

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Dasar DHF (*Dengue Hemoragic Fever*)

2.1.1 Pengertian DHF (*Dengue Hemorrhagic Fever*)

Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) penyakit yang disebabkan oleh infeksi virus *Dengue* yang memiliki gejala klinis demam tinggi secara mendadak tanpa sebab yang jelas, berlangsung terus menerus selama 2-7 hari, penderita merasa sakit kepala, nyeri di belakang bola mata, rasa pegal, nyeri pada otot, nyeri sendi, badan terasa lesu dan lemah terdapat ruam (tampak bercak-bercak merah) pada kulit terutama di tangan dan kaki, mual muntah, nafsu makan menurun dan apabila kondisinya cukup parah akan terjadi tanda tanda pendarahan sebagai komplikasi yang berupa epistaksis, petechie, pendarahan gusi, saluran cerna dan menorrhagia (Nurarif 2016).

Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) penyakit yang menyerang anak dan orang dewasa yang disebabkan oleh virus dengan manifestasi berupa demam akut, perdarahan, nyeri otot dan sendi. *Dengue* adalah suatu infeksi Arbovirus (*Artropod Born Virus*) yang akut ditularkan oleh nyamuk *Aedes Aegypti* atau oleh *Aedes Aebopictus* (Wijayaningsih 2017).

2.1.2 Etiologi

Penyakit DHF disebabkan oleh virus dengue dari kelompok *arbovirus* B yaitu *Athropad borne*. Atau virus yang disebabkan oleh Arthropoda. Virus ini termasuk *genus flavivirus*, Dari *famili flavividau*. Nyamuk *Aides* betina

biasanya terinfeksi virus *dengue* pada saat menghisap darah dari seseorang yang sedang pada tahap demam akut. Setelah melalui periode inkubasi ekstrinsik selama 8-10 hari. Kelenjar ludah Aedes akan menjadi terinfeksi dan virusnya akan ditularkan ketika nyamuk menggigit dan mengeluarkan cairan ludahnya kedalam luka gigitan ke tubuh orang lain. Setelah masa inkubasi instrinsik selama 3-14 hari timbul gejala awal penyakit secara mendadak yang ditandai dengan demam, pusing, nyeri otot, hilangnya nafsu makan dan berbagai tanda nonspesifik seperti mual (mualmual), muntah dan rash (ruam kulit) biasanya muncul pada saat atau persis sebelum gejala awal penyakit tampak dan berlangsung selama 5 hari setelah dimulai penyakit, saat-saat tersebut merupakan masa kritis dimana penderita dalam masa inefektif untuk nyamuk yang berperan dalam siklus penularan. (Widoyono 2017).

2.1.3 Patofisiologi

Virus *dengue* masuk ke dalam peredaran darah dan menginvasi leukosit untuk bereplikasi. manusia akan berstatus infeksius selama 6–7 hari setelah digigit nyamuk (Murwani 2018). Trombositopenia sering terjadi perdarahan. Kulit yang baik seperti petekia atau perdarahan mukosa di mulut. menyebabkan kehilangan kemampuan tubuh untuk melakukan mekanisme pembekuan darah yang berjalan normal.

Jika perdarahan tidak diobati, dapat menyebabkan syok. Masa Virus dengue biasanya memerlukan waktu 3-15 hari untuk berkembang, dengan rata-rata 5-8 hari. Virus akan masuk ke dalam tubuh melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti*.

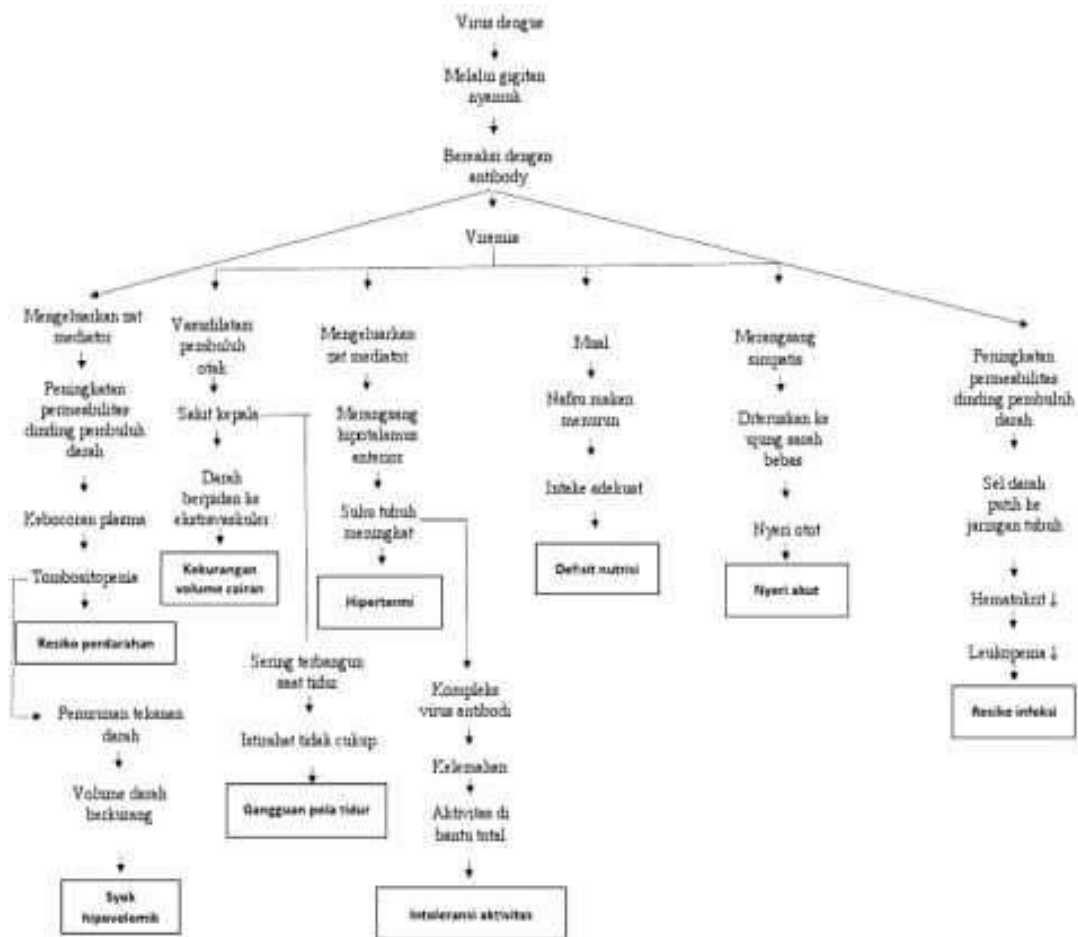
yang pertama terjadi viremia yang membuat penderita mengalami demam. sakit kepala, mual, nyeri otot yang terasa kaku di seluruh tubuh, dan munculnya ruam atau bintik-bintik pada kulit bintik-bintik merah pada, hiperemia tenggorokan, dan hal lain yang terkait.mungkin timbulnya pembengkakan kelenjar getah bening, pembesaran hati atau hepatomegali (Murwani 2018).

Lalu virus bereaksi dengan antibodi dan 'bentuklah organisme baru. Antibody kompleks dinding kapiler yang menyebabkan plasma membesar ke dalam ruang Luar sel. Peningkatan jumlah plasma ke ruang di luar sel menyebabkan" Ketika tubuh kekurangan volume plasma, maka tekanan darah rendah, peningkatan konsentrasi darah, dan gangguan sirkulasi darah dapat terjadi. hipoproteinemia, efusi, dan renjatan atau syok. Hemokonsentrasi atau Peningkatan hematokrit sebesar lebih dari 20% menunjukkan atau menggambarkan keberadaan ' Kebocoran atau kebocoran yang membuat hematokrit menjadi faktor penting(Murwani 2018).

Bukti bahwa plasma bocor ke daerah di luar pembuluh darah dapat dilihat dari temuan cairan yang terakumulasi di rongga serosa, seperti rongga perut, pleura, dan perikardium, yang jumlahnya lebih banyak daripada cairan yang diinfuskan. Oleh karena itu, pemberian cairan intravena harus dikurangi baik dari segi kecepatan maupun jumlahnya untuk mencegah terjadinya edema paru dan gagal jantung. jika pasien tidak mendapat cairan yang cukup, dia akan mengalami kekurangan cairan yang dapat menyebabkan kondisi yang buruk bahkan bisa mengalami renjatan. Jika terjadi renjatan atau hipovolemik dalam

waktu yang lama, akan menyebabkan kekurangan oksigen pada jaringan, asidosis metabolik, dan berpotensi menyebabkan kematian (Murwani 2018).

1 Pathway



2.1.4 Tanda dan Gejala

Menurut WHO DHF dibagi dalam 4 derajat yaitu :

- a. Derajat I : Demam disertai gejala klinik khas dan satu-satunya manifestasi perdarahan dalam uji tourniquet positif, trombositopenia, himokonsentrasi.
- b. Derajat II : Derajat I disertai dengan perdarahan spontan pada kulit atau tempat lain.
- c. Derajat III : Ditemukannya kegagalan sirkulasi, ditandai oleh nadi cepat dan lemah, tekanan darah turun (20 mm Hg) atau hipotensi disertai dengan kulit dingin dan gelisah.
- d. Derajat IV : Kegagalan sirkulasi, nadi tidak teraba dan tekanan darah tidak terukur

Manifestasi klinis pada penderita DHF antara lain adalah (Nurarif & Kusuma 2015) :

- a. Demam dengue Merupakan penyakit demam akut selama 2-7 hari, ditandai dengan dua atau lebih manifestasi klinis sebagai berikut:
 - 1) Nyeri kepala
 - 2) Myalgia atau arthralgia
 - 3) Ruam kulit
 - 4) Manifestasi pendarahan seperti peteki atau uji banding
 - 5) Leukopenia
 - 6) Pemeriksaan serologi dengue positif atau di temukan DHF/DBD yang sudah di konfirmasi

b. Demam berdarah dengue Berdasarkan kriteria WHO 2016 diagnosis DHF

ditegakkan bila semua hal dibawah ini dipenuhi :

- 1) Demam atau riwayat demam akut antara 2-7 hari, biasanya bersifat bifastik
- 2) Manifestasi perdarahan yang berupa :
 - (a) Uji tourniquet positif
 - (b) Petekie, ekimosis, atau purpura
 - (c) Petekie, ekimosis, atau purpura
 - (d) Hematemesis atau melena
- 3) Trombositopenia $< 100.00/\mu\text{l}$
- 4) Kebocoran plasma yang ditandai dengan
- 5) Tanda kebocoran plasma seperti : hipoproteinemi, asites, efusi pleura

2.1.5 Komplikasi

Komplikasi demam berdarah terjadi akibat jumlah keping darah yang sangat rendah atau kebocoran pembuluh darah yang parah. Akibatnya, cairan dari darah keluar ke jaringan atau rongga tubuh. Kondisi ini dapat menyebabkan:

- a. Efusi pleura atau penumpukan cairan pada rongga dada
- b. Asites atau penumpukan cairan pada rongga perut atau perut
- c. Perdarahan hebat
- d. Organ vital tubuh tidak mendapatkan aliran darah (syok) atau *dengue shock syndrome*.

Demam berdarah yang tidak tertangani dapat menimbulkan komplikasi serius berupa *dengue shock syndrome* (DSS). Kondisi ini ditandai dengan:

- a. Tekanan darah menurun
- b. Kulit basah dan terasa dingin
- c. Napas tidak beraturan
- d. Mulut kering
- e. Denyut nadi lemah
- f. Jumlah urine menurun

Pada kondisi ini, aliran darah ke seluruh jaringan tubuh akan menurun sehingga terjadi kekurangan oksigen (hipoksia). Hal ini dapat menyebabkan kejang; kerusakan pada hati, jantung, otak, dan paru-paru; penggumpalan darah; hingga kematian. Dengue Fever Healthline (2021).

2.2.7 Penatalaksanaan

- a. Farmakologi

Pengobatan trombositopenia tergantung pada penyebab, jumlah trombosit, dan perjalanan penyakit akut atau kronis. Berikut penjelasannya.

1. Kalau trombositopenia penyebabnya adalah efek samping dari obat, dokter akan mengubah atau menghentikan penggunaan obat jika diperlukan..
2. Kalau trombositopenia penyebabnya adalah virus, dokter akan meresepkan obat antivirus jika perlu. Beberapa infeksi virus, seperti DBD, tidak perlu obat antivirus dan hanya membutuhkan asupan cairan yang mencukupi
3. Kalau trombositopenia penyebabnya adalah berkepanjangan, dokter akan meminta pasien untuk berhenti minum.

4. Kalau trombositopenia penyebabnya adalah penyakit autoimun seperti ITP, pengobatan yaitu menggunakan kortikosteroid.
5. Perdarahan serius, seperti pendarahan pada otak, menempatkan risiko jumlah alkoholisme yang trombosit kurang dari 10.000 hingga 20.000 per mikroliter darah. Oleh karena itu, jika trombosit sangat rendah, atau jika pengobatan untuk mengobati penyebabnya tidak memberikan hasil yang memuaskan, dokter akan meningkatkan jumlah trombosit dengan beberapa cara:
 - a) Obat eltrombopag
 - b) Transfusi trombosit
 - c) Operasi pengangkatan organ limpa
 - d) Tindakan plasmaferesis
- b. Non farmakologis

Penelitian mengenai pemberian buah kurma terhadap kadar trombosit pernah dilakukan oleh mushlih, dalam penelitiannya disimpulkan bahwa buah kurma mempunyai pengaruh signifikan terhadap peningkatan jumlah trombosit pada penderita DHF, Persentase Rata-rata peningkatan kadar trombosit perhari dengan pemberian kurma yaitu sebesar 23,90% (Miftahul Mushlih dkk, 2016).

Buah Kurma dapat di konsumsi dalam bentuk jus kurma, komposisi nutrisi kompleks yang terdapat pada nuah kurma akan dapat bermanfaat dalam menurunkan kekentalan darah, penambahan protein yang hilang

karena infeksi virus DBD serta dapat menambah daya tahan tubuh karena terdapat banyak vitamin dan mineral (Nurma Heny, 2015).

Konsumsi jus kurma dapat meningkatkan kadar trombosit karena jus kurma mengandung sejumlah polisakarida penting seperti rhamnosa, arabinosa, xilosa, manosa, galaktosa dan glukosa merupakan bahan pembentukan granula trombosit pada megakariosit di sumsum tulang (Miftahul Mushlih dkk, 2016).

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Dengue Hemoragic Fever*

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan pengumpulan informasi subjektif dan objektif, dan peninjauan informasi riwayat pasien pada rekam medik. Informasi subjektif, misalnya dengan wawancara pasien/ keluarga.

a. Identitas Klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, alamat, nomor rekam medis, diagnosis medis.

b. Riwayat Keperawatan

1. Keluhan Utama

Didapatkan adanya demam tinggi dan mendadak, perdarahan (petekie, ekimosis, purpura pada ekstremitas atas, dada, epistaksis, perdarahan gusi), kadangkadang disertai kejang dan penurunan kesadaran.

2. Riwayat Penyakit Sekarang

Didapatkan adanya keluhan panas mendadak yang disertai menggigil dan saat demam kesadaran komposmentis. Turunnya panas terjadi pada hari ke

3 dan ke 7, dan anak semakin lema. Kadang-kadang disertai dengan keluhan batuk pilek, nyeri telan, mual, muntah, anoreksia, diare/konstipasi, sakit kepala, nyeri otot dan persendian, nyeri ulu hati dan pergerakan bola mata terasa pegal, serta adanya manifestasi perdarahan pada kulit, gusi, melena atau hematemesis.

3. Riwayat Penyakit Dahulu

Pada penyakit DHF bisa mendapat serangan ulang dengan tipe yang berbeda

4. Riwayat kesehatan keluarga

Apakah ada keluarga yang sebelumnya terserang DHF.

5. Riwayat Kesehatan Lingkungan

Apakah lingkungan tempat tinggal sedang terserang wabah DHF. Sering terjadi di daerah yang penduduknya dan lingkungan yang kurang bersih (seperti air yang menggenang dan gantungan baju di kamar).

c. Pemeriksaan fisik

1. Keadaan Umum dan tanda – tanda vital Adanya penurunan kesadaran, kejang dan kelemahan; suhu tubuh tinggi; nadi cepat, lemah, kecil sampai tidak teraba; sesak nafas; tekanan darah menurun (sistolik menurun sampai 80 mmHg atau kurang).

2. Sistem Tubuh

a) Pernapasan

Anamnesis: jarang terdapat gangguan pada sistem pernapasan kecuali bila batuk sering disertai keluhan sesak napas sehingga

memerlukan pemasangan oksigen. Pemeriksaan fisik: kadang terdapat batuk dan pharingitis karena demam yang tinggi, terdapat suara napas tambahan (ronchi; wheezing), napas dangkal dan cepat disertai penurunan kesadaran.

b) Kardiovaskuler

Anamnesis: keluhan mendadak demam tinggi 2 – 7 hari, mengeluh badan terasa lemah, pusing, mual, muntah; derajat 3 dan 4 orang tua / keluarga melaporkan pasien mengalami penurunan kesadaran, gelisah dan kejang. Pemeriksaan fisik: terdapat petekie, purpura, ekimosis, dan perdarahan konjungtiva, kulit dingin pada daerah akral, nadi cepat, hipotensi, sakit kepala, menurunnya volume plasma, meningginya permeabilitas dinding pembuluh darah, trombositopenia dan diatesis hemorrhagic, syok, nadi tidak teraba dan tekanan darah tidak dapat diukur. Kuku sianosis atau tidak, jika ada menandakan sirkulasi tidak lancar disebabkan kebutuhan CO₂ tidak terpenuhi. Pada Derajat III kegagalan sirkulasi :nadi cepat dan lemah, hipotensi, derajat IV renjatan berat, denyut nadi dan tekanan darah tidak dapat diukur, epitaksis, hemoptisis, ekimosis, purpura, perdarahan gusi, hematemesis, dan melena, terdapat sianosis di sekitar mulut dan kulit ujung jari; hidung, telinga, dan kaki pada grade IV (CITATION mar16 \l1057)

c) Persarafan

Anamnesis: pasien gelisah, cengeng dan rewel karena demam tinggi, terjadi penurunan tingkat kesadaran. Pemeriksaan fisik: konjungtiva

mengalami perdarahan, penurunan tingkat kesadaran, gelisah, GCS menurun, pupil miosis atau midriasis, reflek fisiologis atau patologis sering terjadi.

d) Perkemihan – Eliminasi Urinaria

Anamnesis: kencing sedikit bahkan tidak ada kencing.

Pemeriksaan fisik: Produksi urin menurun (oliguria sampai anuria), warna berubah pekat dan berwarna coklat tua

e) Pencernaan – Eliminasi Fekal Anamnesis:

Anamnesis : mual dan muntah / tidak ada nafsu makan, haus, sakit menelan, nyeri tekan ulu hati, konstipasi. Pemeriksaan fisik: mukosa mulut kering, hiperemia tenggorokan, terdapat pembesaran hati dan nyeri tekan, sakit menelan, pembesaran limfe, nyeri tekan epigastrium, hematemesis dan melena.

f) Muskuloskeletal

Anamnesis: mengeluh nyeri otot, persendian dan punggung, pegal seluruh tubuh, mengeluh wajah memerah, kekakuan otot / kelemahan otot dan tulang akibat kejang atau tirah baring lama. Pemeriksaan fisik: nyeri pada sendi, otot, punggung dan kepala; kulit terasa panas, wajah terlihat merah dapat disertai tanda kesakitan, bahkan pasien mengalami parese atau kekakuan bahkan kelumpuhan.

3. Pola fungsi kesehatan

Pola fungsi kesehatan pada diagnosa DHF (Vikri, 2019), antara lain:

a.) Pemeliharaan dan persepsi terhadap kesehatan:

(1) Apakah saat sakit pasien akan minum obat dan pergi ke petugas Kesehatan terdekat?

(2) Apakah menurut pasien kesehatan itu penting?

b). Nutrisi/ metabolik:

(1) Setelah masuk rumah sakit pasien mengalami mual dan muntah

(2) Menilai apakah pasien mengalami perubahan porsi dan nafsu makan sebelum dan setelah sakit?

(3) Menilai bagaimana konsumsi makanan dan cairan pasien setelah sakit

c) Pola eliminasi

Pasien DHF dapat mengalami buang air besar encer

d) Pola aktivitas dan latihan

(1) Menilai apakah pasien mampu melakukan aktivitas dan latihan seperti perawatan diri, makan, mandi, toileting, berpakaian, mobilisasi, dan berpindah secara mandiri atau dibantu.

(2) Pasien mengatakan tidak mampu melakukan aktivitas

e) Pola tidur dan istirahat

(1) Menilai frekuensi dan durasi periode istirahat dan tidur pasien sebelum dan setelah sakit

(2) Apakah ada masalah yang dirasakan saat tidur?

f) Pola kognitif-perseptual

Berdasarkan pada kasus Pasien merasa nyeri pada punggung dan tulang yang hilang timbul

g) Pola persepsi diri/konsep diri

Menanyakan pada pasien selama sakit apakah ada perubahan peran, harga diri, gambaran diri, ideal diri dan identitas diri.

h) Pola manajemen koping stress

Menilai apakah pasien mengungkapkan keluhan yang dirasakan baik pada petugas kesehatan maupun keluarga

i) Pola keyakinan-nilai

Menilai apakah pasien mampu melakukan persembahyangan selama sakit atau hanya berdoa di tempat tidur

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang mungkin ada dalam penyakit DHF
(PPNI,2016)

b. hipovolemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler
(D.0023)

c. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi (D.0130)

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

e. Resiko perdarahan berhubungan dengan Gangguan koagulasi
(misalnya trombositopenia) (D.0012)

f. Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan
(D.0019)

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 1 Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosa	SLKI	SIKI	RASIONAL
1.	Hipovolemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler (D.0023)	Status cairan membaik (L.03028) Kriteria hasil untuk membuktikan bahwa status cairan membaik adalah: 1. Kekuatan nadi meningkat 2. Output urin meningkat 3. Membran mukosa lembab meningkat 4. Ortopnea menurun 5. Dispnea menurun 6. Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND) menurun 7. Edema anasarka menurun 8. Edema perifer menurun 9. 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 3. Berikan asupan cairan oral	• Untuk memastikan status kardiopulmonal frekuensi, kekuatan nadi, dan frekuensi napas • Agar mengetahui pemenuhan status oksigen • Untuk mengetahui Tingkat kesadaran dan respon dari pupil • Untuk mengetahui apakah seluruh permukaan tubuh terdapat DOTS

	10. Tekanan darah membaik	Edukasi	• Untuk mempertahankan jalan
	11. Turgor kulit membaik	1. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral	napas
	12. Jugular venous pressure membaik	2. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak	
	13. Hemoglobin 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 (albumin, plasmanate)	
		4. Kolaborasi pemberian produk darah	
2. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (D.0130)	Termoregulasi membaik diberi (L.14134)	Manajemen hipertermi (I.15506)	Observasi

Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka termoregulasi membaik, dengan kriteria hasil :	• Identifikasi penyebab hipertermia (mis: dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator) • Monitor suhu tubuh • Monitor kadar elektrolit • Monitor haluaran urin • Monitor komplikasi akibat hipertermia	• Agar mengetahui penyebab terjadinya hipertermi • Untuk mengetahui penurunan atau kenaikan suhu tubuh • Untuk mengetahui kadar elektrolit • Untuk mengetahui volume urine yang keluar • Untuk mengetahui adanya hipertermi • Untuk memberikan lingkungan yang nyaman • Untuk membantu penurunan suhu tubuh • Untuk menurunkan suhu tubuh • Agar kebutuhan cairan pasien tetap terjaga
1. Menggigil menurun		
2. Suhu tubuh membaik		
3. Suhu kulit membaik		
	Terapeutik	
	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 hyperhidrosis (keringat berlebih) 6. Lakukan pendinginan eksternal (mis: selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila) 7. Hindari pemberian antipiretik atau aspirin 8. Berikan oksigen, jika perlu	

			Edukasi	• Untuk menurunkan kehilangan panas melalui evaporasi
			1. Anjurkan tirah baring	
			Kolaborasi	• Agar suhu permukaan tubuh tetap hangat dandingin • komplikasi akibat • Untuk menghindari terjadinya komplikasi • Untuk memenuhi kebutuhan oksigen • Untuk menghindari terjadinya luka
			1. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu	
3. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)	Tingkat nyeri menurun diberi (L.08066)	Manajemen nyeri (I.08238)	Observasi	• Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi dan kualitas nyeri. • Agar dapat mengetahui skala nyeri yang di rasakan
	Kriteria hasil untuk membuktikan bahwa tingkat nyeri menurun adalah :		• Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	
	1. Keluhan nyeri menurun			
	2. Meringis menurun			

3. Sikap protektif menurun	• Identifikasi skala nyeri	• Agar mengetahui respon non verbal dengan baik
4. Gelisah menurun	• Identifikasi respon nyeri non verbal	• Agar mengetahui factor yang memperberat dan memperingan nyeri
5. Kesulitan tidur menurun		
6. Frekuensi nadi membaik	• Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri • Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri	• Agar mengetahui pengetahuan dan keyakinan nyeri • Agar dapat mengetahui budaya dapat mempengaruhi nyeri • Untuk mengetahui apakah nyeri dapat mempengaruhi kualitas hidup
	1. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri	• Agar dapat mengetahui keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan • Untuk mengetahui efek samping dari obat
	2. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup	• Untuk mengurangi nyeri seperti melakukan hypnosis, akupresur dan terapi music
	3. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan	• Agar mengetahui lingkungan yang memperberat rasa nyeri

-
4. Monitor efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik

1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
3. Fasilitasi istirahat dan tidur
Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri
4. dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

- Fasilitasi istirahat dan tidur agar merasa nyaman
- Agar mempertimbang jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi
- Untuk mengetahui penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- Agar mengetahui strategi meredakan nyeri
- Untuk memonitor nyeri rasa mandiri
- Agar mengetahui menggunakan analgesic
- Untuk mengetahui cara menangani nyeri dengan cara farmakologi

		1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 5. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri	
		Kolaborasi Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	
4. Nausea berhubungan dengan disten lambung (D.0076)	Tingkat nausea menurun (L.08065) Kriteria hasil untuk membuktikan bahwa tingkat nausea menurun adalah: 1. Perasaan ingin muntah menurun	Manajemen mual (I.03117). Observasi • Identifikasi pengalaman mual • Identifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan (mis: bayi, anak-anak, dan mereka yang tidak dapat	• Untuk mengetahui pengalaman mual yang pernah di derita • agar mengetahui isarat ketidaknyamanan. • Untuk mengetahui dampak mual dan kualitas hidup seperti nafsu makan aktivitas, kinerja

	berkomunikasi secara efektif)	• Agar mengetahui faktor penyebab terjadinya mual dalam pengobatan • Untuk mengetahui cara mencegah mual dengan antimietik • Agar mengetahui frekuensi mual • Untuk mengendalikan faktor lingkungan penyebab terjadinya mual • Mengetahui penyebab kehilangan dan keadaan mual • Agar makanan yang di hidangkan menambah nafsu makan • Untuk memberikan makanan lunak supaya mudah di cerna • Agar istirahat tercukupi • Untuk terlihat bersih • Agar zat gizi tercukupi
	• Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis: nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran, dan tidur) • Identifikasi faktor penyebab mual (mis: pengobatan dan prosedur) • Identifikasi antiemetik untuk mencegah mual (kecuali mual pada kehamilan) • Monitor mual (mis: frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan)	
	Terapeutik	
	• Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (mis: bau tidak sedap, suara, dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan) • Kurangi atau hilangkan	
	keadaan penyebab mual	

(mis: kecemasan, ketakutan, kelelahan)

- Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik
- Berikan makanan dingin, cairan bening, tidak berbau, dan tidak berwarna, jika perlu

- Untuk mengetahui penggunaan Teknik farmakologis untuk mengatasi mual
- untuk memberikan obat antimetik jika di perluka

Edukasi

- Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup
 - Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual
 - Anjurkan makanan tinggi karbohidrat, dan rendah lemak
 - Ajarkan penggunaan teknik non farmakologis untuk mengatasi mual (mis: biofeedback, hipnosis, relaksasi, terapi musik, akupresur)
-

			Kolaborasi		
				Kolaborasi pemberian obat antiemetik, jika perlu	
5.	Resiko Gangguan (misalnya trombositopenia) (D.0012)	perdarahan koagulasi	Tingkat perdarahan menurun diberi kode L.02017	pencegahan perdarahan (I.02067)	
			Kriteria hasil	Observasi	
			untuk membuktikan bahwa tingkat perdarahan menurun adalah:	- Monitor tanda dan gejala perdarahan - Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah - Monitor tanda-tanda vital ortostatik - Monitor koagulasi (mis: prothrombin time (PT), partial thromboplastin time (PTT), fibrinogen, degradasi fibrin dan/atau platelet)	- Untuk mengetahui tanda dan gejala hipertermi - Agar mengetahui nilai hematokrin sebelum dan setelah kehilangan darah - Mengetahui tanda-tanda ortostatik - Untuk mengetahui koagulasi (mis: prothrombin time (PT), partial thromboplastin time (PTT), fibrinogen, degradasi fibrin)
			- Membran mukosa lembab meningkat - Kelembaban kulit meningkat - Hemoptisis menurun - Hematemesis menurun - Hematuria menurun - Hemoglobin membaik - Hematokrit membaik	Terapeutik	

	• Pertahankan bed rest selama perdarahan • Batasi tindakan invasive, jika perlu • Gunakan kasur pencegah decubitus • Hindari pengukuran suhu rektal	• Untuk mempertahankan kondisi pasien • Untuk membatasi Tindakan invasive • Untuk mencegah terjadinya decubitus • Agar mengetahui tanda dan gejala pendarahan
	Edukasi • Jelaskan tanda dan gejala perdarahan • Anjurkan menggunakan kaus kaki saat ambulasi • Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi • Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan • Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K	• Untuk selalu menggunakan kaus kaki saat ambulansi • Untuk selalu mengonsumsi makanan dalam bentuk cairan agar tidak terjadi konstipasi • Agar menghindari aspirin atau antikoagulan • Untuk meningkatkan asupan makanan dan vitamin K • Agar segera melapor jika terjadi perdarahan • Untuk pemberian obat pengontrol perdarahan

		Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan	Untuk pemberian penghentian darah
		Kolaborasi - Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu - Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu - Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu	
6. Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan (D.0019)	Status nutrisi membaik diberi kode L.03030 Kriteria hasil Untuk membuktikan bahwa status nutrisi membaik adalah: - Porsi makan yang dihabiskan meningkat - Berat badan membaik - Indeks massa tubuh (IMT) membaik	manajemen nutrisi (I.03119). Observasi - Identifikasi status nutrisi - Identifikasi alergi dan intoleransi makanan - Identifikasi makanan yang disukai - Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient	- Untuk mengetahui status nutrisi - Untuk mengetahui alergi dan intoleransi makanan - Untuk mengetahui makanan yang disukai

	• Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric • Monitor asupan makanan • Monitor berat badan • Monitor hasil pemeriksaan laboratorium	• Untuk mengetahui kebutuhan kalori dan jenis nutrient • Untuk mengetahui perlunya penggunaan selang nasogastric • Untuk mengontrol asupan makanan
	Terapeutik	
	• Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu • Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida makanan) • Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai • Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi • Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein	• Untuk mengontrol berat badan • Untuk mengetahui hasil pemeriksaan laboratorium • Untuk menjaga kebersihan sebelum makan • Untuk mencegah kesalahan dan membantu menentukan pedoman diet • Untuk meningkatkan napsu makan

	• Berikan suplemen makanan, jika perlu • Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastik jika asupan oral dapat ditoleransi	• Untuk mencegah konstipasi • Untuk memenuhi kalori dan protein • Untuk membantu meningkatkan napsu makan
	Edukasi • Ajarkan posisi duduk, jika mampu • Ajarkan diet yang diprogramkan	• Untuk mencegah ketergantungan • Agar dapat duduk saat makan
	Kolaborasi • Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu • Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu	• Agar kebutuhan yang sudah diprogramkan terpenuhi • Untuk mengurangi hambatan saat makan • Untuk mengetahui dan menentukan program sesuai kebutuhan

7.	Intoleransi berhubungan dengan kelemahan (D.0056)	aktifitas dengan	Toleransi aktivitas meningkat (L.05047)	Manajemen energi (I.05178).
			Kriteria hasil untuk membuktikan bahwa toleransi aktivitas meningkat adalah: 1. Keluhan Lelah menurun 2. Dispnea saat aktivitas menurun 3. Dispnea setelah aktivitas menurun 4. Frekuensi nadi membaik	Observasi • Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan • Monitor kelelahan fisik dan emosional • Monitor pola dan jam tidur • Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik • Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) • Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif • Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan • Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak
				• Untuk mengetahui gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan • Untuk mengetahui kelelahan fisik dan emosional yang dialami • Untuk mengetahui pola dan jam tidur • Untuk mengetahui lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas • Untuk menjaga ketenangan • Untuk membantu peregangan tubuh • Untuk melatih ketenangan • Untuk memudahkan bergerak ke tempat lain • Sebagai pemulihan energi • Untuk mencegah kelelahan yang berlebih

			dapat berpindah atau berjalan			• Untuk membantu dan mencegah kelelahan • Untuk memandirikan pasien dalam mencegah kelelahan • Untuk membuat program Bersama tentang meningkatkan asupan makanan
			Edukasi • Anjurkan tirah baring • Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap • Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang • Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan			
			Kolaborasi • Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan			
8.	Resiko perfusi perifer (D.0017)	Perfusi serebral meningkat diberi kode L.02014	Manajemen peningkatan tekanan intracranial		Observasi	

Kriteria hasil untuk membuktikan bahwa perfusi renal meningkat adalah:	Observasi	
1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Sakit kepala menurun 3. Gelisah menurun 4. Tekanan arteri rata-rata (<u>mean arterial pressure/MAP</u>) membaik 5. Tekanan intra kranial membaik	• Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) • Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) • Monitor MAP (mean arterial pressure) (LIHAT: Kalkulator MAP) • Monitor CVP (central venous pressure) • Monitor PAWP, jika perlu • Monitor PAP, jika perlu • Monitor ICP (intra cranial pressure) • Monitor gelombang ICP	• Untuk mengetahui penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) • Agar mengetahui tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) • Agar mengetahui MAP (mean arterial pressure) (LIHAT: Kalkulator MAP) • Untuk mengetahui Monitor CVP (central venous pressure) • Untuk mengetahui Monitor PAWP, jika perlu • Untuk Monitor PAP, jika perlu • Agar mengetahui Monitor ICP (intra cranial pressure)

	• Monitor status pernapasan • Monitor intake dan output cairan • Monitor cairan serebro-spinalis (mis. Warna, konsistensi)	• Agar mengetahui Monitor status pernapasan • Untuk mengetahui intake dan output cairan • Untuk mengetahui stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang
	Terapeutik	
	• Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang • Berikan posisi semi fowler • Hindari manuver valsava • Cegah terjadinya kejang • Hindari penggunaan PEEP • Hindari pemberian cairan IV hipotonik • Atur ventilator agar PaCO₂ optimal • Pertahankan suhu tubuh normal	• Agar merasa nyaman • Untuk mengetahui Hindari manuver valsava • Untuk mencegah terjadinya kejang • Agar menghindari p • Untuk mengatur Atur ventilator agar PaCO₂ optimal • Untuk mempertahankan suhu tubuh normal • Untuk pemberian sedasi • Agar memberikan diuretik jika diperlukan • Untuk pemberian pelunak tinja

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu
- Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu
- Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang di hadapi kedalam suatu kasus kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Dalam pelaksanaan implementasi meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan dan menilai data yang baru (Ilmi dkk, 2019)

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahapan akhir yang ada di dalam proses keperawatan dimana tujuan dari evaluasi adalah untuk menilai apakah Tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau tidak. Untuk mengatasi suatu masalah dari klien pada tahap evaluasi ini perawat dapat mengetahui seberapa jauh diagnose keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaan sudah tercapai yang telah dilakukan oleh perawat (Ilmi dkk, 2019).

2.3. Resiko Perdarahan

2.3.1 Definisi Resiko Pendarahan

Risiko perdarahan adalah kemungkinan terjadinya kehilangan darah baik secara internal maupun eksternal. Kehilangan darah yang terjadi secara internal dapat disebabkan oleh berbagai kondisi seperti trauma pada organ dalam, luka pada pembuluh darah, atau gangguan koagulasi darah. Sedangkan perdarahan eksternal dapat terjadi akibat luka terbuka pada kulit atau jaringan lunak, pendarahan menstruasi yang berlebihan, atau pembedahan(D.0012 Risiko perdarahan SDKI).

2.3.2. Faktor Penyebab SDKI

Untuk dapat mengangkat diagnosis risiko perdarahan, Perawat harus memastikan bahwa salah satu dari risiko dibawah ini muncul pada pasien, yaitu:

1. Aneurisma
2. Gangguan gastrointestinal (misalnya ulkus lambung, polip, varises)
3. Gangguan fungsi hati (misalnya sirosis hepatitis)
4. Komplikasi kehamilan (misalnya ketuban pecah sebelum waktunya)
5. Komplikasi pasca partum (misalnya atoni uterus, retensi plasenta)
6. Gangguan koagulasi (misalnya trombositopenia)
7. Efek agen farmakologis
8. Tindakan pembedahan
9. Trauma
10. Kurang terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan
11. Proses keganasan

2.3.3. Kondisi Kinis terkait

1. Aneurisma
2. Kuagolapatif intravaskuler desiminta
3. Sirosis hevatitis
4. Ulkus lambung
5. Varises
6. Trombositipena

2.3.4 Pentalaksanaan Resiko Perdarahan berdasarkan Jurnal

Resiko Pendarahan dapat di obati dengan beberapa pengobatan Farmakologis dan non Farmakologis, farmakologis bisa saja berkolaborasi dengan dokter dengan pemberian cairan isotonik secara intravena, seperti (NaCl 0,9%), ringer laktat, dan antibiotik yaitu Amoxicillin dan Ampicillin. Penatalaksanaan non farmakologis nya yaitu dengan cara pemberian jus kurma, jus jambu biji merah, batang tanam jarak Pengungkapan yang tidak bisa membedakan apakah muncul seseorang tersebut menderita dengue ringan atau berat. Oleh karena itu, memantau terhadap tanda bahaya yang sangat serius hal ini sangat penting untuk dilakukan agar dapat memantau perkembangan penyakit menuju fase kritis. Salah satu penatalaksanaan non farmakologi yaitu pemberian jus kurma.

Pada penderita dengue hemoragic fever dapat mengonsumsi jus kurma karena jus kurma mengandung sejumlah polisakarida penting seperti rhamnosa, arabinosa, xilosa, manosa, galaktosa dan glukosa merupakan bahan pembentukan granula trombosit pada megakariosit di sumsum tulang

Menurut hasil jurnal Apni Riama Simorangkir, Asmeriyani JABJ, Vol. 11, No. 1, Maret 2022, 42-48 peningkatan kadar trombosit pada

kelompok perlakuan yang diberikan jus kurma post hari ke 3 lebih tinggi dari nilai peningkatan kadar trombosit kelompok kontrol atau kelompok yang tidak diberikan jus kurma. dari hasil t, dimana hasil t kelompok perlakuan lebih tinggi dari kelompok kontrol. Nilai t pada kelompok perlakuan sebesar 16.089 dan nilai t pada 10.373.