

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep penyakit Demam Berdarah *Dengue* (DBD)

2.1.1 Pengertian

Demam Berdarah Dengue, merupakan penyakit yang disebabkan oleh infeksi virus *Dengue*, yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes Aegypti* dan *Aedes Albopictus*. *Virus Dengue* adalah *virus arbovirus (vector-borne)* yang dapat menular pada seseorang melalui gigitan nyamuk *Aedes (Stegomyia) aegypti* atau *Ae* .(Mahendra et al., 2022).

Namun Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus *dengue* dan ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* atau *Aedes albopictus*. (Anggraini et al., 2021).

Dapat di simpulkan Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit menular akibat infeksi virus *dengue* yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* atau *Aedes albopictus*. Penyakit ini ditandai dengan demam tinggi, penurunan trombosit, dan gangguan pembekuan darah, serta dipengaruhi oleh faktor lingkungan, iklim, dan perilaku masyarakat.

2.1.2 Etiologi

Virus dengue adalah penyebab utama dari *Demam Berdarah Dengue (DBD)* atau *Demam Berdarah Dengue (DBD)*. (Syahdan et al., 2022).

1. Faktor Lingkungan

Lingkungan yang kotor atau tidak higienis dapat menjadi tempat berkembang biaknya nyamuk *Aedes aegypti*, yang merupakan vektor penyebar virus *dengue*. Kondisi seperti kelembapan tinggi, genangan air, dan daerah yang lembab dapat menjadi tempat bagi nyamuk untuk berkembang biak.

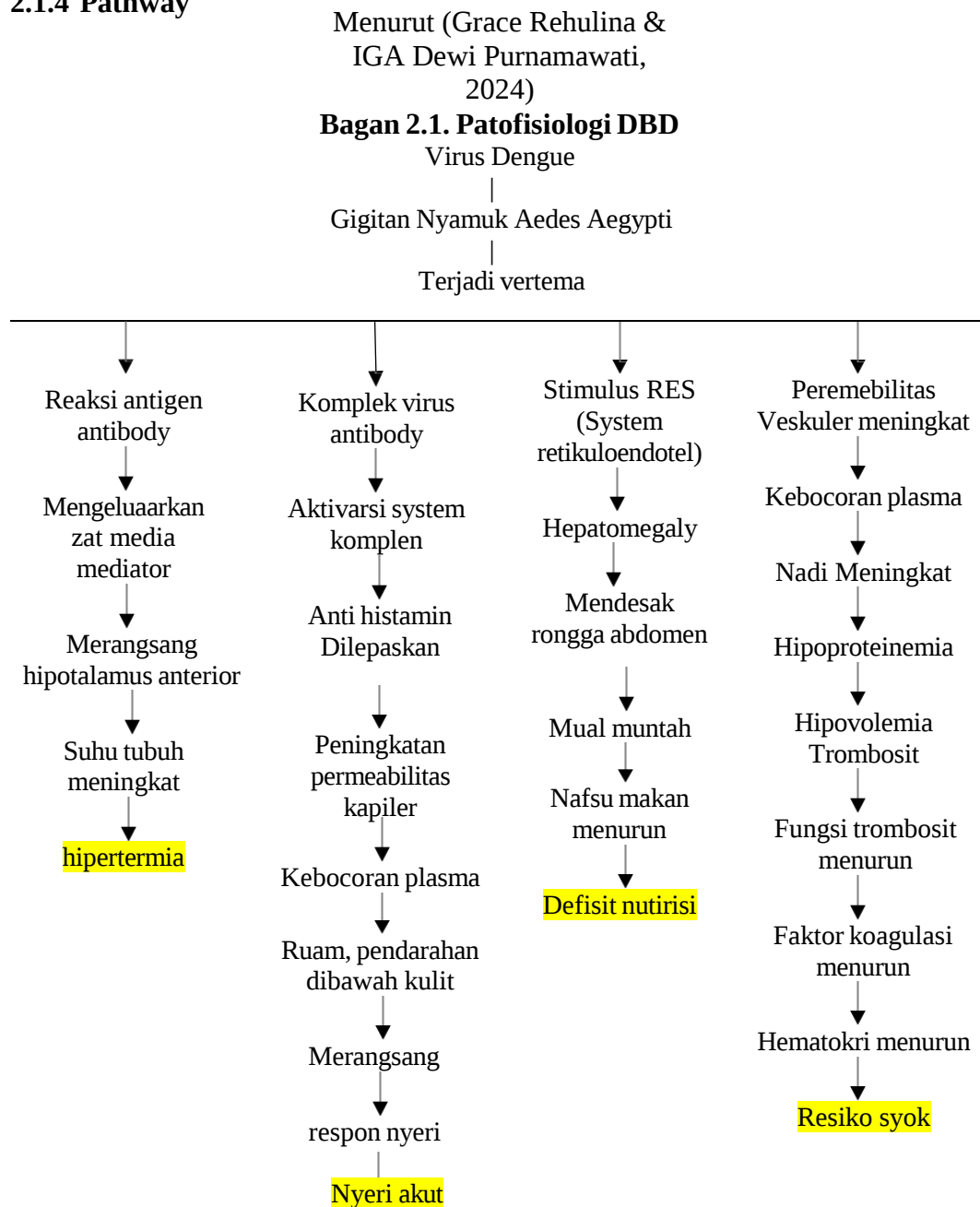
2. Faktor Imunologi

Sistem imun yang lemah pada individu dapat meningkatkan risiko terjadinya infeksi *virus dengue* dan keparahan DBD. Faktor imunologi yang memengaruhi risiko terkena DBD meliputi kekurangan vitamin D, adanya kondisi medis yang memengaruhi sistem imun, serta riwayat infeksi virus *dengue* sebelumnya.

2.1.3 Patofisiologi

Demam Berdarah Dengue (DBD) dimulai saat seseorang digigit oleh nyamuk *Aedes aegypti* atau *Aedes albopictus* yang membawa virus dengue. Setelah masuk ke dalam tubuh, virus menyebabkan viremia dan memicu reaksi imun, yaitu terbentuknya kompleks antigen-antibodi yang kemudian mengaktifkan sistem komplemen dan melepaskan berbagai mediator inflamasi seperti histamin. Zat-zat ini merangsang hipotalamus anterior sehingga terjadi peningkatan suhu tubuh yang menyebabkan hipertermia. Selain itu, mediator tersebut meningkatkan permeabilitas kapiler, yang berujung pada kebocoran plasma, hipoproteinemia, dan penurunan volume sirkulasi darah (hipovolemia), yang dapat memicu peningkatan nadi dan risiko syok. Perubahan ini juga menyebabkan ruam dan perdarahan bawah kulit, serta menstimulasi reseptor nyeri yang memunculkan keluhan nyeri otot dan sendi. Aktivasi sistem retikuloendotelial dan peradangan pada hati menyebabkan hepatomegali yang menekan rongga perut, menimbulkan mual, muntah, dan penurunan nafsu makan, sehingga berkontribusi pada defisit nutrisi. Pada kondisi lanjut, jumlah trombosit dan faktor koagulasi juga menurun, meningkatkan risiko perdarahan dan komplikasi serius lainnya. Seluruh proses ini menjelaskan gejala klinis utama pada DBD serta menjadi dasar munculnya berbagai diagnosis keperawatan seperti hipertermia, nyeri akut, defisit nutrisi, dan risiko syok. (Grace Rehulina & IGA Dewi Purnamawati, 2024)

2.1.4 Pathway



2.1.5 Tanda dan Gejala

Grace Rehulina & IGA Dewi Purnamawati, 2024).

Tanda dan gejala demam berdarah *dengue* (DBD) (Amir et al., 2021) meliputi:

1. Demam yang muncul secara tiba-tiba dengan suhu tubuh lebih dari normal yaitu normal suhu $36,5^{\circ}\text{C} - 37,2^{\circ}\text{C}$
2. Pendarahan yang sering terjadi pada hari ke-2 dan ke-3 demam, yang dapat diketahui dengan uji tourniquet, menghasilkan petechiae (bintik-bintik merah akibat pendarahan intradermal), purpura (pendarahan pada kulit), dan epistaksis (mimisan, pendarahan pada gusi).
3. Trombositopenia ($<100.000/\text{mm}^3$).
4. Nyeri otot dan sendi, disertai dengan leukopenia, ruam, serta limfadenopati, serta adanya perembesan plasma yang dapat mengarah pada hemokonsentrasi atau penumpukan cairan di rongga tubuh.
5. Perembesan plasma yang menunjukkan tanda hemokonsentrasi atau penumpukan cairan di rongga tubuh.
6. Syok, yang biasanya terjadi pada hari ke-3 sejak demam dimulai, ditandai dengan kegagalan sirkulasi, seperti kulit yang dingin dan lembab pada jari tangan, ujung hidung, jari kaki, serta sianosis di sekitar mulut.

2.1.6 Komplikasi

Demam Berdarah Dengue (DBD) dapat menyebabkan berbagai komplikasi serius jika tidak ditangani dengan cepat. Komplikasi yang paling umum adalah (Nugraheni et al., 2023) yaitu:

1. Perdarahan hebat
Disertai mimisan, gusi berdarah, hematemesis, melena, dan memar subkutan akibat trombositopenia.

2. Syok dengue (Dengue Shock Syndrome/DSS)

Kebocoran plasma pada DBD dapat menyebabkan hipovolemia, yang ditandai dengan penurunan volume cairan intravaskuler, hipotensi, dan gangguan sirkulasi yang beresiko menyebabkan syok hingga kematian, dan kegagalan sirkulasi yang dapat berujung pada kematian.

3. Kerusakan organ lain

Seperti hati (hepatitis), jantung (gagal jantung), paru-paru dan otak

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Untuk menegakan diagnosis *Dengue Haemorrhagic Fever* di dalam buku (Ariyanti Melly & Anggraini Debie, 2022) diperlukan beberapa pemeriksaan:

1. Darah lengkap : Hemakonsentrasi (hematokrit meningkat 20% atau lebih), trombositopenia ($100.000/mm^3$ atau kurang). Leukosit sering dijumpai normal dapat disertai dengan peningkatan neutrofil.
2. Rontgen thoreks: Efusi pelura.
3. Serologi : Uji HI (Hemagglutination Inhibition Test).

Pemeriksaan tambahan yang umum digunakan untuk mendiagnosis infeksi *dengue* meliputi tes serologi IgM dan IgG, serta pemeriksaan darah lengkap. Melalui tes serologi, dapat diketahui jenis infeksi yang terjadi, apakah itu infeksi primer atau sekunder. Sedangkan pada pemeriksaan darah lengkap, beberapa parameter yang dianalisis antara lain hematokrit, trombosit, dan leukosit (Kurnia, 2022).

2.1.8 Penatalaksanaan

Pengobatan untuk infeksi virus *dengue* bertujuan untuk meredakan gejala agar pasien dapat bertahan hidup. Terapi yang diberikan umumnya difokuskan pada penurunan demam dan nyeri pada sendi. Selain itu, pasien disarankan untuk banyak beristirahat, memperbanyak konsumsi cairan, dan jika mengalami demam tinggi, kompres air dingin secara teratur bisa dilakukan. Beberapa langkah penanganan lainnya juga dapat dilakukan pada pasien DBD (Azzahra et al., 2023) antara lain:

1. Minum banyak 1,5 liter – 2 liter / 24jam
2. Apabila demam dapat diberikan antipiretik

3. Memberikan antikonvulsan jika ada kejang
4. Pemberian cairan melalui infus dilakukan jika pasien mengalami kesulitan untuk minum dan ada peningkatan hematokrit. Namun, pemberian cairan harus dilakukan dengan hati-hati karena jika terlalu banyak, dapat berisiko menyebabkan kematian. Infus dapat dihentikan setelah 32-48 jam.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan *Dengue Haemorrhagic Fever (DBD)*

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap yang sangat penting sebelum memberikan asuhan keperawatan. Tujuan pengkajian adalah untuk mengumpulkan informasi tentang kondisi pasien sebelum merencanakan asuhan yang sesuai. Proses pengkajian dilakukan dengan beberapa teknik, yaitu wawancara yang melibatkan pemberian pertanyaan kepada pasien atau keluarga, pengukuran seperti pemeriksaan tekanan darah, nadi, suhu, dan pernapasan, serta pemeriksaan fisik yang dilakukan dari kepala hingga kaki menggunakan inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi untuk mendeteksi adanya kelainan. (Amin Huda Nurarif, 2015).

1. Identitas

Identitas pasien terdiri dari dua bagian, yaitu pertama, identitas pasien yang mencakup nama, umur, jenis kelamin, alamat, pendidikan, pekerjaan, nomor medrek, dan diagnosa. Kedua, identitas penanggung jawab yang mencakup nama, alamat, jenis kelamin, umur, pekerjaan, pendidikan, serta hubungan dengan pasien. (Azzahra et al., 2023).

2. Keluhan utama

Pada pemeriksaan pasien dengan demam berdarah dengue (DBD), informasi

pasien datang dengan keluhan demam mendadak yang disertai menggigil. Demam tinggi dapat berlangsung antara 2 hingga 7 hari, dengan suhu tubuh bisa mencapai 40°C. Terkadang, demam juga disertai dengan keluhan lain, seperti batuk, pilek, nyeri tenggorokan dengan faring yang tampak merah (hiperemis), mual, muntah, kehilangan nafsu makan, diare atau sembelit, sakit kepala, nyeri pada bola mata, nyeri otot dan sendi, nyeri pada bagian ulu hati, nyeri di bawah lengkung iga kanan, serta nyeri perut. Selain itu, tubuh terasa pegal, dan bisa muncul tanda-tanda perdarahan pada kulit serta gusi. (Joyce M. Black, 2009).

3. Riwayat kesehatan sekarang

Riwayat Kesehatan sekarang yang dikaji meliputi suhu tubuh meningkat, mukosa mulut kering, terdapat ruam pada kulit (petechiae), trombosit menurun, mengalami pendarahan pada gusi. (Joyce M. Black, 2009).

4. Riwayat Kesehatan Dahulu

Mengidentifikasi Riwayat penyakit yang dimiliki dengan atau yang memperberat keadaan penyakit yang sedang diderita saat ini. termasuk factor predisposisi penyakit.

5. Riwayat penyakit keluarga

Mengidentifikasi apakah di keluarga ada Riwayat penyakit menular atau turunan keduanya.

6. Pemeriksaan fisik

Perawat dapat melakukan pemeriksaan fisik untuk memverifikasi, memberikan informasi, atau menambah data yang sudah ada. Pemeriksaan dilakukan dengan cara yang sistematis untuk memperoleh gambaran yang jelas mengenai kondisi klien, sehingga dengan data yang tepat, perawat dapat menyusun diagnosa keperawatan dan menentukan jenis intervensi yang sesuai dalam rencana keperawatan.(Joharsah et al., 2021).

a. Sistem Pencernaan

Pada pemeriksaan, pasien mungkin mengalami mual dan muntah sebagai respons terhadap infeksi dengue, yang dapat mengurangi nafsu makan. Selain itu, diare atau konstipasi juga bisa terjadi, yang berujung pada perubahan dalam pola eliminasi BAB.

b. Sistem integumen

Kebocoran plasma dari ruang intravaskular ke ruang ekstrasvaskular dapat menyebabkan perdarahan di bawah kulit yang berupa petekie dan purpura, serta dapat menyebabkan peningkatan suhu tubuh (hipertermi).

c. Sistem perkemihan

Periksa apakah ada pembesaran pada ginjal dan lakukan perkusi untuk mengetahui apakah pasien merasakan nyeri. Selain itu, tanyakan apakah pasien mengalami gangguan pada buang air kecil (BAK).

d. Sistem neurologi

Hasil pemeriksaan dapat menunjukkan nyeri pada otot atau persendian, perubahan kesadaran, hingga timbulnya kejang, dan ensefalopati. Selain itu, perlu juga dilakukan penilaian terhadap fungsi nervus kranial lainnya.

e. Sistem Musculoskeletal

Biasanya pasien mengeluhkan nyeri pada otot atau persendian, terutama saat otot dan sendi perut ditekan, spastisitas serta rasa sakit pada kepala dan pegal-pegal di seluruh tubuh. Hal ini dapat menyebabkan gangguan pada rasa nyaman pasien.

2.2.2 Data Psikologis

1. Identitas diri

Kesadaran akan diri sendiri yang bersumber dari observasi dan penilaian diri sendiri

2. Peran diri

Seperangkat perilaku yang diharapkan secara sosial yang berhubungan dengan fungsi perilaku yang diharapkan secara sosial yang berhubungan dengan fungsi individu pada berbagai kelompok.

3. Ideal diri

Persepsi individu tentang bagaimana dia harus berperilaku berdasarkan standar, tujuan, keinginan, atau nilai pribadi

4. Data sosial

Pada aspek ini perlu dikaji pola komunikasi, hubungan sosial, gaya hidup, factor sosial kultural serta keadaan lingkungan sekitar rumah.

5. Data spiritual

Menyangkut agama serta aktifitas dan juga menyangkut keyakinan, penolakan, atau penerimaan terhadap penyakit.

2.2.3 Pola Aktivitas Sehari-hari

1. Pola nutrisi

Lakukan penilaian terhadap kebiasaan makan dan minum yang biasanya dikonsumsi setiap hari oleh klien. Perhatikan apakah ada pantangan tertentu

terkait jumlah makanan dan minuman, serta jenis makanan yang dikonsumsi dan frekuensinya dalam sehari. Pada pasien DBD, umumnya akan ditemukan perubahan dalam pola makan, yang seringkali menyebabkan asupan nutrisi kurang dari kebutuhan yang seharusnya.

2. Pola Eliminasi

Lakukan penilaian terhadap kebiasaan buang air besar (BAB) dan buang air kecil (BAK), termasuk frekuensi, jumlah, konsistensi, warna, serta masalah yang mungkin terkait dengan pola eliminasi. Pada pasien DBD, umumnya akan ditemukan gangguan pada pola eliminasi BAB, seperti diare atau konstipasi.

3. Pola personal hygiene

Penilaian terhadap kebiasaan mandi, menggosok gigi, mencuci rambut, dan memotong kuku, termasuk frekuensinya. Pada pasien DBD, biasanya dianjurkan untuk melakukan tirah baring, sehingga mereka memerlukan bantuan orang lain untuk melakukan aktivitas kebersihan diri.

4. Pola istirahat/Tidur

Lakukan penilaian terhadap kebiasaan tidur sehari-hari, termasuk durasi tidur siang dan malam, serta masalah yang berkaitan dengan pola tidur. Pada pasien DBD, seringkali ditemukan gangguan tidur yang disebabkan oleh gejala-gejala seperti nyeri otot, demam, dan lain-lain.

5. Pola aktivitas

Lakukan penilaian terhadap kebiasaan aktivitas yang dilakukan di lingkungan keluarga dan masyarakat, apakah dilakukan secara mandiri atau dengan

bantuan orang lain. Pada pasien DBD, biasanya dianjurkan untuk tirah baring, sehingga mereka memerlukan bantuan dalam aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL).

2.2.4 Pemeriksaan Penunjang

menurut (Lanjutan, 2020)

1. Pemeriksaan darah rutin mencakup Hemoglobin, hematokrit, leukosit, dan trombosit.
2. Pemeriksaan urine mencakup ureum dan kreatinin untuk mengevaluasi fungsi ginjal.
3. Pemeriksaan radiologi (rontgen) dilakukan sesuai dengan kondisi klinis pasien.

2.2.5 Terapi Medis

Merupakan pengobatan DBD yang diberikan berupa obat analgetik dan antibiotik. Cara obat yang diberikan ada yang melalui IV dan oral.

2.2.6 Diagnosa Keperawatan

Menurut (Grace Rehulina & IGA Dewi Purnamawati, 2024) Diagnosa keperawatan adalah suatu analisis klinis terhadap respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya, baik yang bersifat aktual maupun potensial. Tujuan dari diagnosa keperawatan adalah untuk mengidentifikasi respons klien, baik individu, keluarga, maupun komunitas, terhadap kondisi yang berkaitan dengan kesehatan. Beberapa diagnosa keperawatan yang sering ditemukan pada kasus DBD antara lain:

1. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (D.0130) Definisi: suhu tubuh meningkat diatas rentang normal tubuh.

Penyebab:

- a. Dehidrasi
- b. Terpapar lingkungan panas
- c. Proses penyakit (mis: infeksi, kanker)
- d. Ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan
- e. Peningkatan laju metabolisme
- f. Respon trauma
- g. Aktivitas berlebihan
- h. Penggunaan incubator

Gejala dan tanda mayor Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

- a. Suhu tubuh diatas normal
- b. Gejala dan tanda minor Subjektif (tidak tersedia)

Objektif

- a. Kulit merah
- b. Kejang
- c. Takikardi
- d. Takipnea
- e. Kulit terasa hangat

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)

Defisini pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan

kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

- a. Agen pencedera fisiologis (mia, inflamasi, iskemia, neoplasma)
- b. Agen pencedera kimiawi (mis, terbakar, bahan kimia iritan)
- c. Agen pencedera fisik (mis, abses, amputasi, terbakar, terpotong mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, Latihan fisik berlebihan)

Gejala dan tanda mayor Subjektif

- a. Mengeluh nyeri Objektif
- b. Tampak meringis
- c. Bersikap protektif (mis: waspada, posisi menghindari nyeri)
- d. Gelisah
- e. Frekuensi nadi meningkat
- f. Sulit tidur

Gejala dan tanda minor Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

- a. Tekanan darah meningkat
- b. Pola nafas berubah
- c. Nafsu makan berubah
- d. Proses berfikir terganggu
- e. Menarik diri
- f. Berfokus pada diri sendiri

g. Diafosis

3. Defisit nutrisi berhubungan dengan factor psikologis

Definisi: asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

Penyebab:

- a. Ketidakmampuan menelan makanan
- b. Ketidakmampuan mencerna makanan
- c. Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi
- d. Peningkatan kebutuhan metabolisme
- e. Faktor ekonomi (mis: finansial tidak mencukupi)
- f. Faktor psikologis (mis: stres, keengganan untuk makan)

Gejala dan tanda mayor:

Subjektif (tidak tersedia)

Objektif

- a. Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal
- b. Gejala dan tanda minor subjektif
- c. Cepat kenyang setelah makan
- d. Kram/ nyeri abdomen
- e. Nafsu makan menurun

4. Risiko syok berhubungan kekurangan volume cairan

Definisi : beresiko mengalami ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa.

- a. Faktor resiko
- b. Hipoksemia
- c. Hipoksia
- d. Hipotensi
- e. Kekurangan volume cairan
- f. Sepsis
- g. Sindrom respon inflamasi sistemik (systemic inflammatory response syndrome [RISE]).

2.2.7 Intervensi Keperawatan

Menurut (Grace Rehulina & IGA Dewi Purnamawati, 2024)

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Keperawatan	Intervensi Keperawatan	Rasional
1	Hipertermia (D.0130)	Termogulasi (L.14134) Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan termogulasi membaik dengan kriteria hasil:	Manajemen demam (I.12390) Observasi a) Identifikasi penyebab hipertermia (mis: dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator) b) Monitor suhu tubuh c) Monitor kadar elektrolit	Observasi a) Untuk mengetahui penyebab hipertermi. b) Untuk mengetahui kenaikan atau menurunnya suhu tubuh. c) Untuk mendeteksi dini

		a) Suhu tubuh menurun	d) Monitor haluaran urin	kekurangan
		b) Tanda-tanda vital dalam batas normal .	e) Monitor komplikasi akibat hipertermia	cairan dalam tubuh.
			Terapeutik	Terapeutik
			a) Sediakan lingkungan yang dingin	a) Untuk mengurangi demam.
			b) Longgarkan atau lepaskan pakaian	b) Untuk menurunkan suhu tubuh.
			c) Basahi dan kipasi permukaan tubuh	c) Untuk mengurangi suhu tubuh dan mencegah dehidrasi
			d) Berikan cairan oral	Edukasi
			e) Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih)	a) Agar mempercepat untuk sehat.
			f) Lakukan pendinginan eksternal (mis: selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila)	Kolaborasi
			g) Hindari pemberian antipiretik atau aspirin	a) Agar cepat membantu menurunkan suhu tubuh.
			h) Berikan oksigen, jika perlu	
			Edukasi	
			a) Anjurkan tirah baring	
			Kolaborasi	
			a) Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu	
2	Nyeri akut (D.0077)	(L.08066) Tingkat Nyeri Setelah dilakukan Tindakan	(1.0828) Manajemen nyeri Observasi	Observasi
			a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensitas	a) Untuk mengetahui lokasi nyeri, keadaan nyeri,

		keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan dapat teratasi dengan kriteria hasil :	nyeri.		waktu saat terasa nyeri.
		a) Keluhan nyeri menurun	b) Identifikasi skala nyeri.		b) Untuk mengetahui tingkat keadaan nyeri.
		b) Meringis berkurang	c) Identifikasi respon non verbal.		c) Untuk melihat perkembangan nyeri.
		c) Skala nyeri menurun	d) Identifikasi faktor memperberat dan memperingan nyeri.		d) Untuk mempercepat menurun nya rasa nyeri.
			Terapeutik		Terapeutik
			a) Berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (kompres dingin dan Tarik napas dalam).		a) Agar membantu mengurangi rasa nyeri
			Edukasi		Edukasi
			a) Ajarkan strategi nafas dalam		a) Agar pasien mampu menangani rasa nyeri.
			Kolaborasi		Kolaborasi
			Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu		a) Untuk meredakan nyeri.
3	Defisit Nutrisi (D.0019)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi teratasi dengan kriteria hasil :	(1.12395) Edukasi Nutrisi		Observasi
		a) Porsi makan yang	Observasi		a) Untuk mengetahui tingkat nafsu makan
			a) Identifikasi status nutrisi.		b) Untuk mengetahui porsi makan pasien
			b) Monitor asupan makan		Terapeutik
			Terapeutik		a) Untuk mencegah konstipasi
			a) Berikan makanan tinggi serat		
			Edukasi		
			b) Anjurkan makan sedikit tapi sering		

	Kolaborasi	Edukasi
dihabiskan		
meningkat	a) Kolaborasi dengan	a) Agar nutrisi
b) Frekuensi	ahli gizi untuk	tetap terpenuhi
makan	menentukan jumlah	Kolaborasi
membaik	kalori dan jenis	a) Membantu
c) Nafsu	nutrient yang	proses
makan	dibutuhkan, jika perlu	penyembuhan
membaik		pasien dengan
		menambahnya
		nafsu makan

4.	Resiko syok (D.0039)	(L.03032) Tingkat Syok	Pencegahan Observasi	Syok	Observasi
	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan resiko syok pada tubuh dapat teratasi dengan kriteria hasil :		a) Monitor respon kompherensif awal syok (mis tekanan darah normal, melemah, pucat/dingin pada kulit, kelemahan, kehausan)	adanya (mis nadi pada kelemahan, tanda reaksi alergi gatal-gatal, kemerahan pada gangguan saluran pencernaan)	a) Agar syok dapat ditangani sejak awal dan tidak mengakibatkan kematian b) Alergi dapat menimbulkan syok c) Agar penyebabnya diatasi dan terhindar dari syok
	a) Tidak terjadi penurunan tekanan nadi perifer b) Nadi tidak lemah c) Klien tidak tanpa pucat d) Klien tidak mengalami penurunan kesadaran		c) Monitor awal reaksi alergi (mis gatal-gatal, kemerahan pada gangguan saluran pencernaan) d) Monitor kemungkinan penyebab kehilangan cairan (mis, nyeri dada, luka, drainase, diare, muntah)		Terapeutik a) Agar klien bedrest dengan keadaan ruangan hangat tidak dingin Edukasi a) Agar klien tahu dan dapat menangani nya saat keadaan mendesak
			a) Berikan lingkungan yang nyaman		Kolaborasi a) Untuk memenuhi

b) Berikan cairan untuk tubuh Edukasi	kebutuhan cairan b) Edukasi c) Agar klien tampak nyaman
c) Jelaskan tanda dan penyebab resiko syok	d) Kolaborasi e) Sangat penting untuk mengurangi sesak nafas
d) Kolaborasi pemberian cairan IV	
e) Lakukan fisioterapi dada, jika perlu	
Edukasi	
a) Anjurkan asupan cairan 200 ml/hari, jika tidak ada kontraindikasi	
b) Ajarkan teknik batuk efektif	
Kolaborasi	
a) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspeltron, mukolitik, jika perlu, bau)	

2.2.8 Implementasi Keperawatan

Implementasi yang komprehensif adalah pelaksanaan dan perwujudan dari rencana yang telah disusun pada tahap perencanaan. Hal ini dapat terlaksana dengan baik jika didasarkan pada inti masalah, jenis tindakan atau pelaksanaan yang dapat dilakukan oleh perawat sendiri, kolaborasi antar sesama tim atau tim kesehatan lainnya, serta rujukan dari profesi lain (Wijaya & Putri, 2013).

2.2.9 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Evaluasi keperawatan dibagi menjadi dua (Nursalam, 2010) :

1. Evaluasi formatif : hasil observasi dan analisis perawat terhadap proses segera pada saat dan setelah dilakukan tindakan keperawatan.
2. Evaluasi sumatif : rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisis status Kesehatan sesuai waktu pada tujuan ditulis ada cat atan perkembangan

Evaluasi dilakukan dengan pendekatan SOAP, yang mencakup Subjektif (respon klien), Objektif (respon yang terukur), Analisis (untuk mengevaluasi masalah klien), Perencanaan (tindak lanjut), Implementasi (pelaksanaan tindakan), dan Reassessment (penilaian efektivitas perawatan dan pencapaian kebutuhan klien).

2.3 Konsep Hipertermia

2.3.1 Pengertian

Hipertermia adalah suhu tubuh meningkat di atas rentang normal tubuh (36,5-37,5°C) Hipertermia adalah keadaan Ketika individu mengalami atau beresiko mengalami kenaikan suhu tubuh $>37,5^{\circ}\text{C}$ (100°F) peroral atau $37,6^{\circ}\text{C}$ (101°F) per rektal yang bersifat menetap karena factor eksternal menurut (PPNI, 2017).

Hipertermi adalah kondisi di mana suhu tubuh meningkat akibat ketidakmampuan tubuh untuk mengeluarkan panas atau karena produksi panas yang berlebihan. Hal ini terjadi ketika mekanisme tubuh untuk mengatur kehilangan panas tidak dapat mengimbangi peningkatan produksi panas, sehingga

menyebabkan suhu tubuh menjadi tinggi.(Mardiana et al., 2024).

Kesimpulanya bahwa hipertermia merujuk pada kondisi di mana suhu tubuh seseorang meningkat di luar rentang normal (36,5–37,5°C), yakni lebih dari 37,5°C (100°F) secara oral atau 37,6°C (101°F) secara rektal. Kondisi ini dapat disebabkan oleh faktor eksternal, seperti paparan panas yang berkepanjangan. Suhu tubuh yang melebihi batas normal ini dapat berisiko menyebabkan kerusakan organ, termasuk kerusakan otak, dan bahkan kematian. Meskipun tubuh memiliki mekanisme untuk mengatur suhu, paparan terhadap panas yang berlebihan dapat meningkatkan aktivitas metabolisme dan kebutuhan oksigen pada jaringan, serta menyebabkan peningkatan suhu tubuh yang berbahaya atau hipertermi.

2.3.2 Penyebab

Hipertermia dapat disebabkan oleh beberapa hal menurut (PPNI, 2017) yaitu:

1. Dehidrasi.
2. Terpapar lingkungan panas.
3. Proses penyakit (misalnya infeksi, kanker).
4. Ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan.
5. Peningkatan laju metabolisme.
6. Respon trauma.
7. Aktivitas berlebihan.
8. Penggunaan incubator.

2.3.3 Tanda dan Gejala Hipertermia

Hipertermia terdiri dari gejala dan tanda gejala mayor serta gejala dan tanda

minor. Adapun gejala dan tanda gejala mayor, dan gejala minor menurut (PPNI, 2017) yaitu:

1. Gejala dan Tanda Mayor

Suhu tubuh diatas normal ($37,5^{\circ}\text{C}$). peningkatan suhu tubuh diatas kisaran normal hal ini berhubungan dengan adanya produksi panas yang berlebihan, produksi panas minimal, kehilangan panas minimal, atau kombinasi antara keduanya.

2. Gejala dan Tanda Minor

- a. Kulit kemerahan

Tanda dan hipertermia seperti kulit kemerah – merahan disebabkan karena adanya vasodilatasi pembuluh darah

- b. Kejang

Kejang merupakan suatu kondisi Dimana otot-otot tubuh berkontraksi secara tidak terkendali akibatnya peningkatan temperature yang tinggi

- c. Takikardia

Takikardia adalah suatu kondisi yang menggambarkan Dimana denyut jantung yang lebih cepat dari denyut jantung normal.

- d. Takipnea

Takipnea adalah suatu kondisi yang menggambarkan Dimana pernafasan yang cepat dan dangkal.

- e. Kulit terasa hangat

Kulit dapat terasa hangat terjadi karena adanya vasodilatasi pembuluh darah sehingga kulit terasa hangat

2.3.4 Penatalaksanaan Hipertermia

Penatalaksanaan hipertermia dapat dilakukan pemberian antipiretik (paracetamol, ibuprofen), pemasangan infus. Selain penanganan secara medis tindakan yang dapat dilakukan untuk menurunkan panas yaitu pemberian kompres (Piko et al., 2024).

1. Kompres air hangat

Kompres air hangat merupakan tindakan dengan menggunakan kain atau handuk yang telah di celupkan pada air hangat, dan di tempelkan pada bagian tubuh tertentu sehingga dapat memberikan rasa nyaman dan menurunkan suhu tubuh (Piko et al., 2024)

Mengompres dengan air hangat dapat menyebabkan pembuluh darah melebar, yang berdampak pada meningkatnya aliran darah. Peningkatan aliran darah ini membantu proses pembuangan panas dalam tubuh dengan lebih efisien. Ketika tubuh terpapar air hangat, mekanisme alami tubuh akan berusaha menyesuaikan suhu tubuh dengan cara mempercepat sirkulasi darah ke permukaan kulit. Hal ini memungkinkan panas yang terakumulasi di dalam tubuh untuk cepat dipindahkan dan dibuang ke udara sekitar, sehingga dapat membantu menurunkan suhu tubuh yang tinggi. Proses ini menjadi salah satu cara yang efektif dalam mengatur suhu tubuh dan mengurangi rasa panas atau demam.(Darurat et al., 2025). Dapat disimpulkan Kompres air hangat merupakan tindakan menggunakan kain atau handuk yang direndam dalam air hangat dan ditempelkan pada bagian tubuh tertentu. Tindakan ini bertujuan untuk memberikan rasa nyaman serta

menurunkan suhu tubuh. Kompres air hangat dapat menyebabkan pelebaran pembuluh darah, yang meningkatkan aliran darah. Hal ini mempermudah proses pengeluaran panas dari dalam tubuh, karena sirkulasi darah yang cepat membawa panas ke permukaan kulit untuk dibuang ke udara sekitar. Dengan demikian, kompres air hangat efektif dalam menurunkan suhu tubuh yang tinggi, mengurangi rasa panas, dan membantu mengatur suhu tubuh.

Adapun beberapa Langkah untuk mengompres dengan air hangat (Darurat et al., 2025):

- a. Siapkan air hangat
 - 1) Gunakan air dengan suhu 30-32 °C
 - 2) Pastikan suhu air tidak terlalu panas untuk menghindari luka bakar
- b. Siapkan kain atau handuk
 - 1) Celupkan kain atau handuk bersih kedalam air hangat.
 - 2) Peras kain atau handuk agar tidak terlalu basah, cukup lembap.
- c. Terapkan pada bagian tubuh yang tepat
 - 1) Tepelkan kompres pada dahi pasien dan kedua ketiak pasien.
 - 2) Lipatan tubuh memiliki pembuluh darah besar dan banyak kelenjar keringat yang membantu mempercepat vasodilatasi dan proses evaporasi panas tubuh.
- d. Durasi kompres
 - 1) Lakukan kompres selama 10 hingga 15 menit

- 2) Pastikan kompres tidak terlalu lama agar tidak menyebabkan ketidaknyamanan atau iritasi pada kulit.

e. Pemantauan selama proses

- 1) Periksa kenyamanan pasien selama kompres dan pastikan suhu air tetap stabil
- 2) Jika perlu, Ganti kompres dengan kain atau handuk yang baru dan basah.

f. Mengulang proses

Kompres dapat diulang beberapa kali sesuai dengan kebutuhan atau petunjuk medis untuk membantu menurunkan suhu tubuh atau meredakan nyeri.