

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Pengertian

Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) adalah suatu penyakit disebabkan oleh virus dengue yang ditularkan oleh nyamuk *aedes aegypti* dan *aedes albopictus*. DHF ditandai dengan manifestasi klinis seperti demam mendadak tinggi yang berlangsung terus menerus selama dua sampai tujuh hari, nyeri otot, nyeri sendi, lemah atau lesu, gelisah, nyeri ulu hati, disertai dengan tanda-tanda perdarahan di kulit berupa bintik perdarahan (petechia), ruam (purpura). Kadang-kadang mimisan, BAB berdarah, muntah darah, kesadaran menurun dan dapat menimbulkan renjatan (syok) yang berujung kematian (Candra, 2019).

Selain demam tinggi yang mendadak kadang kala juga disertai nyeri ulu hati, mual bahkan muntah, kepala pasien seperti melayang, pegal, rasa nyeri di otot dan yang paling sering dialami adalah bintik merah pada kulit terutama di tangan, kaki dan dada, mimisan, gusi berdarah setelah 2-5 hari (Syaki & Faizi, 2020).

2. Etiologi

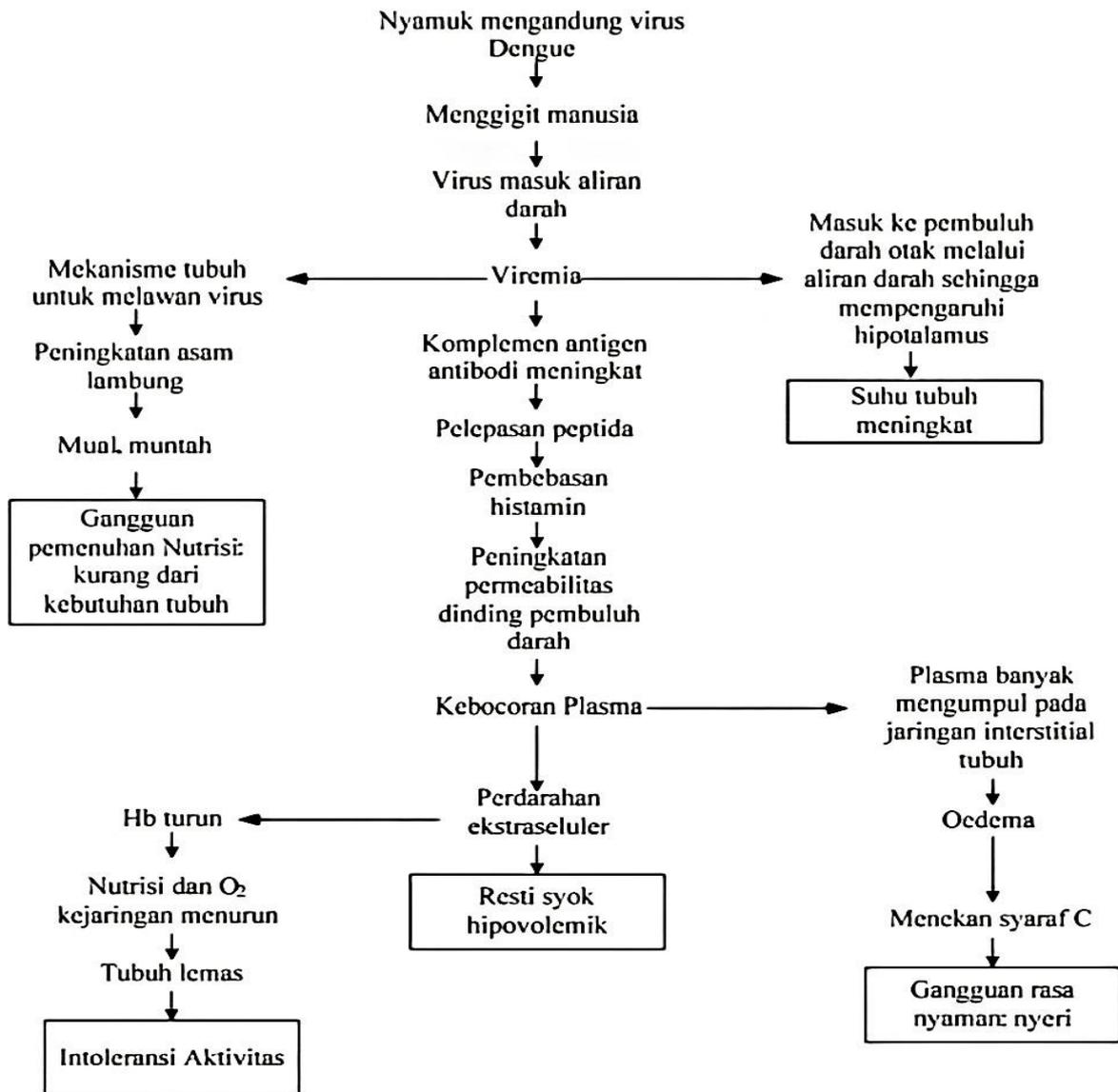
Virus dengue termasuk *genus Flavivirus*, keluarga *flaviridae* terdapat 4 *serotype* virus dengan DEN-1, DEN-2, DEN-3 dan DEN-4, keempatnya ditemukan di Indonesia dengan DEN-3 *serotype* terbanyak. Infeksi salah satu *serotype* akan menimbulkan antibodi terhadap *serotype* yang bersangkutan,

sedangkan antibodi yang terbentuk terhadap *serotype* lain sangat kurang, sehingga tidak dapat memberikan perlindungan yang memadai terhadap *serotype* lain. Seseorang yang tinggal di daerah epidermis dengue dapat terinfeksi oleh 3 atau 4 *serotype* selama hidupnya. Keempat *serotype* virus dengue dapat ditemukan di berbagai daerah di Indonesia (Nurarif & Kusuma, 2015).

3. Patofisiologi

Manusia yang tergigit oleh nyamuk *Aedes* yang telah terinfeksi virus dengue. Lalu virus *dengue* masuk kedalam tubuh dan tersebar dalam pembuluh darah bersama darah. Akan ada respon dari antibody yang mengakibatkan tubuh mengaktifkan dan melepaskan C3 dan C5. Hal ini yang mengakibatkan tubuh mengalami demam, pegal dan sakit kepala, mual, ruam pada kulit. Meningkatnya permeabilitas membran vaskuler akan mengakibatkan kebocoran plasma sehingga sembilan cairan yang ada di intraseluler keluar menuju ekstraseluler merupakan patofisiologi primer pada penyakit DHF. Tanda dari bocornya plasma yaitu menurunnya jumlah trombosit, menurunnya tekanan darah, peningkatan hematokrit. Pada pasien DHF mengalami penurunan tekanan darah yang terjadi karena tubuh kekurangan hemoglobin, hilangnya plasma darah selama terjadinya kebocoran (Kardiyudiani & Sussanti, 2019).

Pathway kasus DHF terdapat pada gambar dibawah ini :



Sumber : Nurarif & Hardhi (2016)

Gambar 2. 1
Pathway DHF (Dengue Hemorrhagic Fever)

4. Manifestasi Klinis

Menurut WHO (2014), kriteria diagnosis DHF terdiri dari kriteria klinis dan laboratorium :

a. Kriteria Klinis :

- 1) Demam tinggi, berlangsung selama 2-7 hari, tanpa sebab yang jelas.
- 2) Adanya perdarahan mikro ditandai dengan: Tes torniquet (+), ekimosis, petekie, purpura, epistaksis, perdarahan pada mukosa, perdarahan pada gusi serta hematemesis melena.
- 3) Pembesaran takikardia, perfusi jaringan buruk ditambah dengan nadi lemah, penurunan tekanan nadi (< 20 mmHg), hipotensi dengan akral dingin dan tampak gelisah.
- 4) Nadi cepat.

b. Kriteria Laboratorium :

- 1) Trombositopenia ($100.000/\mu\text{l}$ atau kurang).
- 2) Hemokonsentrasi, (terlihat dari peningkatan hematokrit $>20\%$).

Untuk menegakkan diagnosis klinis DHF cukup dengan dua kriteria pertama penurunan kadar trombosit (trombositopenia). Penurunan nilai trombosit ini terjadi karena berkurangnya produksi trombosit didalam sumsum tulang, peningkatan destruksi trombosit didalam sistem retikulo endotel dan terjadinya agregasi trombosit akibat disfungsi dari endotel (Suseno & Nasronudin, 2015) dan hemokonsentrasi atau peningkatan hematokrit. Komplikasi yang terjadi pada anak yang mengalami DHF yaitu perdarahan masif dan *Dengue Shock Syndrome* (DDS) atau *Sindrom Syok Dengue* (SSD). Syok ditandai dengan nadi

yang melemah dan cepat sampai tidak teraba, tekanan nadi menurun menjadi 20mmHg atau sampai nol, tekanan darah menurun dibawah 80 mmHg atau sampai nol, terjadi penurunan kesadaran, sianosis disekitar mulut dan kulit ujung jari, hidung, telinga dan kaki teraba dingin dan lembab, pucat dan oliguria atau anuria (Marni, 2016).

5. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien DHF yaitu pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan radiologi (foto rontgen toraks). Pada pemeriksaan ini, terjadi penurunan pada trombosit 20%, terjadi penurunan juga pada leukosi (leukopenia). Pemeriksaan lain yang dapat digunakan untuk mengetahui adanya virus Dengue yaitu *antibody immunoglobulin M (IgM)* dan *M antibody capture enzyme-linked immunosorbent assay (MAC ELISA)*. Apabila terjadi syok, maka akan terjadi hiponatremia, hiperkalemia, protein plasma yang menurun, peningkatan transaminase serum dan pada sediaan apusan darah tepi terdapat fragmentosit yang menandakan adanya hemolisis (Marni, 2016).

6. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Murwani (2011) pemeriksaan diagnostik yang dapat dilakukan pada pasien DHF yaitu:

- a. Pemeriksaan hematokrit (Ht) : ada kenaikan bisa sampai 20%, normal: pria 40-50%; wanita 35-47% .
- b. Uji torniquet: caranya diukur tekanan darah kemudian diklem antara tekanan systole dan diastole selama 10 menit untuk dewasa dan 3-5 menit untuk anak-anak. Positif ada bintik merah (petechie) kurang 20 pada

diameter 2,5 inchi.

- c. Tes serologi (darah filter): ini diambil sebanyak 3 kali dengan memakai kertas saring (filter paper) yang pertama diambil pada waktu pasien masuk rumah sakit, kedua diambil pada waktu akan pulang dan ketiga diambil 1-3 mg setelah pengambilan yang kedua. Kertas ini disimpan pada suhu kamar sampai menunggu saat pengiriman.
- d. Isolasi virus: bahan pemeriksaan adalah darah penderita atau jaringan-jaringan untuk penderita yang hidup melalui biopsy sedang untuk penderita yang meninggal melalui *autopsy*.

7. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan Medis

Prinsip pengobatan pada penyakit DHF yaitu simptomatis dan suportif. Penanganan pertama pada penyakit ini diantaranya memenuhi kebutuhan cairan, yaitu dengan memberikan cairan oral 1-2 liter untuk mengatasi dehidrasi dan rasa haus akibat demam tinggi. Selain air putih, pasien dapat diberikan teh manis, susu, sirup, jus buah, dan oralit. Pasien yang mengalami demam tinggi dapat dikompres dengan air biasa. Selain itu, dapat diberikan antipiretik dari golongan asetaminofen (paracetamol). Pasien tidak boleh diberikan antipiretik dari golongan salisilat karena akan menimbulkan perdarahan yang semakin parah.

Demam tinggi pada anak-anak akan mengakibatkan terjadinya kejang. Untuk mengatasi kejang, dapat diberikan anti konvulsib misalnya diazepam, stesolid, fenobarbital dan obat antikonvulsi lainnya. Jika syok dalam kondisi berat/parah, maka dapat diatasi atau dicegah dengan memberikan resusitasi

cairan parenteral melalui infus. Jika pemberian cairan infus tidak memberikan respons, maka diberikan plasma/plasma ekspander sebanyak 20-30 mL/kg BB. Plasma ekspander merupakan suatu sediaan larutan steril yang digunakan untuk menggantikan plasma darah yang hilang akibat perdarahan, misalnya whole blood (darah lengkap yang diambil dari donor manusia). Jika pasien mengalami renjatan hebat, maka pemberian infus harus diguyur dengan cara membuka klem infus. Namun, jika venakolaps yang menyebabkan tetesan tidak mencapai harapan, maka cairan diberikan secara paksa dengan menggunakan spuit sebanyak 100-200 mL, kemudian diguyur. Pasien yang mengalami renjatan berat perlu dipasang Central Venous Pressure (CVP, pengaturan tekanan vena sentral) untuk mengukur tekanan vena sentral melalui vena safena magna atau vena jugularis dan pasien pun dirawat di ruang ICU. Transfusi darah perlu diberikan apabila terjadi perdarahan gastrointestinal yang dapat diketahui dari tanda-tanda pasien muntah darah atau terjadi penurunan nilai hemoglobin dan hematokrit (Marni, 2016).

b. Penatalaksanaan Keperawatan

- 1) Kompres hangat menyebabkan suhu tubuh diluaran akan terjadi hangat sehingga tubuh akan menginterpretasikan bahwa suhu diluaran cukup panas, akhirnya tubuh akan menurunkan kontrol pengatur suhu di otak supaya tidak meningkatkan suhu pengatur tubuh, dengan suhu diluaran hangat akan membuat pembuluh darah tepi dikulit melebar dan mengalami vasodilatasi sehingga pori-pori kulit akan membuka dan mempermudah pengeluaran panas. Sehingga akan terjadi perubahan suhu tubuh (Pangesti & Atmojo, 2020)

2) Pemberian kompres hangat pada abdomen merupakan salah satu tindakan mandiri. Efek hangat dari kompres dapat menyebabkan vasodilatasi pada pembuluh darah yang nantinya akan meningkatkan aliran darah ke jaringan penyaluran zat asam dan makanan ke sel-sel diperbesar dan pembuangan dari zat-zat diperbaiki yang dapat mengurangi rasa nyeri (Natali, 2013).

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Menurut Susanto & Fitriana (2017), ada 5 teori yang dikembangkan oleh Abraham Maslow tentang kebutuhan dasar manusia atau sering disebut juga dengan istilah Hierarki Maslow dengan 5 kategori kebutuhan dasar yaitu: Kebutuhan fisiologis, kebutuhan rasa aman nyaman, kebutuhan rasa cinta, memiliki, dan dimiliki, kebutuhan akan harga diri dan kebutuhan aktualisasi diri.



Sumber : Kasiati & Rosmalawati (2016)

Gambar 2.2

Hirarki Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Abraham Maslow

1. Kebutuhan fisiologis (*Physiologic Needs*)

Merupakan kebutuhan paling dasar dan memiliki prioritas tertinggi dalam kebutuhan Maslow. Kebutuhan fisiologis merupakan hal yang mutlak

harus terpenuhi oleh manusia untuk bertahan hidup. Kebutuhan tersebut terdiri dari pemenuhan oksigen dan pertukaran gas, kebutuhan cairan (minuman), nutrisi (makanan), eliminasi, istirahat dan tidur, aktivitas, termoregulasi, dan kebutuhan seksual.

2. Kebutuhan rasa aman dan perlindungan (*Safety and Security*)

Kebutuhan keselamatan dan keamanan seperti tempat dimana orang dapat merasa aman dari bahaya misalnya tempat penampungan seperti rumah yang memberikan perlindungan dari bencana cuaca.

3. Kebutuhan rasa cinta (*Love and Belonging Needs*)

Cinta dan keberadaan mencakup beberapa aspek dari seksualitas dan hubungan dengan manusia lain dan juga kebutuhan untuk memberi dan mendapatkan cinta.

4. Kebutuhan harga diri (*Self-Esteem Needs*)

Penghargaan diri dari orang lain hendaknya diperoleh berdasarkan penghargaan diri kepada diri sendiri. Orang seharusnya memperoleh penghargaan dari kemampuan diri sendiri, bukan dari ketenaran eksternal yang tidak dapat dikontrolnya yang membuatnya tergantung kepada orang lain.

5. Kebutuhan aktualisasi diri (*Needs for Self Actualization*)

Keinginan untuk memperoleh kepuasan dengan diri sendiri (*Selffulfiment*), untuk menyadari semua potensi dirinya, untuk menjadi apa saja yang dia dapat dilakukannya dan untuk menjadi kreatif dan bebas mencapai puncak prestasi potensinya.

Kebutuhan dasar yang terganggu pada anak dengan DHF adalah kebutuhan fisiologis termoregulasi. Termoregulasi adalah suatu pengaturan

fisiologis tubuh manusia mengenai keseimbangan produksi panas dan kehilangan panas sehingga suhu tubuh dapat di pertahankan secara konstan. Keseimbangan suhu tubuh diregulasi oleh mekanisme fisiologis dan perilaku. Agar suhu tubuh tetap konstan dan berada dalam batasan normal, hubungan antara produksi panas dan pengeluaran panas harus dipertahankan. Hubungan diregulasi melalui mekanisme neurologis dan cardiovascular. Perawat menerapkan pengetahuan mekanisme control suhu untuk meningkatkan regulasi suhu. Hipotalamus yang terletak antara himesfer serebral, mengontrol suhu tubuh sebagaimana kerja thermostat dalam rumah. Hipotalamus merasakan perubahan ringan pada suhu tubuh. Hipotalamus anterior mengontrol pengeluaran panas dan hipotalamus posterior mengontrol produksi panas (Mubarak, Lilis, & Joko, 2015).

C. Proses Keperawatan

1. Pengkajian

Tahap untuk mengumpulkan data dan memvalidasikannya dengan hasil observasi. Perawat harus melaksanakan observasi yang dapat dipercaya dan membedakannya dari data yang tidak sesuai. Serta dapat mengelola dan mengkategorikan data yang sesuai yang diperlukan. Untuk itu perawat harus memiliki kemampuan dalam mensintesa dan menggunakan ilmu-ilmu seperti biomedik, ilmu dasar keperawatan, ilmu perilaku, dan ilmu sosial (Suarni & Apriyani, 2017).

Pengkajian yang perlu dilakukan pada pasien dengan demam berdarah dengue yaitu : kaji riwayat penyakit sebelumnya, apakah pasien pernah sakit yang sama sebelumnya, kaji riwayat penyakit sekarang; sejak kapan pasien

mulai sakit; demam hari ke berapa, tindakan apa saja yang sudah dilakukan orangtua untuk mengatasi sakit anaknya; adakah riwayat bepergian dari tempat yang endemik demam berdarah atau tinggal di wilayah endemik. Observasi adanya peningkatan suhu tubuh mendadak disertai menggigil, serta tanda-tanda perdarahan (petekie, ekimosis, hematoma, hematemesis, dan melena). Pada pemeriksaan fisik didapatkan pasien mengeluh demam mual dan muntah, nyeri ulu hati, nyeri otot, nyeri kepala, dan hematoma. Periksa apakah terdapat tanda-tandanya renjatan (denyut nadi cepat dan lemah, hipotensi, kulit dingin dan lembab terutama pada ekstremitas, gelisah, sianosis, serta penurunan kesadaran). Lakukan pemeriksaan laboratorium, apakah terdapat peningkatan hematokrit, serta apakah terjadi penurunan trombosit dengan cepat (Marni, 2016).

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons pasien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Menurut Marni (2016) dalam Nurarif & Hardhi (2016) diagnosa yang muncul pada pasien DHF adalah :

a. Perubahan perfusi jaringan perifer

Definisi menurut PPNI, Perubahan perfusi jaringan perifer adalah penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh. Penyebabnya adalah hiperglikemia, penurunan

konsentrasi hemoglobin, peningkatan tekanan darah, kekurangan volume cairan, penurunan alisan arteri dan/atau vena, kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat (mis. merokok, gaya hidup monoton, trauma, obesitas, asupan garam, imobilitas), kurang terpapar informasi tentang proses penyakit, kurang aktifitas fisik. Diagnosa ini ditegakan bila memenuhi minimal 80% tanda mayor dan tanda minor yaitu antara lain : pengisian kapiler >3 detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun, parastesia, nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten), edema, penyembuhan luka lambat, indeks ankle-brachial < 0,90, bruit femoral.

b. Hipertermia

Definisi menurut PPNI, hipertermia adalah suhu tubuh meningkat di atas rentang normal tubuh. Penyebabnya adalah dehidras, terpapar lingkungan panas, proses penyakit (mis. infeksi, kanker), ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan, peningkatan laju metabolisme, respon trauma, aktivitas berlebihan, penggunaan inkubator. Diagnosa ini ditegakan bila memenuhi minimal 80% tanda mayor dan tanda minor yaitu antara lain : Suhu tubuh diatas nilai normal, kulit merah, kejang, takipnea, kulit terasa hangat.

c. Kekurangan volume cairan

Definisi menurut PPNI, kekurangan volume cairan adalah peningkatan volume cairan intravaskular, interstisial dan intraselular. Penyebabnya adalah kehilangan cairan aktif, kegagalan mekanisme regulasi, kekurangan intake cairan, evaporasi. Diagnosa ini ditegakan bila

memenuhi minimal 80% tanda mayor dan tanda minor yaitu antara lain : frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan Nadi menyempit, turgor kulit menyempit, membran mukosa kering, volume urin menurun, hemtokrit meningkat, merasa lemah, mengeluh haus, pengisian vena menurun, status mental berubah, suhu tubuh meningkat, konsentrasi urin meningkat, berat badan turun tiba-tiba.

d. Gangguan pemenuhan nutrisi (defisit nutrisi)

Definisi menurut PPNI, defisit nutrisi adalah asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolis. Penyebabnya adalah ketidakmampuan menelan makanan, ketidakmampuan mencerna makanan, ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient, peningkatan kebutuhan metabolisme, faktor ekonomi (mis, finansial tidak mencukupi), faktor psikologis (mis, stres, keengganan untuk makan). Diagnosa ini ditegakan bila memenuhi minimal 80% tanda mayor dan tanda minor yaitu antara lain : berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal, cepat kenyang setelah makan, kram/nyeri abdomen, nafsu makan menurun, bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membran mukosa pucat, sariawan, serum albumin turun, rambut rontok berlebihan, diare.

e. Intoleransi aktivitas

Definisi menurut PPNI, Intoleransi aktivitas adalah ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari hari. Penyebabnya adalah ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring, kelemahan, imobilitas, gaya hidup monoton. Diagnosa ini ditegakan bila

memenuhi minimal 80% tanda mayor dan tanda minor yaitu antara lain : mengeluh lelah, frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi sehat, dispnea saat/setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, merasa lemah, objektif, tekanan darah berubah >20% istirahat, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas, gambaran EKG menunjukkan iskemia, sianosis.dari kondisi.

f. Risiko syok hipovolemia

Definisi menurut PPNI, risiko syok hipovolemia adalah seseorang yang beresiko mengalami penurunan volume cairan intravaskuler, interstisial, dan/atau intraselular. Penyebabnya adalah kehilangan cairan secara aktif, gangguan absorpsi cairan, usia lanjut, kelebihan berat badan, status hipermetabolik, kegagalan mekanisme regulasi, evaporasi, kekurangan intake cairan, efek agen farmakologis.

3. Perencanaan keperawatan

Tahapan perencanaan keperawatan adalah tahap merumuskan rencana keperawatan, perawat menggunakan pengetahuan untuk mengembangkan hasil yang diharapkan untuk mengevaluasi asuhan keperawatan yang diberikan. Untuk hal ini dibutuhkan kemampuan perawat dalam mensintesa ilmu-ilmu yang dimiliki baik psikologi, fisiologi dan sosiologi, untuk dapat memilih tindakan keperawatan yang tepat berikut alasannya. Kemudian diperlukan pula keterampilan dalam membuat hipotesa bahwa tindakan keperawatan yang dipilih akan memecahkan masalah pasien dan dapat mencapai tujuan asuhan keperawatan (Suarni & Apriyani, 2017).

Rencana keperawatan pada pasien DHF, terdapat pada tabel dibawah ini :

Tabel 2. 1
Rencana Keperawatan Pasien DHF

Diagnosis Keperawatan	Rencana Keperawatan	
	SLKI	SIKI
1	2	3
<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan perdarahan.</p> <p>Data Mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengisian kapiler >3 detik 2. Nadi perifer menurun 3. Akral dingin 4. Warna kulit pucat 5. Turgor kulit menurun <p>Data Minor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Parastesia 2. Nyeri ekstremitas 3. Edema 4. Penyembuhan lukalambat 5. Indeks <i>ankle-brachial</i> <0,90 6. Bruit femoralis 	<p>Perfusi perifer(L.02011)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi perifer meningkat 2. Penyembuhan luka meningkat 3. Sensasi meningkat 4. Warna kulit pucat menurun 5. Edema perifer menurun 6. Nyeri ekstremitas menurun 7. Parastesia menurun 8. Kelemahan otot menurun 9. Kram otot menurun 10. Bruit femoralis menurun 11. Nekrosis menurun 12. Pengisian kapiler membaik 13. Akral membaik 14. Turgor kulit membaik 15. Tekanan darah membaik 16. Indeks <i>ankle-brachial</i> membaik 	<p>Perawatan sirkulasi (I.02079)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, anklebrachialindex) 2. Identifikasi faktor resiko gangguan resiko sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolestrol tinggi) 3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah diarea keterbatasan perfusi 2. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 3. Lakukan pencegahan infeksi 4. Lakukan perawatan kaki dan kuku 5. Lakukan hidrasi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan berhenti merokok 2. Anjurkan berolahraga rutin

1	2	3
		<ol style="list-style-type: none"> 3. Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar 4. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, anti koagulan dan penurun kolesterol jika perlu 5. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis melembabkan kulit kering pada kaki) 6. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis rendah lemak jenuh minyak ikan omega3) 7. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan
<p>Hipertermia berhubungan dengan proses infeksi virus.</p> <p>Data Mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Suhu tubuh diatas normal <p>Data Minor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kulit merah 2. Kejang 3. Takikardi 4. Takipnea 5. Kulit terasa hangat 	<p>Termoregulasi (L.14134)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menggigil menurun 2. Kulit memerah menurun 3. Kejang menurun 4. Akrosianosis menurun 5. Konsumsi oksigen menurun 6. Piloereksi menurun 7. Vasokonstriksi perifer menurun 8. Kutismemo rata menurun 9. Pucat menurun 10. Takikardia menurun 11. Takipnea menurun 12. Bradikardia menurun 13. Dasar kuku sianotik menurun 14. Hipoksia menurun 	<p>Manajemen hipertermia (I.15506)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis. dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator) 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor kadar elektrolit 4. Monitor haluaran urine 5. Monitor komplikasi akibat hipertermia <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan yang dingin 2. Longgarkan atau lepaskan pakaian 3. Basahi dan kipasi permukaan tubuh

1	2	3
	15.Suhu tubuh membaik 16.Suhu kulit membaik 17.Pengisian kapiler membaik 18.Kadar glukosa darah membaik 19.Pengisian kapiler membaik 20.Ventilasi membaik 21.Tekanan darah membaik	4. Berikan cairan oral 5. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringatberlebih) 6. Hindari pemberian anti piretik atau aspirin 7. Berikan oksigen, jika perlu 8. Lakukan pendinginan eksternal (mis selimut hipotermia atau kompres hangat pada dahi, leher, dada,abdomen,aksila) 9. Hindari pemberian anti piretik atau aspirin 10.Berikan oksigen, jika perlu Edukasi Anjurkan tirah baring Kolaborasi Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu
Kekurangan volume cairan (hipovolemia) berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler Data Mayor : 1. Frekuensi nadi meningkat 2. Nadi teraba lemah 3. Tekanan nadi menurun 4. Tekanan nadi menyempit 5. Turgor kulit menurun 6. Membran mukosa kering 7. Volume urin menurun 8. Hematokrit meningkat Data Minor : 1. Merasa lemah 2. Mengeluh haus	Status cairan(L.03028) 1. Kekuatan otot meningkat 2. Output urine meningkat 3. Membran mukosa lembab meningkat 4. Pengisian vena meningkat 5. Ortopnea menurun 6. Dipsnea menurun 7. <i>Paroxysmalnocturnal dyspnea</i> (PND) 8. Edema anasarka menurun 9. Edema periver menurun 10.Berat badan menurun 11. Suara napas tambahan menurun 12.Kongesti paru menurun 13.Perasaan lemah menurun 14.Rasa haus menurun 15.Frekuensi nadi membaik	Manajemen hipovolemia (I.03116) Observasi 1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis, frekuensi nadi meningkat nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah) 2. Monitor intake dan output cairan Terapeutik 1. Hitung kebutuhan cairan 2. Berikan posisi modified Trendelenburg Edukasi 1. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 2. Anjurkan menghini dari perubahan posisi mendadak

1	2	3
3. Pengisian vena menurun 4. Status mental berubah 5. Suhu tubuh meningkat 6. Konsentrasi urine meningkat 7. Berat badan turun tiba-tiba	16. Tekanan darah membaik 17. Tekanan nadi membaik turgor kulit membaik 18. Berat badan membaik 19. Hapatomegali membaik 20. Oliguria membaik 21. Intake cairan membaik 22. Hemoglobin membaik 23. Hematokrit membaik 24. Suhu tubuh membaik	Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis NaCl, RL) 2. Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis, glukosa 2,5%, NaCl 0.4%) 3. Kolaborasi pemberian cairan koloid (misal bumin Plasmanate) 4. Kolaborasi pemberian produk darah
Gangguan pemenuhan nutrisi (defisit nutrisi) berhubungan dengan faktor psikologis. Data Mayor : 1. Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal Data Minor : 1. Cepat kenyang setelah makan 2. Kram/nyeri abdomen 3. Nafsu makan menurun 4. Bising usus hiperaktif 5. Sariawan 6. Diare Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Data Mayor : 1. Mengeluh lelah 2. frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi kesehatan	Status nutrisi (L.03030) 1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 2. Kekuatan otot pengunyah meningkat 3. Kekuatan otot menelan meningkat 4. Serum albumin meningkat 5. Perasaan cepat kenyang menurun 6. Nyeri abdomen menurun 1. Sariawan menurun 2. Rambut rontok menurun 3. Diare menurun 4. Berat badan membaik 5. Indeks Masa Tubuh (IMT) membaik 6. Frekuensi makan membaik Toleransi aktivitas (L.05047) 1. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 2. Kecepatan berjalan meningkat	Manajemen nutrisi (I.03119) Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan 8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik 1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 2. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan) Manajemen Energi Observasi 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan kenyamanan selama melakukan aktivitas

1	2	3
<p>Data Minor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea saat/setelah aktivitas 2. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas 3. Merasa lemah 4. Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat 5. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas 6. Gambaran EKG menunjukkan iskemia 7. Sianosis 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Jarak berjalan meningkat 4. Kekuatan tubuh bagian atas meningkat 5. Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat 6. Toleransi dalam menaiki tangga meningkat 7. Keluhan lelah menurun 8. Dispnea saat aktivitas menurun 9. Dispnea setelah aktifitas menurun 10. Aritmia saat aktivitas menurun 11. Aritmia setelah aktivitas menurun 12. Perasaan lemah menurun 13. Frekuensi nadi membaik 14. Warna kulit membaik 15. Tekanan darah membaik 16. Saturasi oksigen membaik 17. Frekuensi napas membaik 18. EKG Iskemia membaik 	<p>Manajemen Energi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 6. Monitor kelelahan fisik dan emosional 7. Monitor pola dan jam tidur 8. Monitor lokasi dan kenyamanan selama melakukan aktivitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan yang nyaman (cahaya, kunjungan, suara) 2. Lakukan latihan rentang gerak pasif/aktif 3. Berikan aktifitas distraksi yang menenangkan 4. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berjalan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap 3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala tidak berkurang 4. Ajarkan strategi coping untuk mengurangi kelelahan <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p>
<p>Risiko syok hipovolemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler</p>	<p>Status cairan(L.03028)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan otot meningkat 2. Output urine meningkat 3. Membran mukosa lembab meningkat 4. Pengisian vena meningkat 5. Ortopnea menurun 6. Dipsnea menurun 7. <i>Paroxysmalnocturnal dyspnea</i> (PND) 	<p>Manajemen hipovolemia</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis, frekuensi meningkat nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah) 2. Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hitung kebutuhan cairan 2. Berikan posisi modified trendelenburg 3. Berikan asupan cairan oral

4. Implementasi

Implementasi merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Suarni & Apriyani, 2017).

5. Evaluasi Keperawatan

Pada tahap ini perawat mengkaji sejauh mana efektifitas tindakan yang telah dilakukan sehingga dapat mencapai tujuan, yaitu terpenuhinya kebutuhan dasar pasien. Pada proses evaluasi, standar dan prosedur berfikir kritis sangat memegang peranan penting karena pada fase ini perawat harus dapat mengambil keputusan apakah semua kebutuhan dasar pasien terpenuhi, apakah diperlukan tindakan modifikasi untuk memecahkan masalah pasien, atau bahkan harus mengulang penilaian terhadap tahap perumusan diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya (Suarni & Apriyani, 2017).