : Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali pengertian DBD, Pasien dan keluarga dapat menyebutkan kembali penyebab terjadinya DBD, Pasien dan keluarga dapat menyebutkan 5 dari 10 tanda dan gejala DBD, Pasien dan keluarga dapat menyebutkan kembali faktor yang mendukung perkembangan nyamuk *aedes aegypti*, Pasien dan keluarga dapat menyebutkan kembali 4 dari 8 tempat perkembang biakan nyamuk *aedes aegypti*, Pasien dan keluarga dapat membedakan nyamuk anaphless (nyamuk biasa dengan nyamuk DFF, Pasien dan keluarga dapat menjelaskan kembali apa akibat yang mungkin timbul jika pada pasien DBD tidak segera melakukan pengobatan, Pasien dan keluarga dapat menyebutkan kembali tanda-tanda adanya perdarahan pada pasien DBD,

Pasien dan keluarga dapat menyebutkan 3 dari 5 cara pencegahan terhadap DBD.

Analisa : tujuan sudah tercapai

Pelaksanaan : intervensi dihentikan.

BAB IV PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas mengenai kesenjangan antara teori dan kasus, faktor-faktor pendukung dan penghambat serta alternative pemecahan masalah pada saat memberikan asuhan keperawatan pada pasien Tn.M dengan DHF di Ruang penyakit dalam kamar 1405 Rumah Sakit Umum Daerah Koja, yang dilakukan mulai dari tanggal 23 sampai dengan 25 Maret 2023. Pembahasan ini akan disesuaikan dengan proses keperawatan mulai dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

Pada hasil pengkajian fisik ditemukan oleh penulis beberapa kesenjangan data antara teori dengan kasus, yaitu : pada pengkajian penulis menemukan perbedaan antara konsep teori dengan kasus, pada teori ditemukan tanda dan gejala dari DBD yaitu demam tinggi, ruam merah pada tangan, gelisah, dan DSS (*Dengue shock syndrome*). Pada kasus tidak ditemukan tanda dan gejala yang sama sesuai teori karna pada pasien tersebut baru terjadi DBD derajat I sudah mencari pengobatan sehingga tidak terjadi DSS, lalu untuk Faktor resiko terdampak DBD sesuai dengan teori yaitu dikarenakan kamar yang kotor, jendela kamar yang dekat dengan pembuangan sampah, dan banyak pakaian kotor digantung dikamar. Kasus ini ditemukan faktor resiko yang sesuai dengan teori karna pasien dan keluarga mengatakan

dikamar menumpuk pakaian kotor dan jendela kamar dekat dengan selokan. Pemeriksaan penunjang pada DBD ditemukan kesenjangan teori dan kasus.

Menurut (Ridha, 2014) menjelaskan pemeriksaan untuk DBD yaitu melakukan pemeriksaan darah lengkap, tes serologi IgG dan IgM, dan rotgen thorax. Sedangkan pada pengkajian dilakukan pemeriksaan darah lengkap pada pemeriksaan ini sudah menunjukkan data lab terjadinya penurunan trombosit, dan hasil IgG dan IgM negatif karna pada pasien kurang ditemukannya tanda dan gejala DBD seperti bintik bintik merah (petikhie) tidak ada perdarahan dari gusi, muntahnya, BAB, dan telinga. Dan hasil trombosit $156 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ tidak jauh dari hasil normal.(163 - 337).

Faktor pendukung selama penulis melaksanakan tindakan keperawatan adalah pasien dan keluarga yang kooperatif dalam memberikan informasi yang dibutuhkan, perawat ruangan yang membantu dan memberikan informasi saat penulis menanyakan berbagai hal yang masih kurang dimengerti, sarana yang digunakan dalam melaksanakan pengkajian tersedia dengan lengkap sehingga mempermudah dalam melakukan asuhan keperawatan. Sedangkan faktor penghambat yang penulis rasakan dalam melaksanakan pengkajian yaitu informasi yang diberikan oleh keluarga dan pasien berbeda, keluarga pasien mengatakan kamar tidur yang kotor dan berantakan sedangkan pasien sendiri mengatakan kamar tidurnya bersih.

B. Diagnosa Keperawatan.

Pada diagnosa keperawatan, penulis menemukan beberapa kesenjangan antara teori dan kasus. Berdasarkan teori, Menurut (Tim Pokja DPP PPNI, 2018) terdapat delapan diagnosa keperawatan yang mungkin

muncul pada pasien DBD yaitu, Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi virus dengue, Hipovolemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler, kehilangan cairan aktif, Resiko perdarahan ditandai dengan gangguan koagulasi, penurunan faktor-faktor pembekuan darah (*trombositopenia*), Resiko syok (*hypovolemic*) ditandai dengan faktor resiko perdarahan yang berlebih, pindahnya cairan intravaskuler ke ekstraseluler, Resiko defisit nutrisi ditandai dengan ketidakmampuan mencerna makanan, Nyeri akut berhubungan dengan proses patologis penyakit, Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Sedangkan pada kasus pasien hanya ditemukan 5 diagnosa keperawatan yaitu Neusea berhubungan dengan gangguan biokimia, Resiko Hipovolemia dengan faktor resiko kegagalan mekanisme regulasi, Resiko perdarahan dengan faktor resiko gangguan koagulasi, Resiko defisit nutrisi dengan faktor resiko faktor psikologis, Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi pencegahan DBD.

Diagnosa yang penulis susun berdasarkan prioritas masalah, berdasarkan kebutuhan Maslow yang disesuaikan dengan kondisi pasien. Diagnosa yang terdapat pada teori tetapi tidak ada di kasus ada lima yaitu hipertermi, hipovolemia, resiko syok, nyeri akut, dan intoleransi aktivitas. Dan diagnosa yang terdapat pada kasus namun tidak ada di teori adalah neusea dan resiko hipovolemia.

Diagnosa yang terdapat pada teori tetapi tidak ada di kasus yaitu hipertermi berhubungan dengan dehidrasi, proses penyakit misal, infeksi

penyakit atau virus karna saat pengkajian tidak demam dan suhu pasien dalam batas normal yaitu $36,4^{\circ}\text{C}$ pasien sudah demam sejak $-/+ 2$ hari sebelum masuk rumah sakit dan sudah hari rawat ke-2 selama dirumah sakit, serta pasien sudah diberikan obat antiperetik paracetamol 3×1 gr.

Diagnosa kedua yang terdapat pada teori tetapi tidak ada dikasus yaitu hipovolemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler, karna saat dilakukan pengkajian tidak ditemukan pasien mengalami hipovolemia namun baru resiko karna pasien tidak ditemukan tanda dan gejala sejak dilakukan pengkajian dan pasien sudah diberikan infus ringer laktat 4 kolf/24 jam.

Diagnosa ketiga yang terdapat pada teori tetapi tidak ada dikasus yaitu resiko syok (*hypovolemic*) ditandai dengan faktor resiko perdarahan yang berlebihan, pada saat dilakukan pengkajian pasien tidak ditemukan perdarahan pada gusi, muntah, BAB, dan dari telinga dan tidak ditemukan petikhie (bintik merah pada kulit).

Diagnosa keempat yang terdapat pada teori tetapi tidak ada dikasus yaitu nyeri akut berhubungan dengan proses patologis penyakit karna saat dilakukan pengkajian pada pasien tidak ditemukan nyeri yang serius hanya nyeri saat berkemih tidak menjalar dengan skala nyeri 3 (0 - 10).

Diagnosa kelima yang terdapat pada teori tetapi tidak ada dikasus yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan diagnosa ini tidak penulis angkat dikarnakan saat dilakukan pengkajian pada pasien tidak ditemukan kelemahan pasien masih mampu untuk melakukan pergerakan secara mandiri dan bertahap.

Pada tahap penemuan diagnosa faktor pendukungnya yaitu karna adanya literature dan buku sumber cukup memadai serta adanya kemajuan teknologi, dan diagnosa yang diangkat sesuai dengan keadaan pasien dan sumber jurnal/buku yang lengkap. Faktor penghambatnya hanya perlu lebih banyak sumber lagi untuk atau literatur untuk menganalisa dan menentukan diagnosa keperawatan yang tepat dan sesuai prioritas masalah.

C. Perencanaan Keperawatan.

Penulis menyusun rencana tindakan keperawatan berdasarkan prioritas masalah pada kasus, dan disesuaikan dengan kebutuhan dasar manusia yang disesuaikan dengan kondisi pasien. Pada tahap perencanaan keperawatan penulis membuat perencanaan keperawatan mulai dari tujuan, kriteria hasil, hingga intervensi. Tujuan keperawatan disesuaikan dengan waktu praktik yaitu 3x 24 jam dan kriteria hasil disusun secara spesifik, dapat diukur dapat dicapai, rasional dan mempunyai batas waktu yang diinginkan.

Perencanaan yang terdapat pada diagnosa neusea berhubungan dengan iritasi lambung sesuai dengan beberapa perencanaan diteori yaitu identifikasi pengalaman mual, identifikasi antiemetik untuk mencegah mual, monitor mual, (mis. Frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan), kurangi atau hilangkan keadaan mual (mis. Kecemasan, ketakutan, kelelahan), berikan makanan dan jumlah kecil dan menarik, anjurkan istirahat dan tidue yang cukup, ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengatai mual (mis, *biofeedback*, hipnosis, relaksasi, terapi musik, akupresure).

Perencanaan yang terdapat pada diagnosa resiko perdarahan ditandai dengan gangguan koagulasi (*trombositopenia*) sesuai dengan perencanaan

diteori yaitu monitor tanda dan gejala perdarahan, monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah, pertahankan selama perdarah, jelaskan tanda dan gejala perdarahan, anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi, anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi, anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K, anjurkan segera melapor jika terjadi perdarah.

Perencanaan yang terdapat pada diagnosa resiko hipovolemia ditandai dengan peningkatan permeabilitas sesuai dengan perencanaan diteori yaitu periksa tanda dan gejala hipovolemia, monitor intake dan output cairan, memperbanyak asupan cairan oral, dan kolaborasi pemberian cairan intravena isotonik (mis. NaCl, RL)

Perencanaan yang terdapat pada diagnosa resiko defisit nutrisi faktor resiko gangguan mencerna makanan sesuai dengan perencanaan pada teori yaitu Identifikasi status nutrisi, Identifikasi intoleransi makanan, Identifikasi makanan yang disukai, Monitor berat badan, anjurkan melakukan oral hygiene sebelum makan, Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein.

Perencanaan yang terdapat pada diagnosa defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi sesuai dengan perencanaan yang terdapat pada teori yaitu, ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat. Secara umum dalam menyusun rencana tindakan keperawatan penulis tidak menemukan hambatan yang serius, namun dalam penentuan waktu penulis mengalami kesulitan karena dalam literatur tidak ada kriteria waktu, sehingga

dalam menentukan waktu penulis sesuaikan dengan waktu penulis melaksanakan asuhan keperawatan yaitu selama 3x24 jam, kecuali untuk diagnosa kurangnya pengetahuan kriteria waktu ditentukan selama 30 menit saja. Faktor pendukung yang ditemukan oleh penulis yaitu tersedianya sumber-sumber yang memadai untuk dijadikan acuan penyusunan perencanaan asuhan keperawatan pada pasien.

D. Pelaksanaan Keperawatan.

Pada saat melakukan asuhan keperawatan penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan dan semua pelaksanaan keperawatan didokumentasikan dalam catatan keperawatan, penulis melakukan tindakan keperawatan pada shift pagi mulai pukul 08.00 WIB sampai jam 14.00 WIB dan selanjutnya dilanjutkan oleh perawat ruangan yang bertugas shift berikutnya bertanggung jawab.

Faktor pendukung pelaksanaan tindakan keperawatan yang penulis temukan adalah adanya kerjasama yang baik, antara penulis dengan perawat ruangan yang sudah memberikan kepercayaan kepada penulis untuk melakukan tindakan pemberian asuhan keperawatan kepada pasien. Selain itu, pasien dan keluarga kooperatif adanya kerja sama yang baik.

E. Evaluasi Keperawatan

Pada tahap evaluasi penulis melakukan evaluasi sesuai dengan teori menurut PPNI (2017) yaitu pada tahap evaluasi merupakan bentuk dari proses keperawatan karna kesimpulan dibuat dari evaluasi untuk menentukan perencanaan diakhir, dilanjutkan, atau diubah. Pada tahap ini evaluasi yang didapat dari 5 diagnosa keperawatan, terdapat dua diagnosa tujuan tercapai

yaitu resiko defisit nutrisi dan defisit pengetahuan dan terdapat 3 diagnosa tujuan tercapai sebagian yaitu neusea, resiko perdarahan, dan resiko hipovolemia.

Pada diagnosa tujuan tercapai pertama yaitu resiko defisit nutrisi faktor resiko gangguan mencerna makanan , yang ditandai dengan pasien Tn.M Pasien mengatakan nafsu makan membaik, Pasien mengatakan sekarang menghabiskan 1 porsi, Pasien mengatakan rasa mual saat makan tidak ada lagi sehingga nafsu makan kembali normal, pasien tampak sudah menghabiskan 1 porsi makanan, dan berat badan pasien naik dari 58kg menjadi stabil 59.2 kg.

Pada diagnosa tujuan tercapai kedua yaitu defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, yang ditandai dengan ketika dilakukan evaluasi mengenai pendidikan kesehatan yang telah diberikan pasien dapat mengulangi apa yang sudah dijelaskan.

BAB V PENUTUP

Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawatan selama 3 hari dimulai tanggal 23 maret sampai dengan 25 maret pada Tn.M dengan *Dengue Haemoragic Fever* diruang penyakit dalam kamar 1605 Rumah Sakit Koja Jakarta Utara maka penulis dapat menyampaikan kesimpulan dan saran berdasarkan hasil pengkajian sebagai berikut.

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan pengkajian terhadap Tn.M maka penulis menemukan kesenjangan antara teori dan kasus pada pemeriksaan penunjang yang mana pada teori dilakukan pemeriksaan darah lengkap, tes serologi IgG dan IgM, dan rotgen thorax. Sedangkan pada pengkajian dilakukan pemeriksaan darah lengkap pada pemeriksaan ini sudah menunjukkan data lab terjadinya penurunan trombosit, dan hasil tes serologi IgG dan IgM negatif karna pada pasien kurang ditemukannya tanda dan gejala DBD seperti bintik bintik merah (petikhie) tidak ada perdarahan dari gusi, muntahnya, BAB, dan telinga. Dan hasil trombosit $156 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ tidak jauh dari hasil normal.

Pada diagnosa keperawatan penulis menemukan kesenjangan teori dan kasus, dimana pada teori terdapat delapan diagnosa keperawatan, sedangkan pada kasus penulis hanya mengangkat lima diagnosa keperawatan, hal ini

dikarnakan 3 diagnosa lagi tidak sesuai dengan kondisi pasien. Kemudian, ada 2 diagnosa yang tidak ada diteori namun ada dikasus yaitu neusea berhubungan dengan iritasi lambung (infeksi virus) diagnosa ini penulis angkat karna saat dilakukan pengkajian pasien mengalami mual sehingga tidak nafsu makan dan resiko hipovolemia ditandai dengan faktor resiko peningkatan permeabilitas diagnosa ini penulis angkat karna pasien kekurangan cairan karna asupan cairan yang masuk lebih sedikit dari pada cairan yang keluar.

Penulis menemukan kesenjangan antara teori dan kasus pada teori penatalaksanaan jenis cairan yang diberikan untuk pasien DBD cairan isotonik: NaCL 0,9%, Ringer laktat dan Albumin 5%, Cairan hipotonik: NaCL 0,45% dan NaCL 0,33%, Cairan hipertonic: NaCL 3%, Albumin 25%, D5 ½ NS dan D10W. Sedangkan pada kasus pasien hanya diberikan Ringer Laktat/6 jam untuk mempertahankan hidrasi.

Dalam tahap pelaksanaan sudah hampir semua yang direncanakan dilaksanakan langsung kepada pasien. Hal ini karna panulis sudah membuat diagnosa keperawatan yang sesuai dengan kondisi pasien dan dibantu oleh kerja sama pasien dan keluarga sehingga rencana dilaksanakan dengan baik.

Diagnosa yang diangkat ada 5 yang tujuan sudah tercapai terdapat 2 diagnosa yaitu resiko defisit nutrisi dan defisit pengetahuan. Kemudian 3 diagnosa yang teratasi sebagian yaitu neusea, resiko perdarahan, dan resiko hipovolemia.

B. Saran

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan kepada Tn.M dengan Dengue Haemorrhagic fever selama 3x24 jam, banyak pengalaman yang penulis dapatkan, sehingga untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan asuhan keperawatan yang lebih spesifik, maka penulis mencoba untuk memberikan masukan atau saran yang dapat dipergunakan bagi semua pihak yaitu :

1. Bagi mahasiswa perawat

Sebaiknya lebih membekali diri dengan ilmu keperawatan yang didapatkan, di pendidikan dan pengalaman praktik dilapangan yang telah dimiliki khususnya pada pasien dengan DHF, agar dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien DHF mampu untuk lebih memperhatikan tentang kebutuhan cairan, tanda dan gejala perdarahan, memperhatikan keadaan umum pasien memantau hasil pemeriksaan hemoglobin, hematokrit, trombosit selama mengelola pasien dengan DHF.

2. Bagi perawat ruangan

Untuk perawat ruangan agar dapat melakukan pelaksanaan keperawatan sesuai prosedur, serta perawat ruangan dapat lebih memperhatikan perkembangan pasien terutama pada asupan cairan pasien DBD.

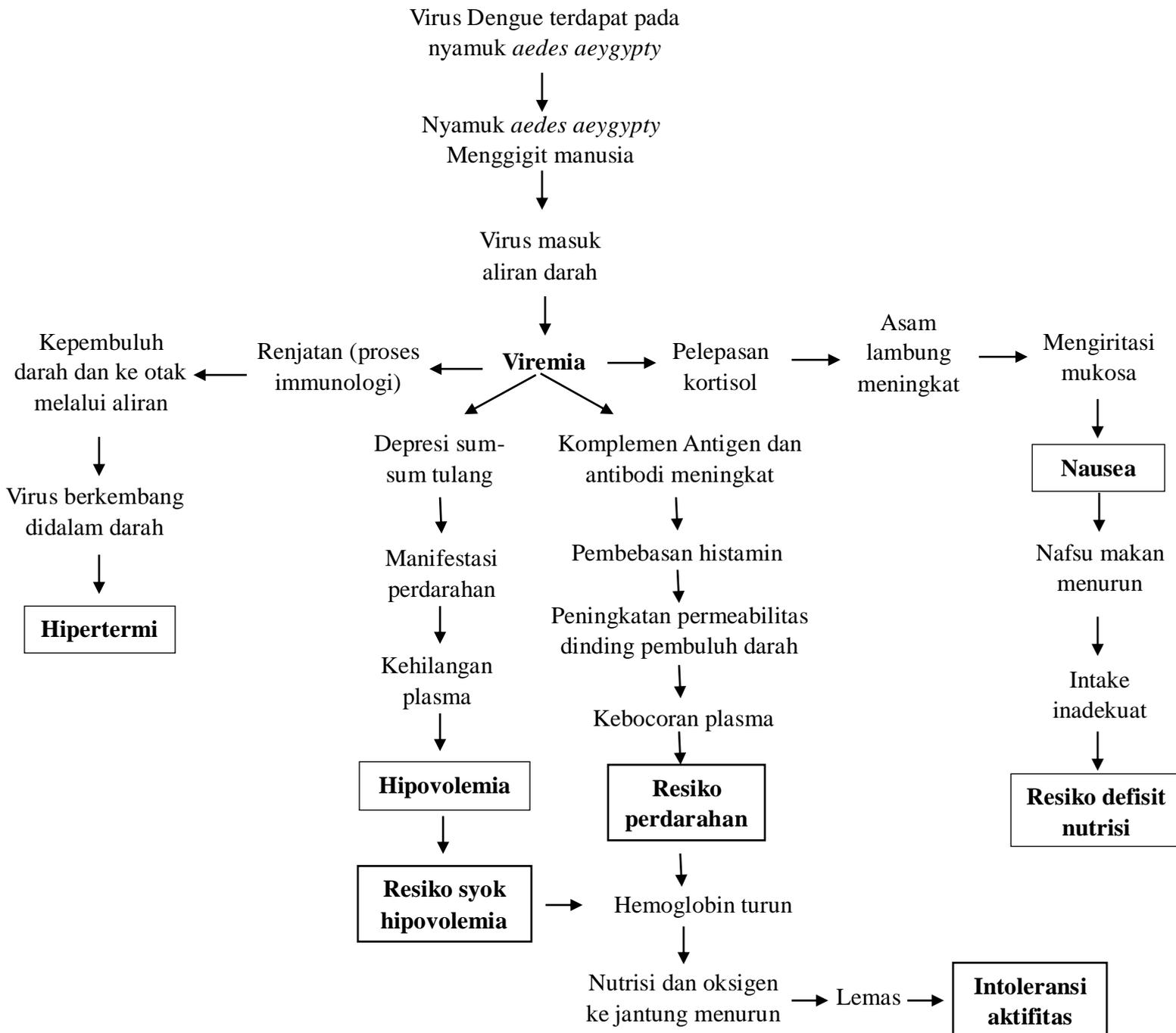
3. Bagi penulis

Diharapkan penulis agar lebih memahami dan memperdalam tentang asuhan keperawatan pada pasien Dengue Haemorrhagic Fever dan selalu memberikan edukasi terkait masalah pengobatan dan meningkatkan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ackley, B. j., Ladwig, G. B., Makic, M. B., Martinez-Kratz, M. R., Zanotti, M., & Betty, J. (2021-2023). *Nursing Diagnosis Handbook An Evidence-Based Guide to Planning Care*.
- Doenges. (2014). Rencana Asuhan Keperawatan : Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien Edisi 3. In *EGC*. Jakarta.
- Hidayani. (2020). Demam Berdarah Dengue : Perilaku Rumah Tangga dalam Pemberantasan Sarang Nyamuk dan Program Penanggulangan Demam Berdarah Dengue. *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, 1–20.
- Jannah, N. (2020). Perencanaan Dan Implementasi Keperawatan. *Medicine and Health Sciences*. <http://dx.doi.org/10.31219/osf.io/2js9v>
- Kemenkes. (2023). *Buletin Jendela Epidemiologi Demam Berdarah Dengue*.
- Kemenkes. (2017). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit. In *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia* (Vol. 5, Issue 1). <https://www.kemkes.go.id/article/view/19093000001/penyakit-jantung-penyebab-kematian-terbanyak-ke-2-di-indonesia.html>
- Kemenkes RI. (2021). PROFIL KESEHATAN INDONESIA TAHUN 2020. In *KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA*.
- Khadijah, A. N., & Utama, I. M. (2017). Gambaran gejala klinis demam berdarah dengue pada anak di RSUP Sanglah, Denpasar selama bulan Januari-Desember. *E-Jurnal Medika*, 6(11), 92-97.
- Kunoli, FJ. (2013) Pengantar Epidemiologi Penyakit Menular. *Jakarta: CV.Tans Info Media..*
- Melly, M. (2022). ASUHAN KEPERAWATAN RESIKO SYOK PADA PASIEN DENGUE. *PROGRAM STUDI PROFESI NERS FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS TRIBHUWANA TUNGGADEWI MALANG*, 4-5.
- Mumpuni, d. Y., & Lestari, W. (Yogyakarta). *Cekal (Cegah dan Tangakl) sampai Tuntas Demam Berdarah*. 2015: Rapha.
- Nina, D. (2021). *Asuhan keperawatan pada ny.l dengan dengue hemorrhagic fever di ruang lily*. 21.

- Nurarif. A.H. dan Kusuma. H. 2015 *APLIKASI Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC*. Jogjakarta:Mediaction
- Pradana, A. A., Pramitanungrum, I. K., Aslam, M., & Anindita, d. R. (2021). *Epidemiologi Penyakit Menular : Pengantar Bagi Mahasiswa Kesehatan*. Depok: RajaGrafindo Persada.
- Ridha N. 2014. *Buku Ajar Keperawatan Anak*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Setiati, S. I. (2017). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam (VI)* . Pusat Penerbitan Ilmu Penyakit Dalam.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2017). *Textbook of Medical- Surgical Nursing*. Fourth Australian dan New Zealand: Lippincott Williams & Wilkins, North Ryde, NSW.
- PPNI, T. P. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699. [http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/2394/3/BAB II.pdf](http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/2394/3/BAB%20II.pdf)
- WHO. (2019, November 14). Retrieved from Strong country capacity, improved tools and community engagement critical to enhancing dengue prevention and control



Sumber: NANDA NIC-NOC

Lampiran 2 : Balance Cairan

Tanggal 23 Maret 2023**Intake :**

Infus Ringer laktat 2000 ml/hari
 Minum 200 ml
 AM 5X58=290
 Total = 2490

Output :

Urine 1700cc
 IWL 15x58 = 870
 Total = 2570

Balance = intake-output

$2490 - 2570 = -80$ cc/hari

Tanggal 24 Maret 2023**Intake :**

Infus Ringer laktat 2000 ml/hari
 Minum 300 ml
 AM 5X58=290
 Total = 2590

Output :

Urine 1810
 IWL 15X58 = 870
 Total = 2680

Balance = intake-output

$2590 - 2680 = -90$ cc/hari

Tanggal 25 Maret 2023**Intake :**

Infus Ringer laktat 600 ml/hari
 Minum 200 ml
 Total = 800

Output :

Urine 300
 Total = 300

Balance = intake-output

$800 - 300 = + 500$ cc

Analisa obat

1. Ondansetron

a. Pengertian

Ondansetron merupakan obat yang mampu mengatasi keluhan mual dan muntah pasca-kemoterapi, radioterapi, dan operasi. Sebagai obat yang berasal dari kelas antagonis reseptor serotonin 5-HT₃, ondansetron menghambat aksi substansi penyebab mual dan muntah.

b. Indikasi

Sebelum mengonsumsi ondansetron, kondisi berikut harus disampaikan pada dokter untuk dijadikan pertimbangan dalam pemberian terapi. alergi terhadap ondansetron, alosetron, dolasetron, granisetron, palonosetron atau obat lain yang mengandung bahan yang serupa. Sedang mengonsumsi apomorfine riwayat mengalami sindrom pemanjangan interval-QT atau gangguan irama jantung serta gagal jantung. rendahnya kadar magnesium atau kalium dalam darah penyakit hati hamil, sedang merencanakan kehamilan, atau sedang menyusui

c. Kontraindikasi

Konsumsi ondansetron harus dihindari bila anda memiliki riwayat alergi pada ondansetron dan gangguan irama jantung akibat sindrom perpanjangan interval-QT.

d. Efek samping

Ondansetron dapat menyebabkan sejumlah efek samping, seperti nyeri kepala, sembelit, kelemahan, kelelahan, demam, dan rasa kantuk.

Lampiran 3 : Analisa Obat

Selain itu, terdapat beberapa efek samping serius yang memerlukan penanganan segera, seperti penglihatan kabur, ruam kulit, gatal-gatal, pembengkakan pada wajah, mata, bibir, lidah, tenggorokan, tangan, kaki, dan pergelangan kaki, suara serak, kesulitan bernapas atau menelan, nyeri dada, sesak napas, pusing, gangguan irama jantung, agitasi, halusinasi, demam, keringat berlebih, kebingungan, diare, mual, muntah, kehilangan koordinasi, otot kaku, kejang, serta

e. Dosis dan aturan pakai

Dosis pemberian ondansetron sangat bergantung pada tujuan pengobatan dan bentuk sediaannya. Untuk mencegah mual dan muntah setelah kemoterapi, berdasarkan tingkat emetogenik (efek mual/muntah) tingkat emetogenik sedang dewasa: 8 mg pada 30 menit hingga 2 jam sebelum kemoterapi diikuti 8 mg pada 8 atau 12 jam setelah terapi. Anak usia 4-11 tahun: 4 mg pada 30 menit sebelum kemoterapi yang akan diulangi pada 4 dan 8 jam setelah dosis awal anak usia 12-17 tahun: sama dengan dosis dewasa tingkat emetogenik berat dewasa: 24 mg sebagai dosis tunggal. Anak usia 4-11 tahun: 4 mg pada 30 menit sebelum kemoterapi yang akan diulangi pada 4 dan 8 jam setelah dosis awal anak usia 12-17 tahun: sama dengan dosis dewasa untuk mengatasi mual dan muntah pasca operasi dewasa: 16 mg pada 1 jam sebelum induksi anestesi, atau 8 mg pada 1 jam sebelum anestesi diikuti dengan 2 dosis lanjutan sebesar 8 mg dengan interval 8 jam. Anak/berat badan ≥ 40 kg: 4 mg pada 1 jam sebelum anestesi diikuti dengan 4 mg lanjutan setelah 12 jam. Untuk

Lampiran 3 : Analisa Obat

pengecahan muntah pasca terapi radiasi iradiasi badan total: 8 mg pada 1-2 jam sebelum fraksi harian radioterapi pemberian fraksi dosis tunggal yang tinggi pada perut: 8 mg pada 1-2 jam sebelum iradiasi. Pemberian fraksi harian ke perut: 8 mg pada 1-2 jam sebelum iradiasi serta diikuti dengan dosis pada 8 jam yang diulang setiap hari selama menjalani radioterapi untuk mengatasi mual dan muntah pasca operasi dengan sediaan obat parenteral dewasa: 4 mg melalui injeksi intravena secara lambat atau melalui injeksi intramuskular sebagai dosis tunggal saat induksi anestesianak berusia =1 bulan dengan berat badan =40 kg: 0,1 mg/kgbb melalui intravena secara lambat sebagai dosis tunggal pada induksi anestesi dengan dosis maksimal 4 mg/dosis. Sebagai pengecahan mual dan muntah yang terkait dengan terapi radiasi dewasa: 8 mg melalui injeksi intravena secara lambat atau injeksi intramuskular sebelum terapi. Lansia =75 tahun: dosis awal maksimal diberikan melalui infus intravena selama 15 menit dan dapat diikuti dengan 2 dosis lanjutan sebesar 8 mg dengan interval 4 jam. Untuk mencegah emesis tertunda atau mual muntah yang terkait dengan kemoterapi kanker atau radioterapi: sediaan suppositoria dengan dosis 16 mg diberikan 1-2 jam sebelum terapi sekali sehari hingga 5 hari setelah pengobatan melalui dubur.

2. Sucralfate syrup

a. Pengertian

Sucralfat atau sucralfate adalah obat untuk mengatasi tukak lambung, ulkus duodenum, atau gastritis kronis. Obat ini akan menempel di

Lampiran 3 : Analisa Obat

bagian lambung atau usus yang luka dan melindunginya dari asam lambung, enzim pencernaan, dan garam empedu.

b. Indikasi

Tukak lambung dan tukak duodenum

c. Kontraindikasi

Gangguan ginjal (hindari bila berat); kehamilan dan menyusui; pemberian sukralfat dan nutrisi enteral harus berjalan.

d. Efek samping:

Konstipasi, diare, mual, gangguan pencernaan, gangguan lambung, mulut kering, ruam, reaksi hipersensitifitas, nyeri punggung, pusing, sakit kepala, vertigo, dan mengantuk, pembentukan bezoar (lihat keterangan di atas).

e. Dosis:

Tukak lambung dan duodenum serta gastritis kronis, 2 g 2 kali sehari (pagi dan sebelum tidur malam) atau 1 g 4 kali sehari 1 jam sebelum makan dan sebelum tidur malam, diberikan selama 4-6 minggu atau pada kasus yang resisten, bisa hingga 12 minggu; maksimal 8 g sehari; profilaksis tukak akibat stres (suspensi), 1 g 6 kali sehari (maksimal 8 g sehari). Anak di bawah 15 tahun, tidak dianjurkan. Saran: tablet dapat dilarutkan dalam 10-15 ml air, antasida tidak boleh diberikan setengah jam sebelum atau sesudah pemberian sukralfat.

3. Ranitidin

a. Pengertian

Ranitidin adalah obat yang digunakan untuk mengobati gejala atau penyakit yang berkaitan dengan produksi asam lambung berlebih. Beberapa kondisi yang dapat ditangani dengan ranitidin adalah tukak lambung, penyakit maag, penyakit asam lambung (GERD), dan sindrom Zollinger-Ellison. Produksi asam lambung yang berlebihan dapat memicu iritasi serta peradangan pada dinding lambung dan saluran pencernaan.

b. Indikasi

Tukak lambung dan tukak duodenum, refluks esofagitis, dispepsia, episodik kronis tukak akibat AINS, tukak duodenum karna Hpylori, sindrom Zollinger-Ellison, kondisi lain dimana penguranga asam lambung anak bermanfaat.

c. Kontraindikasi

Penderita yang diketahui hipersensitif terhadap ranitidine

d. Efek samping

Beberapa efek samping yang dapat muncul setelah penggunaan ranitidine yaitu takikardi (jarang), agitasi, gangguan penglihatan, alopesia, nefritis interstisial (jarang sekali).

e. Dosis

Oral, untuk tukak peptik ringan dan tukak duodenem 150mg 2 kali sehari atau 300 mg pada malam hari selama 4-8 minggu, sampai 6 minggu pada dispepsia episodik kronis, dan sampai 8 minggu pada

Lampiran 3 : Analisa Obat

tukak akibat AINS (pada tukak duodenum 300mg dapat diberikan dua kali sehari selama 4 minggu untuk mencapai laju penyembuhan yang lebih tinggi.

4. Paracetamol

a. Pengertian

Parasetamol atau asetaminofen adalah obat analgesik dan antipiretik yang banyak dipakai untuk meredakan sakit kepala ringan akut, nyeri ringan hingga sedang, serta demam.

b. Indikasi

Nyeri ringan sampai sedang, nyeri sesudah operasi cabut gigi, pireksia

c. Kontra indikasi

Gangguan fungsi hati berat, hipersensitivitas.

d. Dosis

Oral 0,5–1 gram setiap 4–6 jam hingga maksimum 4 gram per hari; anak–anak umur 2 bulan 60 mg untuk pasca imunisasi pireksia, sebaliknya di bawah umur 3 bulan (hanya dengan saran dokter) 10 mg/kg bb (5 mg/kg bb jika *jaundice*), 3 bulan–1 tahun 60 mg–120 mg, 1-5 tahun 120–250 mg, 6–12 tahun 250– 500 mg, dosis ini dapat diulangi setiap 4–6 jam jika diperlukan (maksimum 4 kali dosis dalam 24 jam), infus intravena lebih dari 15 menit, dewasa dan anak–anak dengan berat badan lebih dari 50 kg, 1 gram setiap 4–6 jam, maksimum 4 gram per hari, dewasa dan anak–anak dengan berat badan 10 -50 kg, 15 mg/kg bb setiap 4–6 jam, maksimum 60 mg/kg bb per hari.

e. *Efek samping*

Jarang terjadi efek samping, tetapi dilaporkan terjadi reaksi hipersensitivitas, ruam kulit, kelainan darah (termasuk trombositopenia, leukopenia, neutropenia), hipotensi juga dilaporkan pada infus, penting: penggunaan jangka panjang dan dosis berlebihan atau overdosis dapat menyebabkan kerusakan hati, lihat pengobatan pada keadaan darurat karena keracunan.

SATUAN ACARA PEMBELAJARAN (SAP)

Pokok Bahasan	: Demam Berdarah Dengue
Sub Pokok Bahasan	: Pencegahan Demam Berdarah Dengue Berulang
Sasaran	: Tn. M dan Keluarga
Hari/Tanggal	: Selasa, 24 Maret 2023
Tempat	: Ruang Penyakit Dalam
Waktu	: 30 menit
Penyuluh	: Sekar Indar Dewi (Mahasiwi STIKes RS Husada)

I. Tujuan Instruksional Umum (TIU)

Setelah mendapatkan pendidikan kesehatan selama 1 x 30 menit diharapkan Tn. M dan keluarga dapat memahami tentang DHF/DBD (Demam Berdarah Dengue) dan cara pencegahan Demam Berdarah berulang, serta Tn. M dan keluarga dapat mengungkapkan keinginan untuk melakukan Pencegahan Berulang pada pasien penderita Demam Berdarah, dengan demikian Tn. M dan keluarga mampu mendemonstrasikan kembali tentang cara pencegahan demam berdarah berulang melalui gaya hidup nya.

II. Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

Setelah mendapatkan pendidikan kesehatan, keluarga diharapkan dapat :

1. Memahami dan menyebutkan Pengertian Demam Berdarah
2. Memahami dan menyebutkan Tanda dan Gejala pada pasien Demam Berdarah
3. Memahami dan menyebutkan Komplikasi Demam Berdarah
4. Memahami dan menyebutkan Cara pencegahan Demam berdarah berulang
5. Memahami kapan waktu nya harus ke dokter
6. Menunjukkan sikap positif/ Mengungkapkan keinginan untuk melakukan pencegahan demam berdarah berulang

III. Materi Penyuluhan

1. Pengertian Demam berdarah
2. Jenis-jenis Demam Berdarah
3. Tanda dan Gejala Demam Berdarah
4. Komplikasi Demam Berdarah
5. Cara pencegahan Demam berdarah berulang
6. Kapan harus kedokter?

IV. Metode Penyuluhan

- a. Ceramah
- b. Tanya jawab/Diskusi
- c. Demonstrasi dan redemonstrasi
- d. Role play

V. Media Penyuluhan

- a. *Leaflet*
- b. Lembar balik
- c. Satuan Acara Penyuluhan

VI. Rencana Kegiatan Penyuluhan

No.	Kegiatan	Uraian kegiatan	
		Penyuluh	Audience
1.	Pembukaan 5(menit)	<ol style="list-style-type: none"> a. Mengucapkan salam b. Memperkenalkan diri c. Menyampaikan tujuan penyuluhan 	<ol style="list-style-type: none"> a. Menjawab salam b. Mendengarkan dan memperhatikan c. Menjawab pertanyaan
2.	Penyampaian materi (20 menit)	<ol style="list-style-type: none"> a. Menanyakan pengetahuan sebelumnya mengenai konsep b. Menjelaskan pengertian Demam Berdarah 	<ol style="list-style-type: none"> a. Menjelaskan pengetahuan sebelumnya mengenai materi b. Menyimak penjelasan yang diberikan dan berdiskusi

Lampiran 4 : SAP, Lembar balik, *Leaflet*

		<p>c. Menyebutkan tujuan dan pokok materi yang akan disampaikan</p> <p>d. Menyebutkan jenis - jenis demam berdarah</p> <p>e. Menjelaskan materi terkait tanda dan gejala demam berdarah</p> <p>f. Menjelaskan materi Komplikasi Demam berdarah</p> <p>g. Menjelaskan materi cara pencegahan demam berdarah</p> <p>h. Menjelaskan Kapan waktu harus ke dokter pada pasien Demam berdarah</p> <p>i. Memberikan kesempatan pada peserta untuk bertanya</p> <p>j. Menjawab pertanyaan dari Tn. A dan keluarga</p>	<p>c. Menyimak penjelasan yang diberikan dan berdiskusi</p> <p>d. Menyimak penjelasan yang diberikan dan berdiskusi</p> <p>e. Menyimak penjelasan yang diberikan dan berdiskusi</p> <p>f. Menyimak penjelasan yang diberikan dan berdiskusi</p> <p>g. Bertanya terkait Demam Berdarah</p> <p>Menyimak jawaban dari penjelasan yang diberikan</p>
3.	Penutup (5menit)	<p>a. Mengevaluasi kegiatan</p> <p>b. Meminta klien</p>	<p>a. Menyimak penjelasan</p> <p>b. Menjelaskan kembali</p> <p>c. Menjawab pertanyaan</p>

Lampiran 4 : SAP, Lembar balik, *Leaflet*

		menjelaskan kembali materi yang telah disampaikan c. Memberikan pertanyaan d. Menyimpulkan materi penyuluhan dan hasil diskusi e. Mengucapkan salam	d. Menyimak kesimpulan e. Menjawab salam
--	--	--	---

VII. Evaluasi

1. Evaluasi Struktural
 - a. Tersedianya SAP Cara pencegahan Demam Berdarah dan media telah dikonsultasikan kepada pembimbing sebelum pelaksanaan
 - b. Klien dan keluarga hadir dan tidak meninggalkan tempat sebelum penyuluhan selesai
 - c. Tempat dipersiapkan H-1 sebelum pelaksanaan
2. Evaluasi Proses
 - a. Proses pelaksanaan penyuluhan kesehatan sesuai rencana dan berjalan lancar
 - b. 90% klien dan keluarga mampu memahami materi yang di sampaikan
 - c. Keluarga aktif dalam diskusi dan tanya jawab
 - d. Keluarga mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir
3. Evaluasi Hasil
 - a. Klien dan keluarga mengetahui Pengertian demam berdarah
 - b. Klien dan keluarga mengetahui Jenis-jenis demam berdarah
 - c. Klien dan keluarga mengetahui Tanda dan Gejala demam berdarah
 - d. Klien dan keluarga mengetahui Komplikasi Demam berdarah
 - e. Klien dan keluarga mengetahui Cara pencegahan Demam Berdarah
 - f. Kliarn dan Kelurga mengetahui kapan waktunya untuk periksa ke dokter

Lampiran 4 : SAP, Lembar balik, *Leaflet*

- g. Menunjukkan sikap positif/ Mengungkapkan keinginan untuk melakukan pencegahan demam berdarah berulang
4. Pertanyaan evaluasi
- a. Jelaskan pengertian demam berdarah?
 - b. Sebutkan Jenis-jenis Demam Berdarah?
 - c. Sebutkan Tanda dan Gejala Demam Berdarah?
 - d. Sebutkan Komplikasi Demam Berdarah?
 - e. Sebutkan Cara pencegahan Demam berdarah berulang?
 - f. Sebutkan Kapan harus periksa kedokter?



Jenis DBD

Berdasarkan tingkat keparahannya, demam berdarah terbagi menjadi tiga jenis, yaitu:

- Demam dengue (*dengue fever*), yang gejalanya cenderung ringan dan tanpa tanda-tanda perdarahan
- Demam berdarah dengue (*dengue hemorrhagic fever* atau DHF), yaitu DBD dengan gejala berat dan tanda-tanda perdarahan, seperti mimisan atau gusi berdarah
- Sindrom syok akibat dengue (*dengue shock syndrome* atau DSS), yaitu DBD parah dengan tingkat kematian tinggi, yang biasanya ditandai dengan gejala lemas atau tidak sadar, keringat dingin, muntah darah, atau sesak napas

Gejala DBD

Secara umum, fase DBD berbentuk seperti [siklus pelana kuda](#), yang diawali dengan demam mendadak pada hari pertama hingga hari ke-3 fase penyakit ini. Demam bisa mencapai suhu 39–40°C, yang sulit turun walaupun pasien telah mengonsumsi obat penurun panas. Demam dapat disertai dengan gejala lain, seperti:

- Sakit kepala hebat
- Nyeri di bagian belakang mata
- Sakit otot dan sendi
- Hilang nafsu makan
- Lemas
- Mual dan muntah
- Timbul ruam kulit

Komplikasi DBD

- DBD akan berlanjut ke fase kritis, yaitu pada hari ke-4 hingga hari ke-6. Pada fase ini, demam turun tetapi gejala perdarahan, seperti **mimisan** atau muntah darah, mudah terjadi. Trombosit yang menurun drastis juga bisa terjadi pada fase kritis ini.
- Jika tidak tertangani dengan baik, penderita demam berdarah pada fase kritis bisa mengalami komplikasi berupa **penumpukan cairan pada rongga dada** atau **perut**, perdarahan hebat, hingga gagalnya aliran darah ke organ-organ vital (**syok**).
- Jika tertangani dengan cepat dan tepat, penderita DBD akan sembuh dalam waktu 1–2 minggu.

Pencegahan DBD

1. Pemberantasan sarang nyamuk (PSN)

merupakan cara utama untuk mencegah DBD. PSN dilakukan dalam dua kali pengasapan insektisida atau *fogging* dalam jeda 1 minggu. Pengasapan sebanyak dua kali bertujuan untuk membunuh jentik nyamuk yang tidak dapat dibasmi pada saat pengasapan pertama.

Metode PSN lain adalah dengan rutin menjalankan 3M-Plus, terutama pada musim hujan. Langkah 3M yang dimaksud adalah:

- Menguras tempat penampungan air, seperti bak mandi atau toren, minimal 1 minggu sekali
- Menutup rapat tempat penampungan air
- Mendaur ulang barang yang berpotensi menjadi tempat perkembangbiakan nyamuk *Aedes aegypti*, seperti ban bekas yang dapat menampung air hujan

Langkah Selanjutnya!!

Selain itu, lakukan pula langkah Plus untuk membantu pencegahan. Langkah Plus yang dimaksud antara lain:

- Mengatur cahaya yang cukup di dalam rumah
- Memasang kawat anti nyamuk di ventilasi rumah
- Menaburkan bubuk larvasida (abate) pada penampungan air yang sulit dikuras
- Menggunakan kelambu saat tidur
- Menanam tumbuhan pengusir nyamuk
- Menghentikan kebiasaan menggantung pakaian

Selain cara-cara di atas, mengenakan pakaian yang longgar juga dapat [mencegah gigitan nyamuk](#). Hal ini karena gigitan nyamuk dapat menembus pakaian yang ketat. Sebagai perlindungan tambahan, gunakan losion antinyamuk yang mengandung *N-diethylmetatoluamide* (DEET).

2. Vaksin dengue

- Demam berdarah derajat berat yang menimbulkan *dengue shock syndrome* dapat dicegah dengan pemberian [vaksin dengue](#). Vaksin ini dapat diberikan kepada anak-anak dan orang dewasa usia 9–45 tahun sebanyak 3 kali dengan jarak 6 bulan. Namun, agar lebih aman, konsultasikan dengan dokter jika Anda atau anak Anda perlu menjalani vaksinasi dengue.
- Vaksin dengue mengandung 4 jenis virus *Dengue*. Oleh sebab itu, vaksin tetap diberikan kepada orang yang sudah pernah terinfeksi. Hal ini untuk membentuk kekebalan tubuh terhadap tipe virus *Dengue* berbeda.
- Perlu diingat, vaksin dengue tidak dianjurkan pada anak usia di bawah 9 tahun, terutama pada kelompok usia 2–5 tahun. Agar lebih aman, konsultasikan terlebih dahulu dengan dokter jika Anda atau anak Anda perlu menjalani vaksinasi dengue

“Kapan harus kedokter??”

Periksakan diri ke **dokter** bila mengalami gejala DBD seperti yang telah disebutkan, terutama jika orang di sekitar Anda ada yang terdiagnosis penyakit ini.

Penanganan medis di IGD perlu segera dilakukan pada penderita DBD dengan gejala-gejala berikut:

- Tampak lemas atau linglung
- Kulit teraba basah dan dingin
- Sakit perut parah
- Muntah parah, terutama jika disertai darah
- Sesak napas
- Mimisan dan gusi berdarah
- Buang air besar berwarna hitam atau berdarah

Sumber

- Wang, W., et al. (2020). Dengue Hemorrhagic Fever – A Systemic Literature Review of Current Perspectives on Pathogenesis, Prevention and Control. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*, 53(6), pp. 963–978.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2019). Upaya Pencegahan DBD dengan 3M Plus.
- National Health Service UK (2023). Health A to Z. Dengue.
- Mayo Clinic (2022). Diseases & Conditions. Dengue Fever.
- Alodokter dr pittara 2 februari 2023 www.alodokter.com/demam-berdarah

KOMPLIKASI DEMAM BERDARAH DENGUE

- DBD akan berlanjut ke fase kritis, yaitu pada hari ke-4 hingga hari ke-6. Pada fase ini, demam turun tetapi gejala perdarahan, seperti mimisan atau muntah darah, mudah terjadi. Trombosit yang menurun drastis juga bisa terjadi pada fase kritis ini.
- Jika tidak tertangani dengan baik, penderita demam berdarah pada fase kritis bisa mengalami komplikasi berupa penumpukan cairan pada rongga dada atau perut, perdarahan hebat, hingga gagalnya aliran darah ke organ-organ vital (syok).
- Jika tertangani dengan cepat dan tepat, penderita DBD akan sembuh dalam waktu 1-2 minggu.

PERCEGAHAN DEMAM BERDARAH DENGUE

Menguras tempat penampungan air, seperti bak mandi minimal 1 minggu sekali

- Menutup rapat tempat penampungan air
- Mendaur ulang barang yang berpotensi menjadi tempat perkembangbiakan nyamuk *Aedes aegypti*, seperti ban bekas yang dapat menampung air hujan
- Mengatur cahaya yang cukup di dalam rumah
- Memasang kawat anti nyamuk di ventilasi rumah
- Menaburkan bubuk larvasida (abate) pada penampungan air yang sulit dikuras
- Menonjolkan kelambu saat tidur

KAPAN PASIEN DEMAM BERDARAH DENGUE HARUS KEDOKTER

Periksakan diri ke dokter bila mengalami gejala DBD seperti yang telah disebutkan berikut:

- Tampak lemas atau linglung
- Kulit teraba basah dan dingin
- Sakit perut parah
- Muntah parah, terutama jika disertai darah
- Sesak napas
- Mimisan dan gusi berdarah
- Buang air besar berwarna hitam atau berdarah

Jika Tanda dan gejala tidak kunjung membaik maka datanglah ketenaga kesehatan terdekat seperti:
Puskesmas
Klinik
Rumah sakit

MENCEGAH
LEBIH BAIK
DARI PADA
MENGOBATI



STIKes RS Husada

DEMAM BERDARAH DENGUE



SEKAR INDIRA DEWI
2011073

1. Pengertian

Demam Berdarah Dengue (DBD) bahasa medisnya disebut Dengue Hemorrhagic Fever adalah penyakit yang disebabkan oleh virus dengue yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*, yang mana menyebabkan gangguan pada pembuluh darah kapiler dan pada sistem pembekuan darah, sehingga mengakibatkan perdarahan-perdarahan

2. JENIS JENIS Demam Berdarah Dengue

gejalanya cenderung ringan dan tanpa tanda-tanda perdarahan

- Demam berdarah dengue (dengue hemorrhagic fever atau DHF), yaitu DBD dengan gejala berat dan tanda-tanda perdarahan, seperti mimisan atau gusi berdarah
- Sindrom syok akibat dengue (dengue shock syndrome atau DSS), yaitu DBD parah dengan tingkat kematian tinggi, yang biasanya ditandai dengan gejala lemas atau tidak sadar, keringat dingin, muntah darah, atau sesak napas

GEJALA DBD

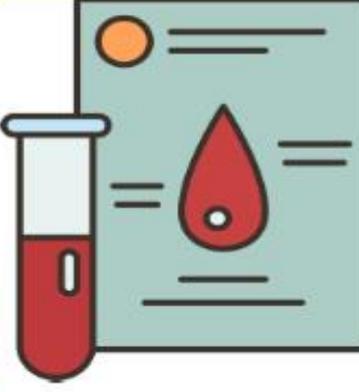
demam bisa mencapai suhu 39-40°C, yang sulit turun walaupun pasien telah mengonsumsi obat penurun panas, Demam dapat disertai dengan gejala lain, seperti:

- Sakit kepala hebat
- Nyeri di bagian belakang mata
- Sakit otot dan sendi
- Hilang nafsu makan
- Lemas
- Mual dan muntah
- Timbul ruam kulit



Arowwai Industries

Trifold brochures have long been a type of material used to advertise brands, products, and services. The best way to maximize its use is to introduce what the brand has to offer with a brief or about section like this. Make sure to keep your introduction short but interesting enough to readers.



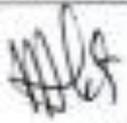


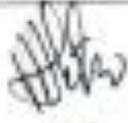
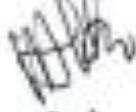
Lembar Konsultasi

Nama Pembimbing : Ns. Ni Made Suarti, S.Pd., M.Kep

Nama Mahasiswa : Sekar Indar Dewi

Judul : Asuhan Keperawatan Kepada pasien Tn.M dengan Demam Berdarah Dengue (DBD) diruang Penyakit Dalam kamar 1405 Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara

No.	Tanggal	Konsultasi (Saran/Perbaikan)	Tanda Tangan
1.	27 Maret 2023	Konsul BAB I - Perbaikan penulisan dan typo - Perbaikan data prevalensi dunia	
2.	30 Maret 2023	BAB I - Perbaikan data rumah sakit tahun terbaru	
3.	3 April 2023	BAB I - Perbaikan keseluruhan bab I dan tujuan khusus	
4.	13 April 2023	Konsul BAB II - Perbaikan data prevalensi dunia	
5.	18 April 2023	BAB II - Perbaikan Perencanaan dan tambahkan rasional	
6.	26 April 2023	BAB II - Perbaikan cara penulisan dan evaluasi di bab II	
7.	5 Mei 2023	Konsul BAB III - Perbaikan resume dan pengkajian	
8.	9 Mei 2023	BAB III - Perbaikan diagnosa dan etiologi - Perbaikan penulisan di BAB III	

9.	17 Mei 2023	BAB III - Perbaiki penatalaksanaan dan evaluasi	
10.	22 Mei 2023	BAB III - Perbaiki penatalaksanaan busi 24 jam - Dan merapikan penulisan	
11.	31 Mei 2023	Konsul BAB IV - Perbaiki isi Pengkajian dan evaluasi	
12.	2 Juni 2023	BAB IV - Perbaiki kesenjangan pada pengkajian - Revisi penatalaksanaan	
13.	7 Juni 2023	ACC BAB I-IV Revisi perbaikan BAB I-IV	
14.	12 Juni 2023	BAB V - Perbaiki Kesimpulan - Perbaiki Saran untuk instusi	
15.	16 Juni 2023	Perbaiki keseluruhan BAB I-V	