

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Pengertian

Demam berdarah adalah penyakit infeksi akut yang disebabkan oleh virus dengue yang ditandai demam 2-7 hari disertai dengan manifestasi perdarahan, penurunan nilai trombosit $< 100.000/\text{mm}^3$ (trombositopenia). Dapat disertai gejala-gejala tidak khas seperti nyeri kepala, nyeri otot, dan tulang, ruam kulit atau nyeri pada belakang bola mata.

Adapun kriteria diagnosis klinis terdiri Demam Dengue (DD), Demam Berdarah Dengue (DBD), Demam Berdarah Dengue Dengan Syok (Sindrom Syok Dengue/SSD), dan Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)(INDONESIA, 2017).

2. Etiologi

Penyebab penyakit adalah virus Dengue. Sampai saat ini dikenal ada 4 *serotype* virus yaitu :

- a. Dengue 1 (DEN 1) diisolasi oleh Sabin pada tahun 1944
- b. Dengue 2 (DEN 2) di isolasi oleh Sabin pada tahun 1944
- c. Dengue 3 (DEN 3) diisolasi oleh Sather
- d. Dengan 4 (DEN 4) diisolasi oleh Sater

Virus tersebut termasuk dalam group B Arthropod borne viruses (arboviruses).Keempat tipe virus tersebut telah ditemukan di berbagai daerah di Indonesia dan yang terbanyak adalah tipe 2 dan tipe 3.

Terdapat tiga faktor yang memegang peranan pada penularan infeksi virus dengue, yaitu manusia, virus dan vektor perantara. Virus dengue ditularkan manusia melalui nyamuk *Aedes Aegypti*, *Aedes albopictus*, *Aedes polynesiensis* dan beberapa spesies yang lain dapat juga menularkan virus ini, namun merupakan vector yang kurang berperan. Aedes tersebut mengandung virus dengue pada saat menggigit manusia yang sedang

mengalami viremia. Kemudian virus berada di kelenjar liur berkembang biak dalam waktu 8-10 hari (*extrinsic incubation period*) sebelum dapat ditularkan kembali pada manusia pada gigitan berikutnya. Sekali virus masuk dan berkembang biak ke dalam tubuh manusia, nyamuk tersebut dapat menularkan virus selama hidupnya (infektif).

Dalam tubuh manusia, virus menularkan masa tunas 4-6 hari (*intrinsic incubation period*) sebelum menimbulkan penyakit. Penularan dari manusia kepada nyamuk dapat terjadi bila nyamuk menggigit manusia yang sedang mengalami viremia, yaitu 2 hari sebelum panas sampai 5 hari setelah demam timbul (A, 2017).

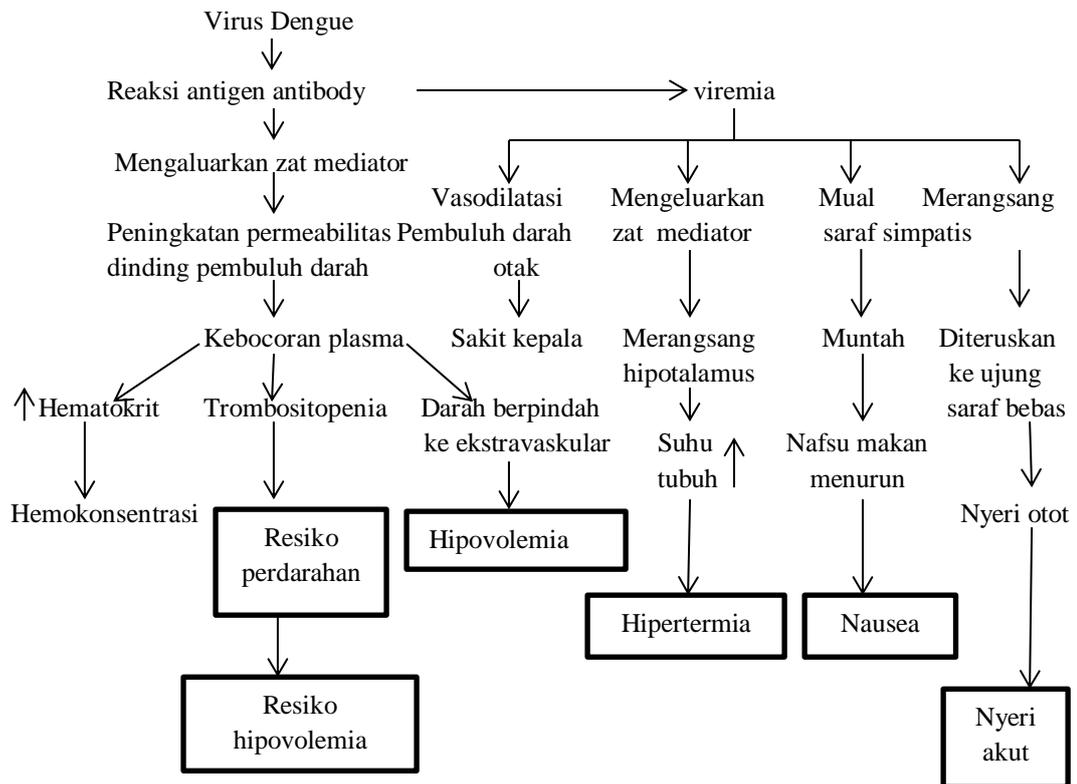
3. Patofisiologi

Patofisiologi primer demam berdarah adalah peningkatan akut permeabilitas vaskuler yang mengarah ke kebocoran plasma ke dalam ruang ektravaskuler, sehingga menimbulkan hemokonsentrasi dan penurunan tekanan darah. Pada kasus berat, volume plasma menurun 20% yang menyebabkan jumlah trombosit berkurang (trombositopenia). Hal ini didukung penemuan post mortem meliputi efusi pleura, hemokonsentrasi (peningkatan hematokrit > 20 %) dan hipoproteinemi (kadar protein dalam darah rendah).

Hipertermia akan mengakibatkan peningkatan reabsorpsi Na^+ dan H_2O sehingga permeabilitas membrane meningkat. Meningkatnya permeabilitas membran menyebabkan cairan dari intravaskuler berpindah ke ektravaskuler sehingga terjadi kebocoran plasma. Kebocoran plasma akan menyebabkan berkurangnya volume plasma sehingga terjadi hipotensi dan kemungkinan akan terjadinya syok hipovolemik. Nyamuk *Aedes* yang terinfeksi atau membawa virus dengue menggigit manusia. Kemudian virus dengue masuk ke dalam tubuh dan beredar dalam pembuluh darah bersama darah. Virus kemudian bereaksi dengan antibody yang mengakibatkan tubuh mengaktifasi dan melepaskan C3 dan C5. Akibat dari pelepasan zat-zat tersebut tubuh mengalami demam (hipertermia), pegal dan sakit kepala, mual, ruam pada kulit.

Gambar 2.1

Pathway Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)



Gambar 2.1 Pathway DHF (Dengue Hemorrhagic Fever)(Lestari, 2019)

4. Manifestasi Klinis

Penyakit ini ditandai oleh demam, sakit kepala, nyeri pada sendi atau tulang dan otot, ruam dan leukopenia. Tidak jarang penyakit ini ditandai oleh gejala mual dan muntah serta nyeri abdomen yang kadang-kadang timbul perdarahan gastrointestinal dan epistaksis. Untuk menegakkan diagnosis demam berdarah, *World Health Organization* (WHO) (1986) dalam Soegijanto (2006), menentukan patokan gejala klinis dan laboratorium sebagai berikut:

a. Demam tinggi mendadak yang berlangsung selama 2-7 hari

Demam berdarah didahului oleh demam mendadak disertai gejala klinik yang tidak spesifik seperti anoreksia, lemah, nyeri pada punggung, tulang sendi, dan kepala. Demam sebagai gejala utama terdapat pada semua penderita. Lama demam sebelum dirawat berkisar 2-7 hari.

b. Manifestasi perdarahan

Perdarahan spontan berbentuk peteki, purpura, ekimosis, epistaksis, perdarahan gusi, hematemesis, melena.

c. Hepatomegaly

Hepatomegaly merupakan pembesaran disertai nyeri ulu hati

d. Renjatan

Renjatan ditandai dengan nadi cepat dan lemah, tekanan nadi menurun (< 20 mmHg) atau nadi tak teraba, kulit dingin, anak gelisah.

e. Trombositopeni (<100.000 sel/ml)

Hemokonsentrasi (kenaikan hematokrit 20% dibanding fase konvalesen)(Hidayani, 2020).

5. Pemeriksaan Diagnostik

Ada beberapa jenis pemeriksaan diagnosis pada penderita infeksi dengue antara lain:

a. Hematologi

1) Leukosit

- a) Jumlah leukosit normal, tetapi biasanya menurun dengan dominasi sel neutrophil
- b) Peningkatan jumlah sel limfosit atipikal atau limfosit plasma biru (LPB) > 4% di darah tepi yang biasanya dijumpai pada hari ketiga sampai hari ketujuh.

2) Trombosit

Pemeriksaan trombosit antara lain dapat dilakukan dengan cara:

- a) Semi kuantitatif (tidak langsung)
- b) Langsung (Rees-Ecker)
- c) Cara lainnya sesuai kemajuan teknologi. Jumlah trombosit kurang dari $\leq 100.000/\mu\text{l}$ biasanya ditemukan diantara hari ke 3-7 sakit. Pemeriksaan trombosit perlu diulang setiap 4-6 jam sampai terbukti bahwa jumlah trombosit dalam batas normal atau keadaan klinis penderita sudah membaik.

3) Hematokrit

Peningkatan nilai hematokrit menggambarkan adanya kebocoran pembuluh darah. Penilaian hematokrit ini, merupakan indikator yang peka akan terjadinya perembesan plasma, sehingga perlu dilakukan pemeriksaan hematokrit secara berkala. Hemokonsentrasi dengan peningkatan hematokrit $\geq 20\%$ (misalnya nilai Ht dari 35% menjadi 42%), mencerminkan peningkatan permeabilitas kapiler dan pembesaran plasma.

b. Radiologi

Pada foto toraks posisi “*Right Lateral Decubitus*” dapat mendeteksi adanya efusi pleura minimal pada paru kanan. Sedangkan asites, penebalan dinding kandung empedu dan efusi pleura dapat pula dideteksi dengan pemeriksaan Ultra Sonografi (USG).

c. Serologis

Pemeriksaan serologis didasarkan pada timbulnya antibodi pada penderita terinfeksi virus dengue.

1) Uji Serologi Hemaglutinasi Inhibisi (*Haemagglutination Inhibition Test*)

Pemeriksaan Hemaglutinasi Inhibition (HI) sampai saat ini dianggap sebagai uji baku emas, namun pemeriksaan ini memerlukan dua sampel darah di mana spesimen harus diambil pada fase akut dan fase konvalensan (penyembuhan), sehingga tidak dapat memberikan hasil yang cepat.

2) Enzim-linked immunosorbent assay (ELISA)

Infeksi dengue dapat dibedakan sebagai infeksi primer dan sekunder dengan menentukan rasio limit antibodi dengue Immunoglobulin M (IgM) terhadap Immunoglobulin G (IgG). Dengan cara uji antibodi dengue IgM dan IgG, uji tersebut dapat dilakukan hanya dengan menggunakan satu sampel darah saja, yaitu darah akut sehingga hasil cepat didapat. Saat ini tersedia *Dengue Rapid Test* dengan prinsip pemeriksaan ELISA.

3) Interpretasi Hasil Pemeriksaan Dengue Rapid Test

Dengue rapid Test mendiagnosis infeksi virus primer dan sekunder melalui penentuan *cut-off* kadar IgM dan IgG di mana *cut-off* IgM ditentukan untuk dapat mendeteksi antibodi IgM yang secara khas muncul pada infeksi virus dengue sekunder (biasanya mulai terdeteksi pada hari kedua demam) dan disertakan dengan titer HI > 1:2560 (tes HI hasil sekunder) sesuai standar WHO. Hanya respons antibodi IgG infeksi sekunder saja yang dideteksi, sedangkan IgG infeksi primer tidak terdeteksi. Pada infeksi primer IgG muncul pada setelah hari ke-14, namun pada infeksi sekunder IgG timbul pada hari ke-2.

Interpretasi hasil adalah apabila garis yang muncul hanya IgM dan kontrol tanpa garis IgG, maka Positif Infeksi Dengue Primer (DD). Sedangkan apabila muncul tiga garis pada control, IgM dan IgG dinyatakan sebagai Positif Infeksi Sekunder (DBD). Pemeriksaan dinyatakan negatif jika hanya garis kontrol yang terlihat (RI, 2017).

6. Penatalaksanaan

Pada dasarnya penatalaksanaan pasien demam berdarah bersifat asimtomatis dan suportif. Adapun terapi yang dapat diberikan pada penderita DHF adalah sebagai berikut:

- a. Tirah baring
- b. Pemberian makanan lunak
- c. Anjurkan untuk minum yang banyak (2-2,5 atau 3 liter/hari dalam 24 jam, dapat berupa susu, teh manis, sirup, atau air putih)
- d. Berikan kompres hangat jika kenaikan suhu yang tinggi atau berikan obat penurun panas/antipiretik. Pemberian antipiretik sebaiknya dari golongan asetaminofen, eukinin, atau dipiron. Hindari pemakaian asetosal karena bahaya perdarahan.
- e. Observasi keadaan umum dan tanda-tanda vital setiap harinya
- f. Berikan alat bantu pernapasan bila terjadi sesak
- g. Lakukan pemeriksaan hemoglobin, hematokrit, trombosit, dan leukosit setiap 4-6 jam pada hari pertama, dan 24 jam pada hari selanjutnya
- h. Berikan cairan parental, cairan intravena diberikan bila penderita terus menerus muntah, tidak mau minum, dan demam tinggi sehingga tidak memungkinkan diberikan cairan secara oral. Karena ditakutkan terjadinya dehidrasi sehingga mempercepat kemungkinan terjadinya syok.
- i. Pemberian antibiotik, digunakan untuk mencegah infeksi meluas yang memungkinkan terjadi pada penderita, selain itu berguna untuk membantu antibodi dalam menghadapi virus dengue di dalam tubuh.
- j. Pemberian antipiretik digunakan golongan parasetamol, sistenol (Obat yang tidak mengganggu fungsi hati)
- k. Tranfusi darah diberikan jika penderita mengalami kondisi perdarahan hebat, bisa berupa plasma atau pemberian tranfusi sel darah merah
- l. Pada pasien DHF disertai renjatan, pasien yang mengalami renjatan harus segera diberikan terapi cairan intravena atau pemasangan infus sebagai pengganti cairan yang hilang akibat kebocoran plasma. Bila

perlu diberikan transfusi darah pada pasien dengan perdarahan gastrotrointestinal yang hebat (Soegiyanto, 2008).

7. Komplikasi

Komplikasi pada DHF menurut (Leovani, Sembiring, & Winarto, 2015):

- a. Dehidrasi sedang sampai berat
- b. Nutrisi kurang dari kebutuhan
- c. Kejang karena demam terlalu tinggi yang terus menerus
- d. Kelainan hati
- e. Gagal ginjal akut
- f. Enselopati

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Menurut Abraham Maslow membagi kebutuhan dasar manusia menjadi lima tingkat yaitu sebagai berikut:

1. Kebutuhan fisiologis

Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan paling dasar dan memiliki prioritas tertinggi dalam kebutuhan Abraham Maslow. Kebutuhan fisiologis merupakan hal yang mutlak harus terpenuhi oleh manusia untuk bertahan hidup. Kebutuhan tersebut terdiri atas pemenuhan oksigen dan pertukaran gas, kebutuhan cairan (minumam), nutrisi (makanan), eliminasi, istirahat dan tidur, aktivitas, keseimbangan suhu tubuh, dan kebutuhan seksual.

Dalam hal ini, terjadi gangguan termogulasi atau keseimbangan suhu tubuh pada kasus DHF yaitu adanya peningkatan suhu tubuh. Suhu tubuh manusia normal adalah $36,5^{\circ}\text{C}$ sampai $37,2^{\circ}\text{C}$ yang dapat diukur di ketiak, telinga, mulut, leher, dan dubur. Jika suhu tubuh di bawah normal disebut hipotermia dan jika suhu tubuh di atas normal disebut hipertermia (Fadli, 2020).

DBD juga dapat menyebabkan berbagai masalah keperawatan salah satunya adalah kekurangan volume cairan dan elektrolit (Tin & Sarani, 2018).

2. Kebutuhan rasa aman dan nyaman

Kebutuhan rasa aman nyaman ini dibagi menjadi perlindungan fisik dan perlindungan psikologis. Perlindungan fisik meliputi perlindungan atas ancaman terhadap tubuh atau hidup seperti penyakit, kecelakaan, bahaya dan lingkungan dan sebagainya. Sedangkan perlindungan psikologis adalah perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru atau asing. Misalnya, kekhawatiran yang dialami seseorang ketika masuk sekolah pertama kali, karena merasa terancam oleh keharusan untuk berinteraksi dengan orang lain dan sebagainya.

Pada pasien DHF mengalami resiko perdarahan akibat dari menurunnya kadar trombosit. Resiko perdarahan adalah suatu kondisi dimana pasien beresiko mengalami penurunan volume darah yang mengganggu kesehatan dan menyebabkan ancaman terhadap tubuh serta akan menjadi gangguan rasa aman nyaman pada pasien (Fitria, 2018).

3. Kebutuhan cinta kasih

Kebutuhan cinta dan kasih yaitu kebutuhan untuk memiliki dan dimiliki, antara lain memberi dan menerima kasih sayang, kehangatan, persahabatan, mendapat terdapat dalam keluarga, kelompok sosial, dan sebagainya.

4. Kebutuhan harga diri

Kebutuhan akan harga diri meupun perasaan dihargai oleh orang lain kebutuhan ini terkait, dengan keinginan untuk mendapatkan kekuatan, meraih prestasi, rasa percaya diri, dan kemerdekaan diri. Selain itu orang juga memerlukan pengakuan dari orang lain.

5. Kebutuhan aktualisasi diri

Kebutuhan aktualisasi diri merupakan kebutuhan paling tinggi dalam Hierarki Maslow, berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain atau lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya (Kasiati & Rosmalawati, 2016).

C. Asuhan Keperawatan DHF

1. Pengkajian

Dalam melakukan asuhan keperawatan, pengkajian merupakan dasar utama dan hal yang penting dilakukan baik saat pertama kali masuk rumah sakit maupun selama pasien dirawat di rumah sakit.

- a. Identitas pasien: Nama, umur, jenis kelamin, alamat, pendidikan, nama orang tua/wali, pendidikan orang tua, dan pekerjaan orang tua.
- b. Keluhan utama: Keluhan atau alasan yang biasanya menonjol pada pasien DHF adalah panas tinggi dan lemah.
- c. Riwayat kesehatan saat ini: Didapatkan adanya keluhan panas mendadak yang disertai menggigil. Turunnya panas terjadi antara hari ke 3 dan hari ke 7 dan kondisi pasien semakin lemah. Kadang-kadang disertai dengan nyeri kepala, mual, muntah, anoreksia, diare atau konstipasi, nyeri otot, dan persendian, serta nyeri pada ulu hati. Adanya manifestasi perdarahan pada kulit, gusi biasanya terjadi pada grade III dan IV, melena atau hematemesis.
- d. Riwayat kesehatan masa lalu: Berisi penyakit atau masalah kesehatan apa saja yang pernah pasien alami. Biasanya pasien DHF mengalami serangan ulangan DHF dengan tipe virus lain.
- e. Keluhan umum: Compos mentis dan berubah sesuai tingkat gangguan perfusi system saraf pusat, kekuatan otot keterangan :
5 : Bebas bergerak dengan kekuatan otot penuh
4 : Mampu menahan tekanan dengan kekuatan ringan
3 :Bisa melawan gravitasi tetapi tidak dapat menahan atau melawan tahanan pemeriksa
2 : hanya mampu bergeser dia atas tempat tidur
1 : hanya terlihat tonus/kontraksi otot
0 : tidak ada tonus
- f. Istirahat dan tidur: Kelelahan terus menerus sepanjang hari, insomnia, demam hingga tirah baring.

Tabel 2.1
Tingkat Aktifitas

Tingkat Kategori Aktivitas	Kategori
Tingkat 0	Mampu merawat diri sendiri secara penuh
Tingkat 1	Memerlukan penggunaan alat bantu
Tingkat 2	Memerlukan bantuan atau pengawasan orang lain
Tingkat 3	Memerlukan bantuan, pengawasan orang lain, dan peralatan
Tingkat 4	Sangat tergantung dan tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalam perawatan

- g. Nutrisi dan cairan: Frekuensi, dan nafsu makan berkurang atau menurun, karena pasien biasanya merasa mual, dan muntah
- h. Pernapasan: Batuk, terkadang disertai dengan pilek
- i. Eliminasi Buang Air Kecil (BAK) dan Buang Air Besar (BAB): Sering kali mengalami diare atau konstipasi serta penurunan atau peningkatan haluaran urine
- j. Integritas ego: Ansietas, takut, stress, yang berhubungan dengan penyakit
- k. Sistem integumen: Adanya ptekie pada kulit, turgor kulit menurun, dan muncul keringat dingin. Mukosa kering, jika sudah parah bisa terjadi perdarahan gusi.
- l. Pemeriksaan fisik: Pada kepala dan leher didapatkan nyeri kepala, muka tampak memerah karena demam, hidung kadang mengalami perdarahan. Pada area dada didapatkan kadang terasa sesak, pada foto thorak terdapat cairan yang tertimbun pada paru sebelah kanan (efusi pleura), rales +, ronchi +, yang biasanya terdapat pada grade III dan IV. Abdomen mengalami nyeri tekan, pembesaran hati atau hepatomegaly dan asites. Ekstremitas terjadi nyeri otot dan nyeri sendi.
- m. Pemeriksaan penunjang: Pemeriksaan darah lengkap dan akan didapatkan data Hemoglobin (HB) dan Packed cell volume (PVC) meningkat ($\geq 20\%$), trombositopenia ($\leq 100.000/\text{ml}$), leukopenia (mungkin normal atau lekositosis), Ig. D *dengue* positif, ureum dan pH darah mungkin meningkat, asidosis metabolik: $\text{PCO}_2 < 35-40 \text{ mmHg}$

dan HCO_3 rendah, serta Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase (SGOT)/ Serum Glutamic Pyruvic Transaminase (SGPT) mungkin meningkat (Widyorini, Prasti, Shafrin, Wahyuningsih, & Murwani, 2018).

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah langkah kedua dari proses keperawatan yang menggambarkan penilaian klinis tentang respon individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat terhadap permasalahan kesehatan baik aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon individu keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses. Diagnosis keperawatan mendorong praktik independent perawat (misal, kenyamanan atau kelegaan pasien) dibandingkan dengan intervensi dependen yang didorong oleh perintah dokter (misal, memberi obat). Diagnosis keperawatan dikembangkan berdasarkan data yang diperoleh selama pengkajian atau assessment keperawatan meliputi pengkajian data pribadi, dan pemeriksaan head to toe (D, 2012).

Tujuan dari diagnosis keperawatan yaitu memungkinkan perawat untuk menganalisis dan mensintesis data yang telah dikelompokkan, selain itu diagnosis keperawatan digunakan untuk mengidentifikasi masalah, faktor penyebab masalah, dan kemampuan pasien untuk dapat mencegah atau memecahkan masalah.

Diagnosis keperawatan merupakan dasar dari pemilihan intervensi dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan oleh perawat yang bertanggung jawab. Diagnosis keperawatan yang ditemukan dalam kasus DHF adalah:

a. Hipertermia

Definisi: keadaan suhu tubuh meningkat di atas normal tubuh.

Penyebab: Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, proses penyakit (infeksi), peningkatan laju metabolisme, respon trauma.

b. Risiko perdarahan

Definisi: risiko mengalami perdarahan baik internal (terjadi di dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh)

Penyebab: Aneurisma, gangguan gastrointestinal, gangguan fungsi hati, komplikasi kehamilan, komplikasi pasca partum, gangguan koagulasi, efek agen farmakologi, tindakan pembedahan, trauma.

c. Risiko hipovolemia

Definisi : Berisiko mengalami penurunan volume cairan intravascular, interstisiel, dan/atau intraseluler.

Penyebab : Kehilangan cairan secara aktif, gangguan absorpsi cairan, usia lanjut, kelebihan berat badan, status metabolik, kegagalan mekanisme regulasi, evaporasi, kekurangan intake cairan, efek agen farmakologis.

d. Nausea

Definisi: Perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggorok atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah.

Penyebab: Gangguan biokimiawi (mis. Uremia, ketoasidosis diabetic), gangguan pada esophagus, distensi lambung, iritasi lambung, gangguan pankreas, peregangan kapsul limpa, tumor terlokalisasi (mis. Neuroma akustik, tumor otak primer atau sekunder, metastatis tulang, di dasar tengkorak), peningkatan intraabdominal (mis. Keganasan intrabdomen), peningkatan tekanan intracranial, peningkatan tekanan intraorbital (mis. glaukoma), mabuk perjalanan, kehamilan, aroma tidak sedap, rasa makanan/minuman yang tidak enak, stimulus penglihatan tidak menyenangkan, faktor psikologis (mis. Kecemasan, ketakutan, stress), efek agen farmakologis, efek toksin.

3. Rencana Keperawatan

Tahapan perencanaan keperawatan adalah perawat merumuskan rencana keperawatan, perawat menggunakan pengetahuan dan alasan untuk mengembangkan hasil yang diharapkan untuk mengevaluasi asuhan keperawatan yang diberikan (Suarni & Apriyani, 2017).

Perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengatasi, dan mengurangi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Langkah dalam tahap perencanaan ini dilakukan setelah menentukan kriteria hasil yang diharapkan dengan menentukan rencana tindakan apa yang akan dilakukan dalam mengatasi masalah pasien. Dalam membuat rencana tindakan perawat harus mengetahui juga tentang instruksi atau perintah tentang tindakan keperawatan apa yang akan dilakukan dari perawat. Tujuan perencanaan keperawatan adalah untuk mengurangi, menghilangkan, dan mencegah masalah keperawatan yang dirasakan atau dikeluhkan oleh pasien.

Tahapan perencanaan keperawatan pada kasus DHF adalah sebagai berikut:

Tahapan perencanaan keperawatan pada kasus DHF adalah sebagai berikut:

Tabel 2.2

**Rencana Keperawatan Tn. H di Ruang Freesia
RSU Handayani Kotabumi Lampung Utara pada tanggal 14-16 Maret 2022**

NO	Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
1	2	3	4
1	<p>Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit</p> <p>DS : (tidak tersedia)</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Suhu tubuh di atas normal 2. Kulit merah 3. Kejang 4. Takikardi 5. Tekipnea 6. Kulit teraba hangat 	<p>Termogulasi (L. 14134)</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan termogulasi dapat membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menggigil Menurun 2. Kulit merah Menurun 3. Akrosianosis Menurun 4. Konsumsi oksigen Menurun 5. Piloereksi Menurun 6. Vasokonstriksi perifer Menurun 7. Kutis memorata Menurun 8. Pucat Menurun 9. Takikardia Menurun 10. Takipnea Menurun 11. Bradikardia Menurun 12. Hipoksia Menurun 13. Suhu kulit Membaik 	<p>Manajemen hipertermi (I.15506)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab hipertermi (mis. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan incubator) 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor kadar elektrolit 4. Monitor haluaran urine <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 4. Berikan cairan oral 5. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrasi (keringat berlebih) 6. Lakukan pendinginan eksternal (mis. Selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila)

1	2	3	4
			7. Hindari pemberian antipiretik atau aspirin 8. Batasi oksigen, <i>jika perlu</i> 9. Hindari pemberian antipiretik atau Aspirin Edukasi Anjurkan tirah baring Kolaborasi Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu
2	Risiko perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi (trombositopenia) DS : (tidak tersedia) DO : (tidak tersedia)	Tingkat perdarahan (L.02017) Setelah dilakukannya asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan tingkat perdarahan dapat menurun dengan kriteria hasil : 1. Membrane mukosa lembab meningkat 2. Kelembapan kulit meningkat 3. Kognitif meningkat 4. Hemofisis menurun 5. Hematemesis menurun 6. Hematuria menurun 7. Perdarahan anus menurun 8. Distensi abdomen menurun 9. Perdarahan vagina menurun 10. Hemoglobin membaik 11. Tekanan darah membaik	Pencegahan Perdarahan (I. 02067) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala perdarahan 2. Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah 3. Monitor tanda-tanda vital ortostatik Terapeutik 1. Pertahankan bed rest selama perdarahan 2. Batasi tindakan invasive, jika perlu 3. Gunakan kasur pencegah dikubitus 4. Hindari pengukuran suhu rektal Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan 2. Kolaborasi pemberian produk darah, <i>jika perlu</i> 3. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, <i>jika perlu</i>
3	Resiko hipovolemia dibuktikan dengan kehilangan cairan aktif (perdarahan) DS : (tidak tersedia) DO :	Status cairan (03028) Setelah dilakukannya asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan status cairan membaik dengan kriteria hasil 1. Kekuatan nadi meningkat 2. Membrane mukosa lembab meningkat	Pemantauan cairan (I. 03121) Observasi 1. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi 2. Monitor frekuensi napas 3. Monitor tekanan darah 4. Monitor berat badan

1	2	3	4
	(tidak tersedia)	3. Frekuensi nadi membaik 4. Tekanan darah membaik 5. Tekanan nadi membaik 6. Turgor kulit membaik 7. Hemoglobin membaik 8. Hematokrit membaik 9. Hepatomegaly membaik 10. Intake cairan membaik 11. Suhu tubuh membaik	5. Monitor waktu pengisian kapiler 6. Monitor elastisitas atau turgor kulit 7. Monitor jumlah, warna dan berat jenis urine 8. Monitor kadar albumin dan protein total 9. Monitor hasil pemeriksaan serum 10. Monitor intake dan output cairan 11. Identifikasi tanda-tanda 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, konsentrasi urin meningkat, berat badan menurun dalam waktu singkat) 12. Identifikasi tanda-tanda hypervolemia (mis. Dyspnea, edema perifer, edema anasarka, JVP meningkat) 13. Identifikasi faktor ketidakseimbangan cairan (mis. Prosedur pembedahan mayor, trauma atau perdarahan, luka bakar, apheresis, obstruksi intestinal, peradangan pancreas, penyakit ginjal dan kelenjar, disfungsi intestinal) Terapeutik 1. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien 2. Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan
4	Nausea berhubungan dengan DS : 1. Mengeluh mual 2. Merasa ingin muntah	Tingakt Neusea (L. 08065) Setelah dilakukannya asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan tingkat	Manajemen Mual (L.03117) Observasi 1. Identifikasi pengalaman mual 2. Identifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan (mis.

1	2	3	4
	3. Tidak berminat makan 4. Merasa asam dimulut 5. Sensasi panas/dingin 6. Sering menelan DO : 1. Saliva meningkat 2. Pucat 3. Diaforsis 4. Takikardia 5. Pupil dilatasi	neusea dapat menurun dengan kriteria hasil : 1. Perasaan ingin muntah menurun 2. Perasaan asam dimulut menurun 3. Sensasi panas menurun 4. Sensasi dingin menurun 5. Diaphoresis menurun 6. Takikardia menurun 7. Pucat menurun 8. Dilatasi pupil menurun 9. Nafsu makan menurun 10. Jumlah saliva menurun 11. Frekuensi menelan menurun	Bayi, anak-anak, dan mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif) 3. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis. Nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran, dan tidur) 4. Identifikasi penyebab mual (mis. Pengobatan dan prosedur) 5. Identifikasi entimetik untuk mencegah mual (kecuali mual pada kehamilan) 6. Monitor mual (mis. Frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan) 7. Monitor asupan nutrisi dan kalori Terapeutik 1. Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (mis. Bau tak sedap, suara, dan visual yang tidak menyenangkan) 2. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis. Kecemasan, ketakutan, kelelahan) 3. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik 4. Berikan makanan dingin, cairan bening, tidak berbau dan tidak berwarna, <i>jika perlu</i> Edukasi 1. Anjurkan istirahat tidur yang cukup 2. Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual 3. Anjurkan makanan yang tinggi karbohidrat dan rendah lemak 4. Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual (mis. <i>Biofeedback</i> , hipnosis, relaksasi, terapi musik, akupresur) Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian antimetik, <i>jika perlu</i>

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status lesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan pasien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Leniwita & Anggraini, 2019).

Implementasi keperawatan dapat juga diartikan sebagai serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan.

Pada tahap ini dilakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah dibuat berdasarkan teori sebelumnya dan hampir semua tindakan tercapai. Tindakan keperawatan yang telah dilakukan bertujuan untuk mengatasi semua masalah kesehatan yang sedang dialami oleh pasien.

4. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai (Leniwita & Anggraini, Modul Dokumentasi Keperawatan, 2019).

Tindakan keperawatan merupakan suatu kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan pasien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan.