

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Proses Keperawatan

1. Konsep proses keperawatan pada pasien DHF

a. pengkajian keperawatan

Pengkajian merupakan tahapan pertama dalam proses keperawatan tahap ini sangat penting dan menentukan dalam tahap-tahap selanjutnya. Data yang komprehensif dan valid akan menentukan penetapan diagnosis keperawatan dengan tepat dan benar, serta selanjutnya akan berpengaruh dalam perencanaan keperawatan. Tujuan dari pengkajian yaitu didapatkannya data yang komprehensif. Tahap pengkajian dari proses keperawatan merupakan proses dinamis yang terorganisasi, dan meliputi empat aktivitas dasar atau elemen dari pengkajian yaitu pengumpulan data secara sistematis, memvalidasi data, memilah, mengatur data dan mendokumentasikan data dalam format. (Tarwoto & Wartonah, 2015).

Pengkajian yang dilakukan pada klien anak dengan dhf ialah :

- a. Identitas pasien mencakup tentang : nama, umur, jenis kelamin, alamat, pendidikan, nama orang tua, pendidikan orang tua, dan pekerjaan orang tua.
- b. keluhan utama yaitu menonjol pada anak adalah suhu tinggi pada anak.
- c. Riwayat penyakit sekarang yaitu di dapatkan adanya keluhan panas yang disertai menggigil dan saat demam pada kesadaran composmentis turun nya panas terjadi antara hari ke 3 & 7.
- d. Riwayat penyakit yang pernah di derita yaitu penyakit apa saja yang pernah di derita, pada anak bisa mengalami DHF dengan tipe virus lain.
- e. Riwayat imunisasi yaitu apabila anak memiliki riwayat imunisasi lengkap akan mempunyai kekebalan imun pada tubuh, maka kemungkinan akan timbulnya komplikasi dapat di- hindarkan.

- f. Kondisi lingkungan yang Sering terjadi di daerah yang padat penduduk dan lingkungan yang kurang bersih (seperti air yang menggenang dan gantungan baju di kamar)
- g. Pemeriksaan fisik, meliputi inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi dari ujung rambut sampai ujung kaki. Berdasarkan tingkatan sebagai berikut :
- 1) Grade I : kesadaran komposmentis, keadaan umum lemah, tanda - tanda vital dan nadi lemah
 - 2) Grade II: kesadaran komposmentis, keadaan umum lemah,tanda-tanda vital lemah, ada pendarahan spontan, pendarahan gusi dan telinga,
 - 3) Grade III : kesadaran apatis, somnolen, keadaan umum lemah, nadi lemah, kecil dan tidak teratur, serta tekanan darah menurun.
 - 4) Grade IV : kesadaran koma, tanda-tanda vital : nadi tidak teraba, tensi tidak terukur, pernapasan tidak teratur, ekstremitas dingin, dan kulit tampak biru.

Sistem integument, yakni terdiri dari :

- 1) Adanya petekie pada kulit, turgor kulit menurun, dan muncul keringat dingin dan lembab.
- 2) Kuku sianosis/tidak.
- 3) Kepala terasa nyeri, muka tampak kemerahan karena demam (flusi), mata anemis, hidung kadang mengalami perdarahan (epistaksis) pada grade II, III, IV. Pada mulut didapatkan bahwa mukosa mulut kering, terjadi perdarahan gusi, dan nyeri telan. Sementara tenggorokan mengalami hiperemia faring, dan terjadi perdarahan telinga (pada grade II, III, IV).
- 4) Dada bentuk simetris dan kadang-kadang terasa sesak. Pada foto thorax terdapat adanya cairan yang tertimbun pada paru sebelah kanan (efusi pleura), rales +, ronchi +, yang biasanya terdapat pada grade III dan IV.

- 5) Abdomen. Mengalami nyeri tekan, pembesaran), dan asites.
- 6) Ekstremitas. Akral dingin, serta menjadi nyeri otot, sendi, serta tulang.

b. Diagnosa keperawatan

diagnosa keperawatan suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang langsung aktual maupun potensial, diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon pasien secara individu, keluarga dan komunitas terhadap yang berkaitan dengan kesehatan. Diagnosa yang muncul pada pasien dengan menggunakan buku standar diagnosa keperawatan indonesia (PPNI, 2016) sebagai berikut :

- 1) Hipertermia berhubungan dengan proses infeksi virus (D.0130).

Penyebab :

- a) stimulasi pusat termoregulasi hipotalamus
- b) proses penyakit infeksi
- c) proses penuaan
- d) dehidrasi
- e) peningkatan kebutuhan oksigen
- f) perubahan laju metabolisme

Gejala dan tanda mayor

Subjektif :

Objektif : suhu tubuh di atas normal.

Gejala dan tanda minor

Subjektif :

Objektif :

- a) kulit merah
- b) kejang
- c) takikardi
- d) akral terasa hangat

Kondisi klinis terkait :

- a) proses infeksi

- b) hipertiroid
 - c) stroke
 - d) dehidrasi
 - e) trauma
- 2) Termogulasi tidak efektif berhubungan dengan efek agen farmakologis (D.0149).

Penyebab :

- a) stimulasi pusat termoregulasi hipotalamus
- b) proses penyakit infeksi
- c) proses penuaan
- d) dehidrasi
- e) peningkatan kebutuhan oksigen
- f) perubahan laju metabolisme
- g) efek agen farmakologis

Gejala tanda mayor

Subjektif :

Objektif :

- a) kulit dingin/hangat
- b) mengigil
- c) suhu tubuh fluktuatif

Gejala tanda minor

Subjektif :

Objektif :

- a) tekanan darah meningkat
- b) akral teraba hangat
- c) kejang
- d) kulit kemerahan

Kondisi klinis terkait :

- a) cedera medula spinalis
- b) infeksi
- c) pembedahan
- d) cedera otak akut

- e) trauma
- 3) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Tirah Baring (D.0056).
- Penyebab
- a) ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
 - b) tirah baring
 - c) kelemahan
 - d) imobillitas
- Gejala tanda mayor
- Subjektif : mengeluh lelah
- Objektif : frekuensi jantung meningkat >20% meningkat dari kondisi istirahat.
- Gejala tanda minor
- Subjektif :
- a) dispnea saat/setelah aktivitas
 - b) merasa tidak nyaman setelah aktivitas
 - c) merasa lemah
- Objektif : tekanan darah berubah >20% dari kondisi
- Kondisi klinis terkait :
- a) anemia
 - b) gagal jantung kongestif
 - c) penyakit jantung koroner
 - d) aritmia
 - e) gangguan metabolik
 - f) gangguan muskuloskletal
- 4) Hipotermia berhubungan dengan kerusakan hipotalamus (D.0132).
- Penyebab
- a) kerusakan hipotalamus
 - b) konsumsi alkohol
 - c) berat badan ekstrem
 - d) kekurangan lemak subkutan
 - e) terpapar suhu lingkungan rendah
 - f) malnutrisi

Gejala tanda mayor

Subjektif :

Objektif :

- a) kulit teraba dingin
- b) menggigil
- c) suhu tubuh dibawah nilai normal

Gejala tanda minor

Subjektif :

Objektif :

- a) akrosianosis
- b) bradikardi
- c) dasar kuku sianotik
- d) hipoglikemia
- e) hipoksia

Kondisi klinis terkait :

- a) anoreksia nervosa
- b) cedera batang otak
- c) prematuritas

- 5) Risiko syok berhubungan dengan kekurangan volume cairan (D.0039)

Faktor risiko

- a) hipoksemia
- b) hipoksia
- c) hipertensi
- d) kekurangan volume cairan
- e) sepsis

Kondisi klinis terkait :

- a) pendarahan
- b) trauma multipel
- c) pneumothoraks
- d) infark miokard

c. intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan yang muncul berdasarkan buku standar luaran keperawatan indonesia ppni (PPNI, 2018), dan berdasarkan buku standar intervensi keperawatan indonesia ppni (PPNI, 2018).

Tabel 2.1
Intervensi keperawatan

Diagnosa keperawatan	SLKI	SIKI
<p>Hipertermi b.d proses infeksi virus dengue</p> <p>Data mayor</p> <p>Subjektif :</p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Suhu tubuh di atas normal <p>Data minor</p> <p>Subjektif :</p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kulit merah 2. Kejang 3. Takikardia 4. Akral teraba hangat 	<p>Termoregulasi (L.14134)</p> <p>a.Definisi</p> <p>Pengaturan suhu tubuh agar tetap berada pada rentang normal.</p> <p>b. ekspetasi</p> <p>membai</p> <p>c.kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - menggigil menurun - suhu tubuh normal - tidak kejang 	<p>Manajamen hipertermia (L.15506)</p> <p>observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab hipertermia 2. Monitor suhu tubuh <p>terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. sediakan lingkungan yang dingin 2. berikan cairan oral 3. berikan kompress hangat 4. longgarkan atau lepaskan pakaian <p>edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. anjurkan tirah baring <p>kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena
<p>Termogulasi tidak efektif b.d efek agen farmakologis</p> <p>Data mayor</p> <p>Subjektif :</p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kulit dingin / hangat 2. Menggigil 3. Suhu tubuh fluktuatif 	<p>Termoregulasi (L.14134).</p> <p>a.Definisi</p> <p>Pengaturan suhu tubuh agar tetap berada pada rentang normal.</p> <p>b. ekspetasi</p> <p>membai</p>	<p>Edukasi pengukuran suhu tubuh (L.12414).</p> <p>observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor suhu tubuh anak tiap dua jam 2. Monitor warna dan suhu kulit 3. Monitor dan catat tanda gejala hipertermia <p>terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. tingkatkan asupan cairan dan nutrisi yang adekuat 2. atur suhu inkubator sesuai kebutuhan 3. berikan kompress

<p>Data minor Subjektif : Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah meningkat 2. Akral teraba hangat 3. Kejang 4. Kulit kemerahan <p>intoleransi aktivitas b.d Tirah baring Data mayor Subjektif : Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi jantung meningkat > 20 % dari kondisi istirahat <p>Data minor Subjektif : Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea 2. Merasa tiak nyaman setelah aktivitas 3. Merasa lemah <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah berubah > 20% dari kondisi 	<p>c.kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - menggigil menurun - suhu tubuh normal - tidak kejang <p>Toleransi (L.05047). a.Definisi respon fisiologis terhadap aktivitas yang membutuhkan tenaga. b. ekspetasi meningkat c.kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - frekuensi nadi normal - saturasi oksigen normal - kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari baik. 	<p>edukasi 1. jelaskan cara pencegahan hipotermi dan hipertermi kolaborasi 1. kolaborasi pemberian anti piretik</p> <p>Manajemen energi (L.05178). observasi 1 Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola jam tidur terapeutik 1. sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus 2. lakukan latihan rentang gerak pasif 3. berikan aktivitas distraksi yang menenangkan edukasi 1. anjurkan tirah baring 2. anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap kolaborasi 1. kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena 2. kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p>
---	---	---

d. Implementasi keperawatan

Dalam melakukan implementasi keperawatan atau tindakan keperawatan yang disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan yang telah dibuat (Kusumawati & Hartono, 2012).

e. Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah penilaian hasil dan proses. Evaluasi keperawatan dicatat disesuaikan dengan setiap diagnosa keperawatan. Evaluasi untuk setiap diagnose 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 disebut juga evaluasi proses. Semua itu dicatat pada formulir catatan perkembangan (Dinarti ., 2021).

2. Konsep Proses Keperawatan Anak dengan Kejang Demam

Pengkajian merupakan tahapan pertama dalam proses keperawatan tahap ini sangat penting dan menentukan dalam tahap-tahap selanjutnya. Data yang komprehensif dan valid akan menentukan penetapan diagnosis keperawatan dengan tepat dan benar, serta selanjutnya akan berpengaruh dalam perencanaan keperawatan. Tujuan dari pengkajian yaitu didapatkannya data yang komprehensif. Tahap pengkajian dari proses keperawatan merupakan proses dinamis yang terorganisasi, dan meliputi empat aktivitas dasar atau elemen dari pengkajian yaitu pengumpulan data secara sistematis, memvalidasi data, memilah, mengatur data dan mendokumentasikan data dalam format. (Tarwoto & Wartonah, 2015).

a. Pengkajian keperawatan

Pengkajian yang dilakukan pada klien anak dengan kejang demam ialah :

- 1) Identitas pasien mencakup tentang : nama, umur, jenis kelamin, alamat, pendidikan, nama orang tua, pendidikan orang tua, dan pekerjaan orang tua.
- 2) keluhan utama yaitu yang menonjol pada anak dengan kejang demam adalah suhu tinggi

- 3) Riwayat penyakit sekarang yaitu di dapatkan adanya kejang demam serta di tandai adanya gejala pusing
- 4) Riwayat penyakit yang pernah di derita yaitu klien pernah mengalami kejang demam pada umur 10 bulan
- 5) Riwayat imunisasi anak yang memiliki riwayat imunisasi tidak lengkap jika anak mempunyai riwayat imunisasi lengkap maka kekebalan imun pada tubuh, maka kemungkinan akan timbulnya komplikasi dapat di- hindarkan.
- 6) Kondisi lingkungan yang Sering terjadi di daerah yang padat penduduk dan lingkungan yang kurang bersih (seperti air yang menggenang dan gantungan baju di kamar)
- 7) Pola kebiasaan
 - a) Nutrisi dan metabolisme : frekuensi, jenis, pantangan, nafsu makan berkurang, dan nafsu makan makin menurun.
 - b) Eliminasi alvi (buang air besar). Kadang-kadang anak mengalami diare atau konstipasi.
 - c) Eliminasi urine (buang air kecil) perlu dikaji apakah sering kencing, sedikit/banyak, sakit/tidak.
 - d) Tidur dan istirahat. Anak sering mengalami kurang tidur karena mengalami sakit/nyeri otot dan persendian sehingga kuantitas dan kualitas tidur maupun istirahatnya kurang.
 - e) Kebersihan. Upaya keluarga untuk menjaga kebersihan diri dan Lingkungan.
 - f) Prilaku dan tanggapan bila ada keluarga yang sakit serta upaya untuk menjaga kesehatan.
 - g) Pemeriksaan fisik, meliputi inspeksi, palpasi, aukultasi, perkusi dari ujung rambut sampai ujung kaki.

b. Diagnosa Keperawatan

diagnosa keperawatan suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang langsung aktual maupun potensial, diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon pasien secara

individu, keluarga dan komunitas terhadap yang berkaitan dengan kesehatan. Diagnosa yang muncul pada pasien dengan menggunakan buku standar diagnosa keperawatan indonesia (PPNI, 2016) sebagai berikut :

1) Hipertermia berhubungan dengan proses infeksi virus (D.0130).

Penyebab :

- a) stimulasi pusat termoregulasi hipotalamus
- b) proses penyakit infeksi
- c) proses penuaan
- d) dehidrasi
- e) peningkatan kebutuhan oksigen
- f) perubahan laju metabolisme

Gejala dan tanda mayor

Subjektif :

Objektif : suhu tubuh di atas normal

Gejala dan tanda minor

Subjektif :

Objektif :

- a) kulit merah
- b) kejang
- c) takikardi
- d) akral teraba hangat

Kondisi klinis terkait :

- a) proses infeksi
- b) hipertiroid
- c) stroke
- d) dehidrasi
- e) trauma

2) Termogulasi tidak efektif berhubungan dengan efek agen farmakologis (D.0149).

Penyebab :

- a) stimulasi pusat termoregulasi hipotalamus

- b) proses penyakit infeksi
- c) proses penuaan
- d) dehidrasi
- e) peningkatan kebutuhan oksigen
- f) perubahan laju metabolisme
- g) efek agen farmakologis
- h) Gejala tanda mayor

Subjektif :

Objektif :

- a) kulit dingin/hangat
- b) mengigil
- c) suhu tubuh fluktuatif

Gejala tanda minor

Subjektif :

Objektif :

- a) tekanan darah meningkat
- b) akral teraba hangat
- c) kejang
- d) kulit kemerahan

Kondisi klinis terkait :

- a) cedera medula spinalis
- b) infeksi
- c) pembedahan
- d) cedera otak akut
- e) trauma

- 3) Risiko Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakbugaran status fisik (D.0060).

Faktor risiko

- a) gangguan sirkulasi
- b) ketidak bugaran status fisik
- c) riwayat intoleransi aktivitas sebelumnya
- d) tidak berpengalaman dengan suatu aktivitas

e) gangguan pernafasan

Kondisi klinis terkait :

a) anemia

b) gagal jantung

c) penyakit jantung

d) aritmia

e) gangguan metabolik

f) gangguan muskuloskeletal.

4) Hipotermia berhubungan dengan kerusakan hipotalamus (D.0132)

Penyebab

a) kerusakan hipotalamus

b) konsumsi alkohol

c) berat badan ekstrem

d) kekurangan lemak subkutan

e) terpapar suhu lingkungan rendah

f) malnutrisi

Gejala tanda mayor

Subjektif :

Objektif :

a) kulit terasa dingin

b) menggigil

c) suhu tubuh dibawah nilai normal

Gejala tanda minor

Subjektif :

Objektif :

a) akrosianosis

b) bradikardi

c) dasar kuku sianotik

d) hipoglikemia

e) hipoksia

Kondisi klinis terkait :

- a) anoreksia nervosa
- b) cedera batang otak
- c) prematuritas

5) Risiko syok berhubungan dengan kekurangan volume cairan
(D.0039)

Faktor risiko

- a) hipoksemia
- b) hipoksia
- c) hipertensi
- d) kekurangan volume cairan
- e) sepsis

Kondisi klinis terkait :

- a) pendarahan
- b) trauma multipel
- c) pneumothoraks
- d) infark miokard
- e) kardiomiopati
- f) cedera medula spinalis

c. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan yang muncul berdasarkan buku standar luaran keperawatan indonesia ppni (PPNI, 2018), dan berdasarkan buku standar intervensi keperawatan indonesia ppni (PPNI, 2018).

Tabel 2.2
Intervensi Keperawatan

Diagnosa keperawatan	SLKI	SIKI
<p>Hipertermi b.d proses infeksi virus dengue</p> <p>Data mayor</p> <p>Subjektif :</p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Suhu tubuh di atas normal <p>Data minor</p> <p>Subjektif :</p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Kulit merah 2. Kejang 3. Takikardia 4. Akral teraba hangat 	<p>Termoregulasi (L.14134)</p> <p>a.Definisi</p> <p>Pengaturan suhu tubuh agar tetap berada pada rentang normal.</p> <p>b. ekspetasi</p> <p>membaik</p> <p>c.kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - menggigil menurun - suhu tubuh normal - tidak kejang 	<p>Manajamen hipertermia (L.15506)</p> <p>observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab hipertermia 2. Monitor suhu tubuh <p>terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. sediakan lingkungan yang dingin 2. berikan cairan oral 3. berikan kompress hangat 4. longgarkan atau lepaskan pakaian <p>edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. anjurkan tirah baring <p>kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena
<p>Termogulasi tidak efektif b.d efek agen farmakologis</p> <p>Data mayor</p> <p>Subjektif :</p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kulit dingin / hangat 2. Menggigil 3. Suhu tubuh fluktuatif 	<p>Termoregulasi (L.14134)</p> <p>a.Definisi</p> <p>Pengaturan suhu tubuh agar tetap berada pada rentang normal.</p> <p>b. ekspetasi</p> <p>membaik</p>	<p>Edukasi pengukuran suhu tubuh (L.12414).</p> <p>observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor suhu tubuh anak tiap dua jam 2. Monitor warna dan suhu kulit 3. Monitor dan catat tanda gejala hipertermia <p>terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. tingkatkan asupan cairan dan nutrisi yang adekuat 2. atur suhu inkubator sesuai kebutuhan

<p>Data minor Subjektif : Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah meningkat 2. Akral teraba hangat 3. Kejang 4. Kulit kemerahan <p>Risiko intoleransi aktivitas b.d ketidakbugaran status fisik Data mayor Subjektif : Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi jantung meningkat > 20 % dari kondisi istirahat <p>Data minor Subjektif : Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Dispnea 2 Merasa tiak nyaman setelah aktivitas 3 Merasa lemah <p>Objektif : 1 Tekanan darah berubah > 20% dari kondisi</p>	<p>c.kriteria hasil : - menggigil menurun - suhu tubuh normal - tidak kejang</p> <p>Toleransi (L.05047) a.Definisi respon fisiologis terhadap aktivitas yang membutuhkan tenaga. b. ekspetasi meningkat c.kriteria hasil : - frekuensi nadi normal - saturasi oksigen normal - kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari baik.</p>	<p>3. berikan kompress edukasi 1. jelaskan cara pencegahan hipotermi dan hipertermi kolaborasi 1. kolaborasi pemberian anti piretik</p> <p>Manajemen energi (L.05178) observasi 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola jam tidur terapeutik 1. sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus 2 lakukan latihan rentang gerak pasif 3 berikan aktivitas distraksi yang menenangkan edukasi 1. anjurkan tirah baring 2. anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap kolaborasi 1. kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena 2. kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p>
---	--	---

SIKI (PPNI, 2018).

d. Implementasi

Dalam melakukan implementasi keperawatan atau tindakan keperawatan yang disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan yang telah dibuat (Kusumawati & Hartono, 2012)

e. Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah penilaian hasil dan proses. Evaluasi keperawatan dicatat disesuaikan dengan setiap diagnosa keperawatan. Evaluasi untuk setiap diagnose 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 disebut juga evaluasi proses. Semua itu dicatat pada formulir catatan perkembangan (Dinarti ., 2021)

B. Konsep kebutuhan dasar manusia

Kebutuhan dasar manusia adalah segala hal yang diperlukan memenuhi, oleh menjaga manusia untuk mempertahankan kelangsungan hidupnya. Setiap manusia memilii karakteristik kebutuhan yang unik tetapi tetap memiliki kebutuhan dasar yang sama. (Budiono Sumirah dan Budi Pertami, (2016).

Kebutuhan dasar manusia menurut virginia Henderson dalam 14 kategori:

1. Kebutuhan bernafas dengan normal
2. Kebutuhan mendapatkan makanan dan minuman secukupnya
3. Kebutuhan untuk menghilangkan limbah yang ada di dalam tubuh
4. Kebutuhan untuk bergerak dan mempertahankan postur tubuh
5. Kebutuhan untuk tidur dan istirahat
6. Kebutuhan sandang yang sesuai
7. Kebutuhan untuk mempertahankan suhu tubuh normal dengan menyesuaikan Pakaian dan ruangan atau lingkungan
8. Kebutuhan menjaga dan merawat tubuh serta lingkungan untuk tetap bersih
9. Kebutuhan untuk melindungi diri sendiri dari bahaya dan tidak juga membahayakan orang lain

10. Kebutuhan berkomunikasi dengan orang lain untuk mengekspresikan emosi,kebutuhan,ketakutan,maupun pendapat
11. Kebutuhan untuk menjalankan ibadah sesuai dengan keyakinan
12. Kebutuhan untuk bermain atau berlibur dalam berbagai kegiatan rekreasi
13. Kebutuhan untuk mempelajari menemukan,maupun mendapatkan informasi yang berhubungan dengan perkembangan dan kesehatan yang baik.

C. Konsep Dasar Teori Penyakit DHF

Menurut Kementerian Kesehatan. (2022)

1. Definisi.

DHF (Dengue Haemorrhagic Fever) adalah penyakit yang terdapat pada anak-anak dan orang dewasa dengan gejala utama demam, nyeri otot dan sendi yang biasanya memburuk setelah dua hari pertama dan apabila timbul rejatan (flek) angka kematian akan cukup tinggi.

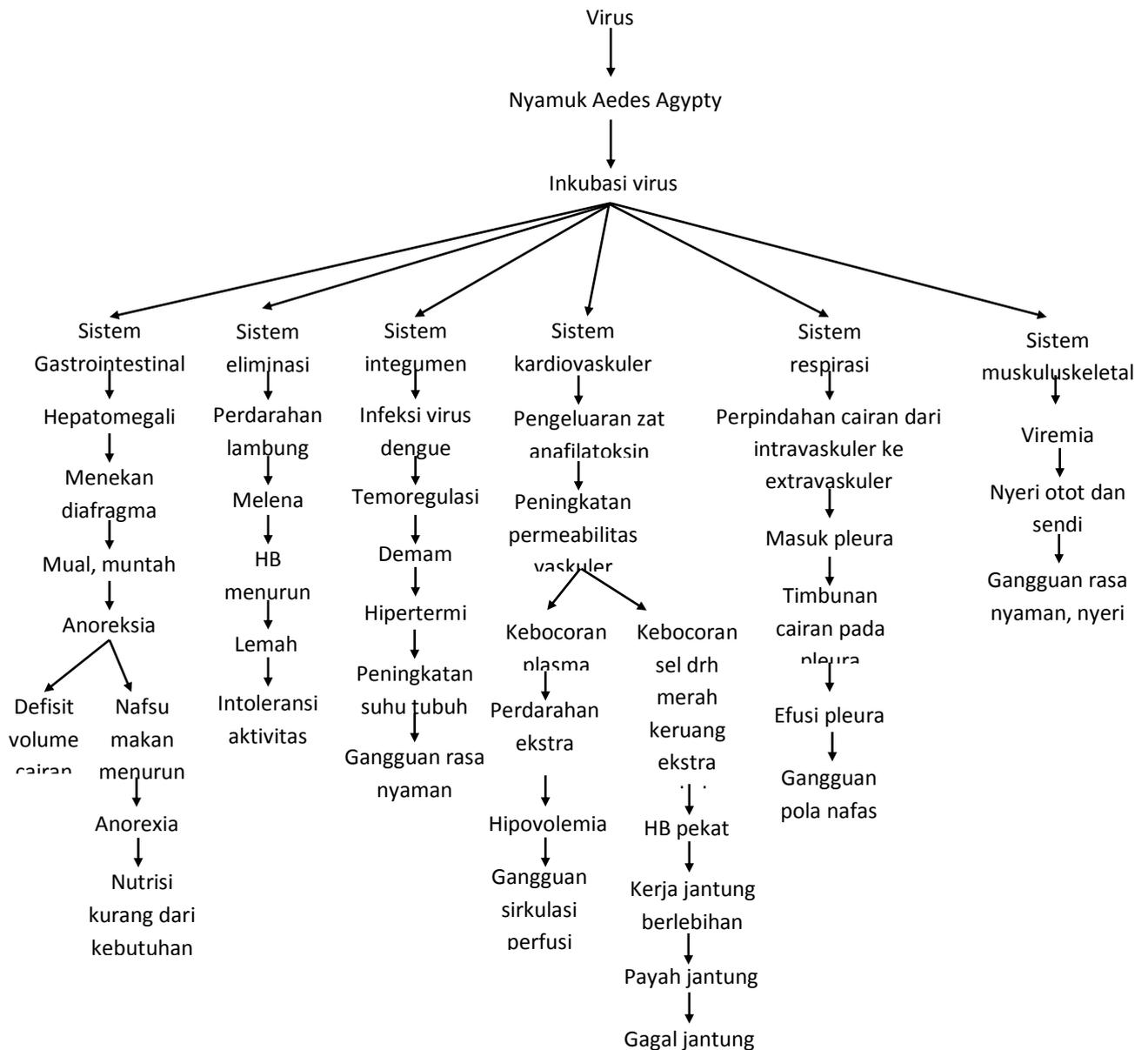
2. Etiologi.

Virus dengue dibawa oleh nyamuk *Aedes Aegypti* (Betina) sebagai vektor ketubuh manusia melalui gigitan nyamuk tersebut. Infeksi yang pertama kali dapat memberi gejala sebagai dengue fever dengan gejala utama demam, nyeri otot / sendi.

3. Derajat DHF

- | | | |
|-------------|---|---|
| Derajat I | : | - Panas 2-7 hari
- Gejala umum tidak khas
- Uji torniquet (+) |
| Derajat II | : | - Sama dengan derajat I
- Gejala perdarahan spontan seperti epitaksis, hematomesis, melena, perdarahan gusi |
| Derajat III | : | - Gejala-gejala kegagalan perdarahan otak
- Nadi lemah dan cepat (< 120x/mnt)
- Tekanan darah sempit
- Tekanan darah menurun |
| Derajat IV | : | - Nadi tidak teraba
- Tekanan darah tidak teratur |

4. Pathway



Gambar 1

Pathway DHF

Sumber : Ridha (2014).

5. Manifestasi Klinis

- a. Demam tinggi selama 5-7 hari
- b. Perdarahan terutama perdarahan dibawah kulit, hematoma, ecchymosis.
- c. Epistaksis, hematomeses melena, hematuri.
- d. Mual, muntah, nafsu makan menurun, diare, konstipasi
- e. Nyeri otoi, tulang sendi, abdomen dan ulu hati.
- f. Sakit kepala
- g. Pembengkakan sekitar mata
- h. Pembesaran hati, limpa dan kelenjar getah bening
- i. Tanda-tanda kejatan {sianosis, kulit lembab dan dingin, tekanan darah menurun, gelisah, nadi cepat dan lemah.

6. Klasifikasi DHF

- a. Pada kasus DHF yang dijadikan pemeriksaan penunjang yaitu menggunakan darah atau disebut lab serial yang terdiri dari Hemoglobin, PCV, dan trombosit. Pemeriksaan menunjukkan adanya tropositopenia (100.000 / ml atau kurang) dan hemotoksit sebanyak 20% atau lebih dibandingkan dengan nilai hematoksit pada masa konvaselen.
- b. Air seni, mungkin ditemukan albuminuria ringan.
- c. Sumsum tulang pada awal sakit biasanya hiposeluler, kemudian menjadi hiperseluler pada hari ke 5 dengan gangguan maturasi dan pada hari ke 10 sudah kembali normal untuk semua sistem.

7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan DHF tanpa penyakit yaitu :

- a. Tirah baring
- b. Makanan lunak dan diberi minum 1,5- 2 liter dalam 24 jam
- c. Untuk hiperpireksia {dapat diberikan kompres
- d. Berikan antibiotik bila terdapat kemungkinan terjadi infeksi

D. publikasi terkait Asuhan

No	Judul	Tahun	penulis	hasil
1	Penerapan kompres hangat untuk menurunkan demam	2022	Suci fitri rahayu	<p>hasil pengkajian awal hari pertama DHF terdapat suhu tubuh 38,4°C dengan katagori tingkat suhu tubuh demam, didapatkan dari tingkat suhu tubuh. Setelah melakukan pengkajian awal (observasi) terkait suhu tubuh pada pasien DHF, dilakukan intervensi keperawatan dengan menggunakan kompres hangat di daerah aksila dan kedua lipatan paha. Teknik kompres hangat dilakukan untuk mengurangi demam diharapkan pasien tidak demam lagi. Tindakan ini dilakukan setiap hari selama 3 hari berturut-turun dengan waktu kurang lebih 15 menit. Setelah selesai melakukan intervensi keperawatan menggunakan teknik kompres hangat, dilakukan evaluasi setiap hari selama 3 hari untuk mengetahui penurunan demam pada pasien. Hasil evaluasi penurunan demam (kompres hangat) subyek sesudah dilakukan intervensi keperawatan dengan kompres hangat Hasil penelitian tentang kompres hangat untuk menurunkan demam pada pasien DHF, diperoleh hasil adanya penurunan suhu tubuh setelah dilakukan kompres hangat di daerah aksila dan kedua lipatan paha. Pada subjek, hari pertama pengkajian didapatkan hasil suhu tubuh 38.4°C (demam). setelah dilakukan tindakan kompres hangat sampai hari ke-3</p>
2	Pengaruh kompress hangat pada suhu tubuh anak	2021	Arfah may syara	<p>Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemberian kompres hangat dapat melancarkan sirkulasi darah dan membuka pori-pori kulit sehingga memberikan kesempatan panas keluar dari tubuh sehingga akan terjadi penurunan suhu tubuh pada anak dengan penyakit DHF. Pemberian kompres hangat mempunyai hubungan yang positif dengan peningkatan suhu tubuh yaitu jika pemberian kompres hangat sering dilakukan maka dapat membantu dalam menurunkan suhu tubuh. Penelitian ini dengan teori yang di tulis oleh Lee (2019), yang mengemukakan bahwa pemberian kompres hangat pada daerah tubuh akan memberikan sinyal ke hipotalamus melalui sum sum tulang belakang. Ketika reseptor yang peka terhadap panas di hipotalamus di rangsang, system efektor mengeluarkan sinyal yang memulai berkeringat dan vasodilatasi perifer. Perubahan ukuran pembuluh darah di atur oleh pusat vasomotor pada medulla oblongata dari tungkai otak, di bawah pengaruh hipotalamik bagian anterior sehingga terjadi vasodilatasi. Terjadinya vasodilatasi ini menyebabkan pembuangan/kehilangan energy/panas melalui kulit meningkat (berkeringat), dan akan terjadi penurunan suhu tubuh sehingga mencapai keadaan normal kembali.</p>

3	Intervensi kompres hangat	2022	Dandan forestha	<p>Pada hari senin 12 september 2022 An. A mengatakan demam 3 hari, nyeri perut,lemas. Penulis memberikan kompres hangat untuk menurunkan suhu tubuh, setelah di berikan teknik Kompres Hangat 3 kali selama 2 hari demam pada klien dapat menurun, dimana di hari pertama suhu 38 C hingga pada hari Rabu 14 September 2022 menurun menjadi 36,3 C.</p>
4	Gambaran asuhan keperawatan pada klien yang mengalami hipertermi	2022	Andi saputra	<p>hasil pemeriksaan fisik pada kasusTn. R ditemukan pada perubahan data periksaan fisik diantaranya adalah peningkatan suhu tubuh 38.80C, ditemui perdarahan (petechiae) pada sistem hematologic, dan perubahan pada sistem keseimbangan cairan di mana balance cairan Tn. R didapatkan minus 210 cc, disertai dengan turgor kulit yang kurang baik, membran mukosa yang tampak kering pemeriksaan fisik yang ditemui pada kasus pada Tn. R yaitu DHF hal ini sesuai dengan proses penyakit yang terjadi. Adanya peningkatan suhu pada Tn. R yang diakibatkan oleh virus dengue yang ditularkan melalui gigitan nyamuk aedes aegypti dan peningkatan suhu tubuh terjadi akibat ketidakseimbangan kebutuhan dasar manusia ditandai dengan kulit terasa hangat, tugor kulit kurang baik dan membran mukosa kering. Dari uraian hasil pemeriksaan penunjang dari hari ke hari yang dilakukan pada pasien Tn. R yang mengalami DHF memberikan gambaran adanya peningkatan nilai trombosit. Hal ini menunjukkan adanya perbaikan atau kemajuan, yang artinya nilai trombosit yang berada dalam rentang normal akan menghindari terjadinya. composmetis, keadaan umum: baik, Tanda- tanda vital: Tekanan darah: 110/70mmHg, Respirasi: 20 kali per menit, Suhu: 38,80C, Nadi: 80 kali per menit. Dari data tersebut ditemukan masalah deficit nutrisi berhubungan dengan intake tidak adekuat.</p>