

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Pengertian

Demam berdarah adalah penyakit yang disebabkan oleh virus dengue, yang ditularkan oleh nyamuk. WHO mendefinisikan DBD sebagai penyakit yang memiliki empat kriteria berikut

- a. Demam atau riwayat demam berlangsung selama 2-7 hari
- b. Manifestasi hemoragik apapun
- c. Trombositopenia (jumlah trombosit $<100.000/mm^3$)
- d. Bukti peningkatan permeabilitas pembuluh darah

Terdapat beberapa macam penyakit demam berdarah dengue. Infeksi yang disebabkan oleh virus dengue mengakibatkan spektrum manifestasi klinis yang bervariasi yaitu, demam dengue (DD), DBD, dan demam dengue yang disertai renjatan atau dengue shock syndrome (DSS).

Dengue Hemorrhagic fever (DHF) merupakan jenis penyakit akut yang banyak dijumpai di daerah tropis, penyakit ini merupakan penyakit endemik di banyak negara di Asia Tenggara, Amerika Tengah, Amerika Serikat, Karibia (Kardiyudian & Susanti, 2019).

2. Etiologi

Host alami DBD adalah manusia, agennya adalah virus dengue yang termasuk family *Flaviviridae* dan genus *Flavivirus*, terdiri dari 4 serotipe yaitu Den-1, Den-2, Den-3, dan Den-4 (Candra, 2018). Penyakit ini ditularkan ke manusia oleh gigitan nyamuk *Aedes Aegypti* dan *Ae. Albopictus* yang terdapat di seluruh pelosok Indonesia (Lestari, 2017). Wabah penyakit ini bisa bersifat eksplosif atau progresif, tergantung pada kepadatan dan efisiensi di mana vector bisa terinfeksi, serotype dan persebaran virus dengue, jumlah manusia yang rentan (non-immune) di dalam populasi, dan jumlah vector manusia.

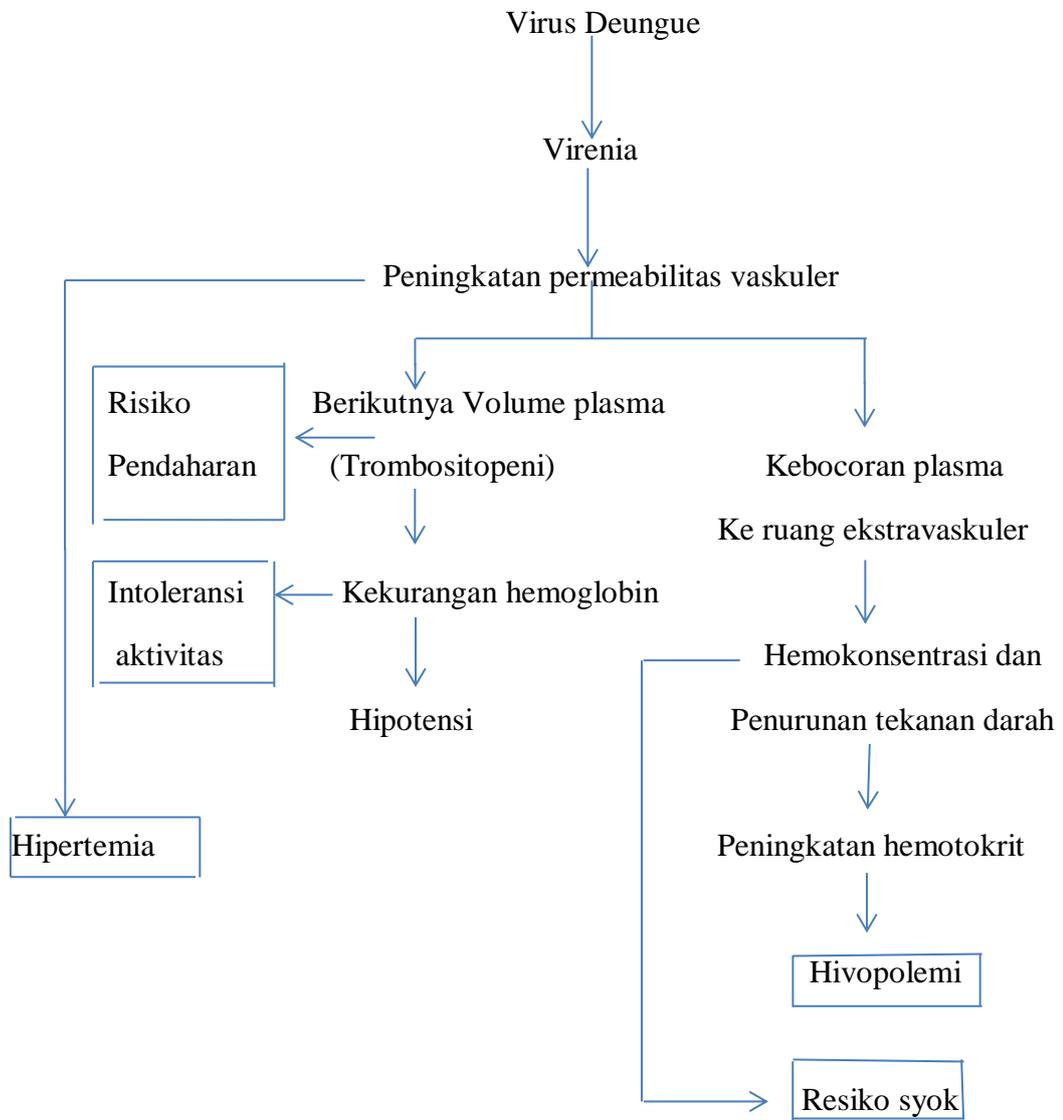
Masa inkubasi virus dengue dalam manusia (inkubasi instrinsik) berkisar antara 4 sampai 14 hari sebelum gejala muncul. Gejala klinis rata-rata akan muncul pada hari ke empat sampai hari ketujuh, sedangkan masa inkubasi ekstrinsik (di dalam tubuh nyamuk) berlangsung sekitar 8-10 hari.

3. Patofisiologi

Fenomena patologis primer yang terdapat pada penyakit DHF adalah meningkatnya permeabilitas vaskuler secara akut yang kemudian mengakibatkan kebocoran plasma ke dalam ruang ekstra vaskuler, sehingga akan menimbulkan hemokonsentrasi dan penurunan tekanan darah. Peningkatan permeabilitas dinding vaskuler ini mengakibatkan berkurang volume plasma hingga mencapai 20% yang otomatis jumlah trombosit berkurang. (trombositopenia), terjadinya hipotensi (tekanan darah rendah) yang dikarenakan kekurangan hemoglobin, plasma merembes selama perjalanan penyakit mulai dari permulaan masa demam dan mencapai puncaknya pada masa terjadinya hemokonsentrasi (peningkatan hematokrit $> 20\%$) bersamaan dengan menghilangnya plasma melalui endotel dinding pembuluh darah. Meningkatnya nilai hematokrit tersebut kemudian memunculkan dugaan bahwa renjatan terjadi sebagai akibat kebocoran plasma ke daerah ekstra vaskuler melalui kapiler yang rusak (Hadinegoro,2001).

Sedangkan pada masalah Hipertermia akan menyebabkan peningkatan reabsorpsi Na^+ dan H_2O sehingga permeabilitas membran meningkat. Meningkatnya permeabilitas membran menyebabkan cairan dari intravaskuler berpindah ke ektravaskuler sehingga terjadi kebocoran plasma. Kebocoran plasma akan mengakibatkan berkurangnya volume plasma sehingga terjadi hipotensi dan kemungkinan akan berakibat terjadinya syok hipovolemik (Nurarif & Kusuma, 2015).

Gambar 2.1
Pathway Dengue Haemorrhagic Fever



(Sumber: Kardiyudiani & Susanti, 2019)

4. Manifestasi Klinis

Secara klinis demam berdarah ditandai dengan serangan demam tinggi yang mendadak, sakit kepala hebat, rasa sakit kepala hebat, rasa sakit di belakang mata, nyeri otot dan sendi, hilangnya nafsu makan, mual dan ruam. Beberapa orang terinfeksi mungkin saja tidak menunjukkan gejala yang terlihat, dan beberapa hanya menunjukkan gejala ringan. Misalnya, anak kecil mungkin menunjukkan penyakit demam tidak spesifik yang disertai dengan demam tidak spesifik yang disertai dengan ruam kulit (CHP, 2018).

Gejala pada infeksi pertama biasanya bersifat ringan. Setelah pulih daya tahan tubuh terhadap varietas virus dengue akan berkembang tetapi infeksi berikutnya dengan varietas virus dengue lainnya mungkin dapat berakibat pada demam berdarah dengue berat. Demam berdarah dengue berat adalah demam berdarah komplikasi yang parah dan berpotensi fatal. Gejala DBD berat ialah demam tinggi, selama 2-7 hari dan dapat meningkat hingga 40-41°C, wajah kemerahan, dan gejala lain yang menyertai demam berdarah (CHP, 2018). Selanjutnya, pada penderita DBD berat dapat muncul tanda-tanda memar, hidung dan gusi berdarah, dan juga pendarahan dalam tubuh. Pada kasus yang sangat parah, mungkin berlanjut pada kegagalan saluran pernafasan, shock, dan kematian.

5. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan penunjang yang mungkin dilakukan pada penderita DHF antara lain adalah (Wijayaningsih 2017) :

- a. Pemeriksaan darah lengkap Pemeriksaan darah rutin dilakukan untuk memeriksa kadar hemoglobin, hematokrit, jumlah trombosit. Peningkatan nilai hematokrit yang selalu dijumpai pada DHF merupakan indikator terjadinya perembesan plasma.
 - 1) Pada demam dengue terdapat Leukopenia pada hari kedua atau hari ketiga.
 - 2) .Pada demam berdarah terdapat trombositopenia dan hemokonsentras.

- 3) Pada pemeriksaan kimia darah: Hipoproteinemia, hipokloremia, SGPT, SGOT, ureum dan Ph darah mungkin meningkat.
- b. Uji Serologi = Uji HI (Hemagglutination Inhibition Test) Uji serologi didasarkan atas timbulnya antibody pada penderita yang terjadi setelah infeksi. Untuk menentukan kadar antibody atau antigen didasarkan pada manifestasi reaksi antigen-antibody. Ada tiga kategori, yaitu primer, sekunder, dan tersier. Reaksi primer merupakan reaksi tahap awal yang dapat berlanjut menjadi reaksi sekunder atau tersier. Yang mana tidak dapat dilihat dan berlangsung sangat cepat, visualisasi biasanya dilakukan dengan memberi label antibody atau antigen dengan fluoresens, radioaktif, atau enzimatis. Reaksi sekunder merupakan lanjutan dari reaksi primer dengan manifestasi yang dapat dilihat secara *in vitro* seperti prestipitasi, flokulasi, dan aglutinasi. Reaksi tersier merupakan lanjutan reaksi sekunder dengan bentuk lain yang bermanifestasi dengan gejala klinik.
 - c. Uji hambatan hemagglutinasasi Prinsip metode ini adalah mengukur campuran titer IgM dan IgG berdasarkan pada kemampuan antibody-dengue yang dapat menghambat reaksi hemagglutinasasi darah angsa oleh virus dengue yang disebut reaksi hemagglutinasasi inhibitor (HI).
 - d. Uji netralisasi (Neutralisasi Test = NT test) Merupakan uji serologi yang paling spesifik dan sensitif untuk virus dengue. Menggunakan metode plaque reduction neutralization test²¹ (PRNT). Plaque adalah daerah tempat virus menginfeksi sel dan batas yang jelas akan dilihat terhadap sel di sekitar yang tidak terkena infeksi.
 - e. Uji ELISA anti dengue Uji ini mempunyai sensitivitas sama dengan uji Hemagglutination Inhibition (HI). Dan bahkan lebih sensitive dari pada uji HI. Prinsip dari metode ini adalah mendeteksi adanya antibody IgM dan IgG di dalam serum penderita.
 - f. Rontgen Thorax : pada foto thorax (pada DHF grade III/ IV dan sebagian besar grade II) di dapatkan efusi pleura.

6. Penatalaksan

Dasar pelaksanaan penderita DHF adalah pengganti cairan yang hilang sebagai akibat dari kerusakan dinding kapiler yang menimbulkan peninggian permeabilitas sehingga mengakibatkan kebocoran plasma. Selain itu, perlu juga diberikan obat penurun panas (Rampengan 2017). Penatalaksanaan DHF yaitu :

- a. Penatalaksanaan Demam Berdarah Dengue Tanpa Syok
 Penatalaksanaan disesuaikan dengan gambaran klinis maupun fase, dan untuk diagnosis DHF pada derajat I dan II menunjukkan bahwa anak mengalami DHF tanpa syok sedangkan pada derajat III dan derajat IV maka anak mengalami DHF disertai dengan syok. Tatalaksana untuk anak yang dirawat di rumah sakit meliputi:
 - 1) Berikan anak banyak minum larutan oralit atau jus buah, air sirup, susu untuk mengganti cairan yang hilang akibat kebocoran plasma, demam, muntah, dan diare.
 - 2) Berikan parasetamol bila demam, jangan berikan asetosal atau ibuprofen karena dapat merangsang terjadinya perdarahan.
 - 3) Berikan infus sesuai dengan dehidrasi sedang, Berikan hanya larutan isotonik seperti ringer laktat atau asetat.
- b. Pantau tanda vital dan diuresis setiap jam, serta periksa laboratorium (hematokrit, trombosit, leukosit dan hemoglobin) tiap 6 jam.
- c. Apabila terjadi penurunan hematokrit dan klinis membaik, turunkan jumlah cairan secara bertahap sampai keadaan stabil.
 Cairan intravena biasanya hanya memerlukan waktu 24-48 jam sejak kebocoran pembuluh kapiler spontan setelah pemberian cairan.
 - 1) Apabila terjadi perburukan klinis maka berikan tatalaksana sesuai dengan tatalaksana syok terkompensasi.
 - 2) Penatalaksanaan Dengue Hemorrhagic Fever Dengan Syok
 Penatalaksanaan DHF menurut WHO (2016), meliputi:
 - a) Perlakukan sebagai gawat darurat. Berikan oksigen 2-4 L/menit secara nasal.

- b) Berikan 20 ml/kg larutan kristaloid seperti ringer laktat/asetan secepatnya. 23
- c) Jika tidak menunjukkan perbaikan klinis, ulangi pemberian kristaloid 20 ml/kgBB secepatnya (maksimal 30 menit) atau pertimbangkan pemberian koloid 10-20 ml/kg BB/jam maksimal 30 ml/kgBB/24 jam.
- d) Jika tidak ada perbaikan klinis tetapi hematokrit dan hemoglobin menurun pertimbangkan terjadinya perdarahan tersembunyi: berikan transfusi darah atau komponen.
- e) Jika terdapat perbaikan klinis (pengisian kapiler dan perfusi perifer mulai membaik, tekanan nadi melebar), jumlah cairan dikurangi hingga 10 ml/kgBB dalam 2-4 jam dan secara bertahap diturunkan tiap 4-6 jam sesuai kondisi klinis laboratorium.
- f) Dalam banyak kasus, cairan intravena dapat dihentikan setelah 36- 48 jam. Perlu diingat banyak kematian terjadi karena pemberian cairan yang terlalu banyak dari pada pemberian yang terlalu sedikit.

7. Komplikasi

Komplikasi demam berdarah dengue menurut Chris Tanto (2014) dikutip dalam Kurniawati tahun 2016.

- a. Ensefalopati dengue : edema otak dan alkalosis. Dapat terjadi baik pada syok maupun tanpa syok.
- b. Kelainan ginjal : akibat syok berkepanjangan.
- c. Edema paru : akibat pemberian cairan berlebihan.

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

1. Kebutuhan dasar menurut Abraham Maslow dalam Teori Hierarki kebutuhan menyatakan bahwa setiap manusia memiliki lima kebutuhan dasar, yakni:

- a. Kebutuhan fisiologis

Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan paling dasar, yaitu kebutuhan fisiologis seperti oksigen, cairan (minuman), nutrisi (makanan), keseimbangan suhu tubuh, eliminasi, tempat tinggal, istirahat dan tidur, serta kebutuhan seksual.

- b. Kebutuhan rasa aman dan perlindungan dibagi menjadi perlindungan fisik dan perlindungan psikologis. Adapun uraian sebagai berikut:
 - 1) Kebutuhan perlindungan fisik meliputi perlindungan atas ancaman terhadap tubuh atau hidup. Ancaman tersebut dapat berupa penyakit, kecelakaan, bahaya dari lingkungan, dan sebagainya
 - 2) Perlindungan psikologis, yaitu perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing. Misalnya, kekhawatiran yang dialami seseorang ketika masuk sekolah pertama kalinya karena merasa terancam oleh keharusan untuk berinteraksi dengan orang lain, dan sebagainya
- c. Kebutuhan rasa cinta serta rasa memiliki dan dimiliki, antara lain memberi dan menerima kasih sayang, mendapatkan kehangatan keluarga, memiliki sahabat, diterima oleh kelompok sosial, dan sebagainya.
- d. Kebutuhan akan harga diri ataupun perasaan dihargai oleh orang lain. Kebutuhan ini terkait dengan keinginan untuk mendapat kekuatan, meraih prestasi, rasa percaya diri, dan kemerdekaan diri. Selain itu, orang juga memerlukan pengakuan dari orang lain .
- e. Kebutuhan aktualisasi diri, merupakan kebutuhan tertinggi dalam hierarki Maslow, berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain/lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya.

2. Kebutuhan keamanan dan proteksi

- a. Kebutuhan keamanan dan proteksi Menurut Potter & Perry (2006) Keamanan biasa didefinisikan sebagai keadaan bebas dari cedera fisik dan psikologis, salah satu kebutuhan dasar manusia yang harus dipenuhi. Dalam lingkungan pelayanan kesehatan memiliki rasa aman merupakan hal yang penting dalam perawatan pasien terutama

bagi seorang perawat yang sudah tugasnya menjaga keamanan diri serta orang yang dirawat baik yang sakit maupun sehat yang berkaitan terhadap kehidupan dan kelangsungan hidup pasien.

- b. Lingkungan yang aman akan mempengaruhi berkurangnya insiden terjadinya penyakit dan cedera serta mempercepat tindakan perawatan pada pasien. Lingkungan yang aman merupakan salah satu kebutuhan dasar yang terpenuhi, bahaya pada fisik akan berkurang, penyebaran organisme patogen akan berkurang. Patogen merupakan mikroorganisme yang mampu menyebabkan infeksi

C. Proses Keperawatan

1. Pengkajian

Merupakan tahap pertama dalam proses perawatan. Tahap ini sangat penting dan menentukan dan menentukan dalam tahap-tahap selanjutnya. Data yang komprehensif dan valid yang menentukan Penetapan diagnosa keperawatan dengan tepat dan benar, selanjutnya yang berpengaruh dalam perencanaan keperawatan, untuk mendapatkan data yang komprehensif yang mencakup data biopsiko dan spiritual (Tarwoto & Wartolah, 2015).

Menurut Christantie E (1995) pengkajian yang akan didapat pada pasien DHF sebagai berikut:

- a. Keluhan Utama Demam riwayatnya 2-7 hari biasanya kecenderungan perdarahan sekurang-kurangnya salah satu dari timbulnya tanda-tanda perdarahan yaitu: (petekie, ekimosis atau purpura).
- b. Riwayat penyakit saat ini : Riwayat kesehatan menunjukkan adanya demam, demam naik turun terus menerus selama 2-7 hari. Demam turun saat klien mendapatkan terapi farmakologi dan non farmakologi yaitu kolaborasi pemberian 16 antipiretik (paracetamol®) dan pemberian terapi kompres dan pemberian terapi infus

- c. Kesadaran Umum: Compos mentis dan yang berubah sesuai tingkat gangguan perfusi sistem saraf pusat, kekuatan otot
Keterangan:
5 : Bebas bergerak dengan kekuatan otot penuh.
4 : Mampu menahan tahanan dengan kekuatan ringan.
3: Bisa melawan gravitasi tetapi tidak dapat menahan atau melawan tahanan pemeriksa.
2: Hanya mampu bergeser di atas tempat tidur.
1: Hanya terlihat tonus/kontraksi otot.
0: Tidak ada tonus.
- d. Aktivitas dan istirahat: Kelelahan terus menerus sepanjang hari, insomnia, demam hingga tirah baring.

Tabel 2.1
Tingkat Aktivitas

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

- e. Tanda-tanda vital: Tekanan darah menurun, nadi cepat dan lemah, peningkatan suhu tubuh, peningkatan frekuensi pernafasan.
- f. Sirkulasi: Sianosis perifer pada ujung jari tangan, turgor kulit anelastis
- g. Pernapasan: Batuk, pilek dan sakit saat menelan.
- h. Integritas Ego: Ansietas, takut, stres yang berhubungan dengan penyakit.
- i. Nutrisi dan cairan: Mual, muntah dan anoreksi, distensi abdomen.
- j. Eliminasi Buang air besar: Diare, konstipasi, melena.
- k. Buang air kecil: Penurunan atau peningkatan haluan urine.

- l. Pemeriksaan diagnostic: Laboratorium pemeriksaan darah lengkap meliputi penurunan trombosit, peningkatan leukosit dan peningkatan hematocrit.
 - m. Ultrasonography: Hepatomegali dan Splenomegali
2. Diagnosa keperawatan
- Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang jelas mengenai status kesehatan atau masalah aktual atau risiko dalam rangka mengidentifikasi dan menentukan intervensi keperawatan untuk mengurangi, menghilangkan, atau mencegah masalah kesehatan klien yang ada pada tanggung jawabnya. (Carpenito, 1983 didalam (Tarwoto & Wartolah, 2015)) Menurut Christantie Effendy (1995), diagnose keperawatan yang sering ditemukan pada pasien DHF adalah :
- a. Hipertermia

Definisi : Adalah dimana keadaan suhu tubuh meningkat diatas normal tubuh.

Penyebab : Dehidrasi, Tepaparan lingkungan panas, Proses penyakit mis.insfeksi, kanker), Ketidak sesuaian pakaian suhu tubuh Peningkatan laju metabolisme, Respon trauma, Aktivitas berlebihan, Pengguna inkubator
 - b. Resiko perdarahan

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

Penyebab : Aneurisma, gangguan gastrointestinal, gangguan fungsi hati, komplikasi kehamilan, komplikasi paska partum, gangguan koagulasi, efek agen farmakologis, tindakan pembedahan, trauma.
 - c. Intoleransi aktivitas

Definisi : Adalah ketidak cukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari –hari

Penyebab : Ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring, kelemahan,imobilitas.

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). Tahapan perencanaan keperawatan pada kasus post operasi vesikolithiasis sebagai berikut:

Tabel 2.2

Rencana Keperawatan dengan Gangguan Kebutuhan Keamanan dan Proteksi pada Kasus *DHF*

NO	DX	SLKI	SIKI
1		2	3
1	<p>Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit ditandai dengan suhu tubuh diatas normal</p> <p>Ds : (tidak terdsedia)</p> <p>Do : 1) Suhu tubuh diatas nilai normal 2) Kulit merah 3) Kejang 4) Takikardi 5) Takipnea 6) Kulit terasa hangat</p>	<p>Termoregulasi (L.14134) Setelah dilakukan asuhan keperawatan 2x24 jam diharapkan klien mencapai kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menggigil menurun 2. Menggigil Menurun 3. Kulit merah Menurun 4. Akrosianosis Menurun 5. Konsumsi oksigen Menurun 6. Piloereksi Menurun 7. Vasokonstriksi perifer Menurun 8. Kutis memorata Menurun 9. Pucat Menurun 10. Takikardia Menurun 11. Takipnea Menurun 12. Bradikardia Menurun 13. Hipoksia Menurun 14. Suhu tubugh membaik 15. 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 hiperhidrosis (keringat berlebih) 6. Lakukan pendinginan eksternal (mis. selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila)

1	2	3	4
			<p>7. Hindari pemberian antipiretik atau aspirin 8. Batasi oksigen, <i>jika perlu</i> 9. mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih) 10. Lakukan pendinginan eksternal (mis. selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila) 11. Hindari pemberian antipiretik atau aspirin 12. Batasi oksigen, <i>jika perlu</i></p> <p>Edukasi: Anjurkan tirah baring</p> <p>Kolaborasi: Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, <i>jika perlu</i></p>
2	<p>Resiko perdarahan dibuktikan dengan trombositopenia</p> <p>Ds : (tidak tersedia)</p> <p>Do : (tidak tersedia)</p>	<p>Tingkat perdarahan (L.02017) Setelah dilakukan asuhan keperawatan 2x24 jam diharapkan klien mencapai kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Membran mukosa lembab meningkat 2) Kelembapan kulit meningkat 3) Kognitif meningkat 4) Hemoftisis menurun 5) Hematemesis menurun 6) Hematuria menurun 7) Perdarahan anus menurun 	<p>Pencegahan Perdarahan (L.02067) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala perdarahan 2. Monitor nilai hematokrit/homoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah 3. Monitor tanda-tanda vital ortostatik 4. Monitor koagulasi (mis. Prothombin time (TM), partial thromboplastin time (PTT), fibrinogen, degradasi fibrin dan atau platelet)

1	2	3	4
		8) Distensi abdomen menurun 9) Perdarahan vagina menurun 10) Perdarahan 11) Hemoglobin membaik 12) Hematokrit membaik 13) Tekanan darah membaik 14) Frekuensi nadi membaik 15) Suhu tubuh membaik	<p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan bed rest selama perdarahan 2. Batasi tindakan invasif, jika perlu 3. Gunakan kasur pencegah dikubitus 4. Hindari pengukuran suhu rektal <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan 2. Anjurkan menggunakan kaus kaki saat ambulasi 3. Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi 4. Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan 5. Anjurkan meningkatkan asupan makan dan vitamin K 6. Anjrkan segera melapor jika terjadi perdarahan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat dan mengontrol perdarahan, jika perlu 2. Kolaborasi pemberian prodok darah, jika perlu 3. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu

1	2	3	4
	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan</p> <p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengeluh lelah 2) Dyspnea 3) Merasa lemah <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ferekuensi jantung meningkat 2) Tekanan darah meningkat 3) Sianosis 	<p>ntoleransi aktivitas (L.05047)</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 2x24 jam diharapkan klien mencapai kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemudahan melakukan aktivita sehari-hari meningkat 2. Keluhan lelah menurun 3. Perasaan lemah menurun 4. Kekuatan tubuh bagian atas meningkat 5. Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat 	<p>Manajemen energi (I.05178)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas <p>Taraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan) 2. Lakukan rentang gerak pasif dan/atau aktif 3. Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan 4. Fasilitas duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 4. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara menigkakan asupan makana.</p>

4. Implementasi

Implementasi Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri (independen) dan tindakan koaborasi (Tarwoto & Wartonah, 2015)

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan untuk dapat menentukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan. Evaluasi pada dasarnya adalah membandingkan status keadaan kesehatan pasien dengan tujuan atau kriteria hasil yang telah ditetapkan (Tarwoto & Wartonah, 2015).