

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kajian Pustaka

2.2 Konsep Teori DHF

2.2.1 Definisi DHF

Dengue Hemoragic Fever adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh infeksi virus dengue. DHF adalah penyakit akut dengan manifestasi klinis perdarahan yang menimbulkan syok yang berujung kematian. DBD disebabkan oleh salah satu dari empat serotipe virus dari genus *Flavivirus*, famili *Flaviviridae*. Setiap serotipe cukup berbeda sehingga tidak ada proteksi silang dan wabah yang disebabkan beberapa serotipe (*hiperendemisitas*) dapat terjadi. Virus ini bisa masuk ke dalam tubuh manusia dengan perantara nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus* (Farmakologi, 2021).

2.2.2 Etiologi DHF

Penyakit DHF disebabkan oleh virus dengue yang tergolong kelompok *B arthropod Borne Virus (Arboviruses)* yang sekarang dikenal sebagai genus *flavivirus*, *family flaviviridae*, dan mempunyai 2 serotipe yaitu DEN-1, DEN-2, DEN-3, dan DEN-4 infeksi salah satu serotipe akan menimbulkan antibody terhadap serotipe yang bersangkutan, sedangkan antibody yang terbentuk terhadap serotipe lain sangat kurang, sehingga tidak dapat memberikan perlindungan yang mencukupi terhadap serotipe lain. Serotipe DEN-3 merupakan serotipe yang dominan dan diasumsikan banyak yang menunjukkan manifestasi klinik yang berat. Virus penyebab DHF adalah flavivirus dan terdiri dari 4 serotipe yaitu serotipe 1,2,3, dan 4 virus ini ditularkan ke manusia melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti* betina yang terinfeksi. Virus

ini dapat tetap hidup di alam melalui 2 mekanisme (Sari et al., 2024).

Mekanisme pertama, transmisi vertikal dalam tubuh nyamuk, dimana virus yang ditularkan oleh nyamuk betina pada telurnya yang nantinya akan menjadi nyamuk. Virus juga dapat ditularkan dari nyamuk jantan pada nyamuk betina melalui kontak seksual. Mekanisme kedua, transmisi virus dari nyamuk ke dalam tubuh manusia dan sebaliknya. Nyamuk mendapatkan virus ini pada saat itu sedang mengandung virus dengue pada darahnya. Virus yang sampai ke lambung nyamuk akan mengalami replikasi (berkembang biak atau memecah diri). Kemudian akan migrasi yang akhirnya akan sampai di kelenjar ludah. Virus yang berada di lokasi ini setiap saat siap untuk dimasukkan ke dalam tubuh manusia melalui gigitan nyamuk (Sari et al., 2024).

2.2.3 Klasifikasi DHF

Menurut WHO, DHF dibagi menjadi 4 derajat yaitu :

- a. Derajat I yaitu demam disertai gejala klinik khas dan satu-satunya manifestasi perdarahan dalam *uji tourniquet positif, trombositopenia, himokonsentrasi*.
- b. Derajat II yaitu seperti derajat I, disertai dengan perdarahan spontan pada kulit atau perdarahan di tempat lain.
- c. Derajat III yaitu ditemukannya kegagalan sirkulasi, ditandai nadi cepat dan lemah, tekanan darah menurun (20 mmHg atau kurang) atau hipotensi disertai dengan *sianosis* disekitar mulut, kulit dingin, lembab dan anak tampak gelisah.
- d. Derajat IV yaitu syok berat, nadi tidak teraba dan tekanan darah tidak teratur.

2.2.4 Patofisiologi

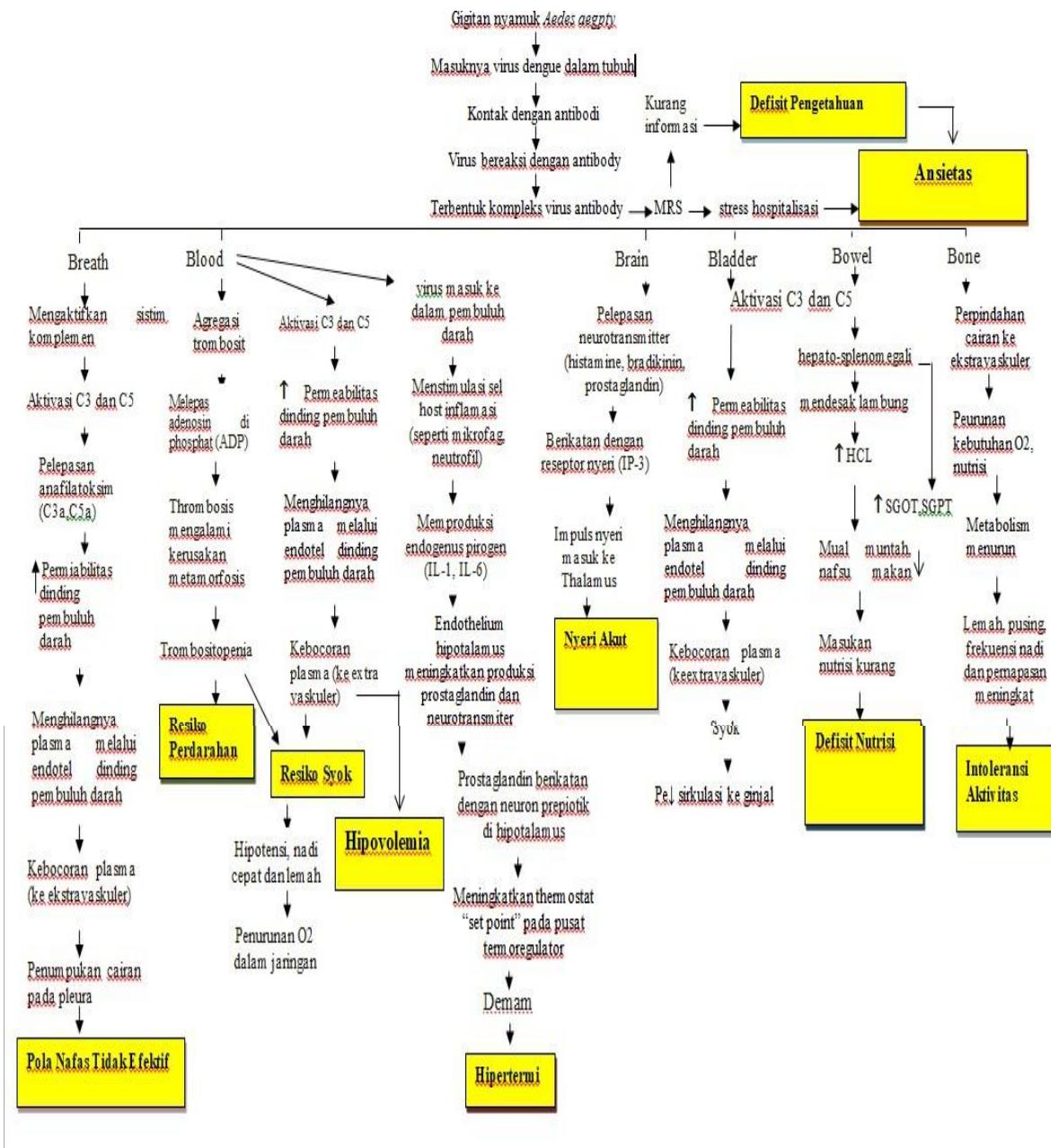
Virus *dengue* yang telah masuk ke tubuh penderita akan menimbulkan *viremia*. Hal tersebut akan menimbulkan reaksi oleh pusat pengatur suhu di hipotalamus sehingga menyebabkan (*pelepasan zat bradykinin, serotonin, thrombin, histamin*), terjadinya peningkatan suhu. Selain itu *viremia* menyebabkan pelebaran pada dinding pembuluh darah yang menyebabkan perpindahan cairan dan plasma dari *intravascular* ke *intersisiel* yang menyebabkan *hypovolemia*. *Trombositopenia* dapat terjadi akibat dari penurunan produksi trombosit sebagai reaksi dari antibodi melawan virus (Christantie Effendy,2021). Pada pasien *trombositopenia* terdapat adanya pendarahan baik kulit seperti petekia atau pendarahan mukosa di mulut. Hal ini mengakibatkan adanya kehilangan kemampuan tubuh untuk melakukan mekanisme hemostatis secara moral. Hal tersebut dapat menimbulkan perdarahan dan jika tidak tertangani maka akan menimbulkan syok. Masa virus *dengue* inkubasi 3-15 hari, rata-rata 5-8 hari. Virus akan masuk ke dalam tubuh melalui gigitan nyamuk *aedes aegypt*. Pertama yang terjadi adalah *viremia* yang mengakibatkan penderita mengalami demam, sakit kepala, mula, nyeri otot pegal diseluruh tubuh, ruam atau bitnik merah pada kulit, hiperemia tenggorokan dan hal lain yang mungkin terjadi pembesaran kelenjar getah bening, pembesaran hati atau *hepatomegaly* (Murwani, 2022)

2.2.5 Manifestasi Klinis

Pada hari pertama infeksi dengue, sebagian tipe besar pasien menunjukkan fase akut demam yang tidak spesifik seperti sakit kepala, lemas, gai mual, muntah, nyeri abdomen dan kadang - kadang muncul kemerahan kulit. Nyeri *retroorbital, myalgia* dan *atralgia* juga sebagian Ling besar ditemukan pada sebagian besar

kasus demam *dengue*, tetapi beberapa kasus DBD/SRD juga dapat ditemukan gejala tersebut. manifestasi pendarahan yang umum terjadi pada kasus infeksi *dengue* adalah *petekie gan* kemudian beberapa gejala lainnya seperti *yai epistaksis*, pendarahan gusi, *hematemesis*, *pat melena*, *hypermenorhea*, *hemoglobinuria* yang dapat membantu klinisi untuk mengidentifikasi aja- sebagian pasien suspek infeksi *dengue* pada fasilitas kesehatan primer (Nugraheni et al., 2023)

2.2.6 Pathway DHF



2.3 Konsep Terapi Murotal

2.3.1 Definisi Terapi murotal

Murotal adalah rekaman suara Al-qur'an yang dilakukan oleh seorang qori (pembaca Al-qur'an) (Siswantinah, 2023). Murottal juga dapat diartikan sebagai lantunan ayat-ayat suci Al-qur'an yang dilakukan oleh seorang qori (pembaca Al-qur'an), direkam dan diperdengarkan dengan tempi yang lambat serta harmonis (Purna, 2020).

Murotal merupakan salah satu musik yang memiliki pengaruh positif bagi pendengarnya (Widayarti, 2021). Mendengarkan ayat-ayat Al-qur'an yang dibacakan secara tartil dan benar, akan mendatangkan ketenangan jiwa. Lantunan ayat-ayat Al-qur'an secara fisik mengandung unsur-unsur manusia yang merupakan instrumen penyembuhan dan alat yang paling mudah dijangkau. Suara dapat menurunkan hormon-hormon stress, mengaktifkan hormon endofrin alami, meningkatkan perasaan rileks, memperbaiki sistem kimia tubuh sehingga menurunkan tekanan darah serta memperlambat pernafasan, detak jantung, denyut nadi dan aktivitas gelombang otak (Heru, 2020).

2.3.2 Manfaat terapi murotal

Manfaat media murotal Al Quran dibuktikan dalam berbagai penelitian. Manfaat tersebut di antaranya adalah sebagai berikut :

1. Menurunkan kecemasan

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Zahrofi,2021) menunjukkan bahwa pemberian pengaruh terapi murotal Al Quran memiliki pengaruh terhadap tingkat kecemasan responden. Pada penelitian tersebut responden yang diberikan terapi murotal Al Quran memiliki tingkat kecemasan yang lebih rendah daripada pasien yang tidak diberikan terapi.

2. Menurunkan perilaku kekerasan

Dalam penelitian yang dilakukan oleh (Widhowati SS, 2020) ini menunjukkan bahwa penambahan terapi audio dengan murottal surah Ar-Rahman pada kelompok perlakuan lebih efektif dalam menurunkan perilaku kekerasan dibandingkan dengan kelompok kontrol yang tidak mendapatkan terapi audio tersebut.

3. Mengalihkan nyeri

Murotal Al Quran terbukti dapat menurunkan tingkat nyeri. Hal ini berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Handayani dkk, 2023) menunjukkan bahwa terdapat pengaruh pemberian terapi murotal Al Quran terhadap tingkat nyeri. Pada kedua penelitian tersebut kelompok yang diberikan terapi murotal Al Quran memiliki tingkat nyeri yang lebih rendah dibandingkan kelompok yang tidak diberikan terapi murotal Al Quran.

4. Meningkatkan kualitas hidup

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Mulyadi dkk (2020) menunjukkan perbedaan yang bermakna antara kualitas hidup responden sebelum dan sesudah diberikan intervensi bacaan Al Quran secara murotal pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi. Pada kelompok intervensi, kualitas hidup responden meningkat setelah diberikan murotal Al Quran..

2.3.3 Prosedur Tindakan Terapi Murotal Al Quran

a. Persiapan alat

- Mp3 Player (*handphone*)
- Earphone
- Lembar Observasi Pengukuran Skala Nyeri (NRS)

b. Tahap Pra-Interaksi

- Menyiapkan SOP terapi Al-Qur'an Murottal
- Menyiapkan media dan alat
- Melihat data atau status pasien

- Melihat intervensi keperawatan yang telah diberikan oleh perawat
- Mengkaji kesiapan pasien untuk melakukan terapi
- mendengarkan AlQur'an Murottal
- Menyiapkan ruangan yang tenang dan tidak ada kebisingan
- Mencuci tangan

c. Tahap Orientasi

1. Mengucapkan salam terapeutik
2. Menanyakan perasaan pasien hari ini
3. Menjelaskan tujuan kegiatan
4. Beri kesempatan pada pasien untuk bertanya sebelum kegiatan dimulai
5. Pertahankan privasi pasien selama tindakan dilakukan
6. Bawa peralatan ke dekat pasien
7. Memposisikan pasien senyaman mungkin

d. Tahap Kerja

- Membaca tasmiyah terlebih dahulu
- Posisikan klien berbaring dengan meletakkan tangan diperut atau di samping badan
- Intruksikan pasien untuk melakukan teknik nafas dalam 3 kali atau sampai pasien merasa rileks dan mendengarkan dengan seksama dan menghayati setiap bacaan
- Pilih ayat Al-Qur'an yang akan diperdengarkan.

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan DHF

1. Pengkajian

Dalam melakukan asuhan keperawatan, pengkajian merupakan dasar utama dan hal yang penting di lakukan baik saat pasien pertama kali masuk rumah sakit maupun selama pasien dirawat di rumah sakit (Widyorini et al. 2017).

a. Identitas pasien

Nama, umur (pada DHF paling sering menyerang anak-anak dengan usia kurang dari 15 tahun), jenis kelamin, alamat, pendidikan, nama orang tua, pendidikan orang tua, dan pekerjaan orang tua.

b. Keluhan utama

Alasan atau keluhan yang menonjol pada pasien DHF untuk datang kerumah sakit adalah panas tinggi dan anak lemah

c. Riwayat penyakit sekarang

Didapatkan adanya keluhan panas mendadak yang disertai menggigil dan saat demam kesadaran composmetis. Turunnya panas terjadi antara hari ke-3 dan ke-7 dan anak semakin lemah. Kadang-kadang disertai keluhan batuk pilek, nyeri telan, mual, muntah, anoreksia, diare atau konstipasi, sakit kepala, nyeri otot, dan persendian, nyeri ulu hati, dan pergerakan bola mata terasa pegal, serta adanya manifestasi perdarahan pada kulit, gusi (grade III. IV), melena atau hematemesis.

d. Riwayat penyakit yang pernah diderita

Penyakit apa saja yang pernah diderita. Pada DHF anak biasanya mengalami serangan ulangan DHF dengan tipe virus lain.

e. Riwayat Imunisasi

Apabila anak mempunyai kekebalan yang baik, maka kemungkinan akan timbulnya koplikasi dapat dihindarkan.

f. Riwayat Gizi

Status gizi anak DHF dapat bervariasi. Semua anak dengan status gizi baik maupun buruk dapat beresiko, apabila terdapat faktor predisposisinya. Anak yang menderita DHF sering mengalami keluhan mual, muntah dan tidak nafsu makan. Apabila kondisi berlanjut dan tidak disertai dengan pemenuhan nutrisi yang mencukupi, maka anak dapat mengalami penurunan berat badan sehingga status gizinya berkurang.

g. Kondisi Lingkungan

Sering terjadi di daerah yang padat penduduknya dan lingkungan yang kurang bersih (seperti air yang menggenang atau gantungan baju dikamar)

h. Pola Kebiasaan

- 1) Nutrisi dan metabolisme: frekuensi, jenis, nafsu makan berkurang dan menurun.
 - 2) Eliminasi (buang air besar): kadang-kadang anak yang mengalami diare atau konstipasi. Sementara DHF pada grade IV sering terjadi hematuria.
 - 3) Tidur dan istirahat: anak sering mengalami kurang tidur karena mengalami sakit atau nyeri otot dan persendian sehingga kuantitas dan kualitas tidur maupun istirahatnya berkurang.
 - 4) Kebersihan: upaya keluarga untuk menjaga kebersihan diri dan lingkungan cenderung kurang terutama untuk membersihkan tempat sarang nyamuk Aedes aegypti.
 - 5) Perilaku dan tanggapan bila ada keluarga yang sakit serta upaya untuk menjaga kesehatan.
- i. Pemeriksaan fisik, meliputi inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi dari ujung rambut sampai ujung kaki. Berdasarkan tingkatan DHF, keadaan anak adalah sebagai berikut :
- 1) Grade I yaitu kesadaran composmentis, keadaan umum lemah, tanda-tanda vital dan nadi lemah.
 - 2) Grade II yaitu kesadaran composmetis, keadaan umum lemah, ada perdarahan spontan petechie, perdarahan gusi dan telinga, serta nadi lemah, kecil, dan tidak teratur.
 - 3) Grade III yaitu kesadaran apatis, somnolen, keadaan umum lemah, nadi lemah, kecil dan tidak teratur, serta takanan darah menurun.
 - 4) Grade IV yaitu kesadaran coma, tanda-tanda vital : nadi tidak

teraba, tekanan darah tidak teratur, pernafasan tidak teratur, ekstremitas dingin, berkeringat, dan kulit tampak biru.

- 5) Sistem Integumen
- 6) Adanya ptechiae pada kulit, turgor kulit menurun, dan muncul keringat dingin, dan lembab
- 7) Kuku sianosis atau tidak
- 8) Kepala dan leher : kepala terasa nyeri, muka tampak kemerahan karena demam, mata anemis, hidung kadang mengalami perdarahan atau epitaksis pada grade II,III,IV. Pada mulut didapatkan bahwa mukosa mulut kering , terjadi perdarahan gusi, dan nyeri telan. Sementara tenggorokan mengalami hyperemia pharing dan terjadi perdarahan ditelinga (pada grade II,III,IV).
- 9) Dada : bentuk simetris dan kadang-kadang terasa sesak. Pada poto thorak terdapat cairan yang tertimbun pada paru sebelah kanan (efusi pleura), rales +, ronchi +, yang biasanya terdapat pada grade III dan IV.
- 10) Abdomen mengalami nyeri tekan, pembesaran hati atau *hepatomegaly* dan asites
- 11) Ekstremitas : dingin serta terjadi nyeri otot sendi dan tulang.

j. Pemeriksaan laboratorium

Pada pemeriksaan darah pasien DHF akan dijumpai :

- 1) HB dan PVC meningkat ($\geq 20\%$)
- 2) Trombositopenia ($\leq 100.000/\text{ml}$)
- 3) Leukopenia (mungkin normal atau lekositosis)
- 4) Ig. D *dengue* positif
- 5) Hasil pemeriksaan kimia darah menunjukkan hipoproteinemia, hipokloremia, dan hiponatremia
- 6) Ureum dan pH darah mungkin meningkat
- 7) Asidosis metabolic : $\text{pCO}_2 < 35-40 \text{ mmHg}$ dan HCO_3 rendah

8) SGOT /SGPT mungkin meningkat.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada kasus DHF yaitu (Erdin 2018) (SDKI DPP PPNI 2017):

- a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas
- b. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit ditandai dengan suhu tubuh diatas nilai normal
- c. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan pasien mengeluh nyeri
- d. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganahan untuk makan)
- e. Hipovolemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler ditandai dengan kebocoran plasma darah
- f. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelelahan
- g. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
- h. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional
- i. Risiko perdarahan ditandai dengan koagulasi (trombositopenia)
- j. Risiko syok ditandai dengan kekurangan volume cairan

Berikut adalah uraian dari diagnosa yang timbul bagi pasien *dengue hemorrhagic fever* menurut (Erdin 2018). Dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI DPP PPNI 2017).

a. Pola napas tidak efektif (D.0005)

1) Pengertian

Inspirasi dan atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat.

2) Penyebab

- a) Penurunan energi
- b) Sindrom hipoventilasi
- c) Kecemasan

3) Kriteria Mayor dan Minor Kriteria Mayor

a) Subjektif

(1) Dispnea

b) Objektif

(1) Penggunaan otot bantu pernapasan Fase ekspirasi memanjang

(2) Pola napas abnormal (mis. Takipnea, bradipnea, hiperventilasi, kussmaul, cheyne-strokes) Kriteria Minor

a) Subjektif

(1) Oropnea

b) Objektif

(1) Pernapasan *pursed-lip*

(2) Pernapasan cuping hidung

(3) Diameter thoraks anterior-posterior meningkat

(4) Ventilasi semenit menurun

(5) Kapasitas vital menurun

(6) Tekanan ekspirasi menurun

(7) Tekanan inspirasi menurun

(8) Ekskursi dada berubah

b. Hipertermia (D.0130)

1) Pengertian

Suhu tubuh meningkat di atas rentang normal tubuh.

- 2) Penyebab
 - a) Proses penyakit (mis. Infeksi, kanker)
- 3) Kriteria Mayor dan Minor Kriteria Mayor
 - a) Subjektif : (tidak tersedia)
 - b) Objektif
 - (1) Suhu tubuh diatas nilai normal Kriteria Minor
 - a) Subjektif : (tidak tersedia)
 - b) Objektif
 - (1) Kulit merah
 - (2) Kejang
 - (3) Takikardi
 - (4) Takipneia
 - (5) Kulit terasa hangat
- c. Nyeri akut (D.0077)
 - 1) Pengertian

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.
 - 2) Penyebab
 - a) Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi)
 - 3) Kriteria Mayor dan Minor Kriteria Mayor
 - a) Subjektif
 - (1) Mengeluh nyeri
 - b) Objektif
 - (1) Tampak meringis
 - (2) Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri)
 - (3) Gelisah
 - (4) Frekuensi nadi meningkat
 - (5) sulit tidur Kriteria Minor

- a) Subjektif : (tidak tersedia)
- b) Objektif
 - (1) Tekanan darah meningkat
 - (2) Pola napas berubah
 - (3) Nafsu makan berubah
 - (4) Proses berpikir terganggu
 - (5) Menarik diri
 - (6) Berfokus pada diri sendiri
 - (7) Diaforesis
- d. Defisit nutrisi (D.0019)
 - 1) Pengertian

Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.
 - 2) Penyebab
 - a) Kurangnya asupan makanan
 - b) Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient
 - c) Peningkatan kebutuhan metabolisme
 - d) Factor psikologis (mis. Stress, keengganan untuk makan)
 - 3) Kriteria Mayor dan Minor Kriteria Mayor
 - a) Subjektif : (tidak tersedia)
 - b) Objektif
 - (1) Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal Kriteria Minor
 - a) Subjektif
 - (1) Cepat kenyang setelah makan
 - (2) Kram/nyeri abdomen
 - (3) Nafsu makan menurun
 - b) Objektif
 - (1) Bising usus hiperaktif
 - (2) Otot pengunyah lemah
 - (3) Otot menelan lemah

(4) Membrane mukosa pucat

(5) Sariawan

(6) Serum albumin turun

(7) Rambut rontok berlebihan

(8) Diare

e. Hipovolemia (D.0023)

1) Pengertian

Penurunan volume cairan intravaskuler, interstisiel, dan/atau intraseluler.

2) Penyebab

a) Kehilangan cairan aktif

b) Peningkatan permeabilitas kapiler

c) Kekurangan *intake* cairan

3) Kriteria Mayor dan Minor Kriteria Mayor

a) Subjektif : (tidak tersedia)

b) Objektif

(1) Frekuensi nadi meningkat

(2) Nadi terasa lemah

(3) Tekanan darah menurun

(4) Tekanan nadi menyempit

(5) Turgor kulit menurun

(6) Membrane mukosa kering

(7) Volume urin menurun

(8) Hematokrit meningkat Kriteria Minor

a) Subjektif

(1) Merasa lemah

(2) Mengeluh haus

(1) Pengisian vena menurun

(2) Status mental berubah

(3) Suhu tubuh meningkat

(4) Konsentrasi urin meningkat

(5) Berat badan turun tiba-tiba

f. Intoleransi aktivitas (D.0056)

1) Pengertian

Ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari.

2) Penyebab

a) Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

b) Kelemahan

3) Kriteria Mayor dan Minor Kriteria Mayor

a) Subjektif

(1) Mengeluh lelah

b) Objektif

(1) Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat Kriteria Minor

a) Subjektif

(1) Dispnea saat atau setelah aktivitas

(2) Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas

(3) Merasa lemah

b) Objektif

(1) Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat

(2) Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas

(3) Gambaran EKG menunjukkan iskemia

(4) Sianosis

g. Defisit pengetahuan (D.0111)

1) Pengertian

Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.

2) Penyebab

a) Kurang terpapar informasi

b) Ketidaktauhan menemukan sumber informasi

3) Kriteria Mayor dan Minor Kriteria Mayor

- a) Subjektif
 - (1) Menanyakan masalah yang dihadapi
- b) Objektif
 - (1) Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran
 - (2) Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah

Kriteria Minor

- a) Subjektif : (tidak tersedia)
- b) Objektif
 - (1) Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat
 - (2) Menunjukkan perilaku berlebihan (mis Apatis, bermusuhan, agitasi, hysteria)

h. Ansietas (D.0080)

1) Pengertian

Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

2) Penyebab

- a) Krisis situasional
- b) Kekhawatiran mengalami kegagalan
- c) Kurang terpapar informasi

3) Kriteria Mayor dan Minor Kriteria Mayor

a) Subjektif

- (1) Merasa bingung
- (2) Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi

- (3) Sulit berkonsentrasi

b) Objektif

- (1) Tampak gelisah
- (2) Tampak tegang
- (3) Sulit tidur Kriteria Minor

- a) Subjektif
 - (1) Mengeluh pusing
 - (2) Anoreksia
 - (3) Palpitasi
 - (4) Merasa tidak berdaya
 - b) Objektif
 - (1) Frekuensi napas meningkat
 - (2) Frekuensi nadi meningkat
 - (3) Tekanan darah meningkat
 - (4) Diaforesis
 - (5) Tremor
 - (6) Muka tampak pucat
 - (7) Suara bergetar
 - (8) Kontak mata buruk
 - (9) Sering berkemih
 - (10) Berorientasi pada masa lalu
- i. Risiko perdarahan (D.0012)
- 1) Pengertian

Berisiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi di dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh).
 - 2) Faktor Risiko
 - a) Gangguan koagulasi (mis. Trombositopenia)
 - b) Kurang terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan
 - c) Proses keganasan
- j. Risiko syok (D.0039)
- 1) Pengertian

Berisiko mengalami ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan fungsi seluler yang mengancam jiwa.
 - 2) Faktor Risiko

- a) Hipoksemia
- b) Hipoksia
- c) Hipotensi
- d) Kekurangan volume cairan
- e) Sindrom respons inflamasi sistemik (*systemic inflammatory response syndrome* atau SIRS)

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (SIKI DPP PPNI 2018) (SLKI DPP PPNI 2019).

- a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas Tujuan : Mempertahankan pola pernafasan normal/efektif
Kriteria Hasil :
 - 1) Kapasitas vital meningkat
 - 2) Dispneu menurun
 - 3) Frekuensi napas membaik
 Intervensi :
 - Observasi
 - a) Monitor pola napas (frekuensi, usaha napas)
 - b) Monitor bunyi napas tambahan (mis, gurgling, mengi, wheezing, ronchi basah)
 - c) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)
 - Terapeutik
 - d) Posisikan semi fowler atau fowler
 - e) Berikan minum hangat
 - f) Berikan oksigen, *jika perlu*
 - Edukasi
 - g) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, *jika tidak kontraindikasi*
 - Kolaborasi
 - h) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, *jika perlu*

b. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit

Tujuan : Suhu tubuh agar tetap berada pada rentang normal

Kriteria Hasil :

- 1) Menggil menurun
- 2) Kulit merah menurun
- 3) Suhu tubuh membaik
- 4) Tekanan darah membaik

Intervensi :

Observasi

- a) Identifikasi penyebab hipertermia (mis Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan incubator)
- b) Monitor suhu tubuh
- c) Monitor kadar elektrolit
- d) Monitor haluan urine

Terapeutik

- e) Sediakan lingkungan yang dingin
- f) Longgarkan atau lepaskan pakaian
- g) Basahi dan kipasi permukaan tubuh
- h) Berikan cairan oral
- i) Lakukan pendinginan eksternal (mis, kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila)
- j) Hindari pemberian antipiretik atau aspirin
- k) Berikan oksigen, *jika perlu*

Edukasi

- l) Anjurkan tirah baring Kolaborasi
- m) Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, *jika perlu*

c. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Tujuan : Diharapkan nyeri yang dirasakan klien berkurang Kriteria

Hasil :

- 1) Keluhan nyeri menurun

2) Meringis menurun

3) Gelisah menurun

4) Pola napas membaik Intervensi :

Observasi

a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

b) Identifikasi skala nyeri

c) Identifikasi respons nyeri non verbal

d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik

e) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, terapi musik, kompres hangat/dingin, terapi bermain)

f) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)

g) Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi

h) Jelaskan strategi meredakan nyeri

i) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

j) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi

k) Kolaborasi pemberian analgetik, *jika perlu*

d. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan)

Tujuan : Anoreksia dan kebutuhan nutrisi dapat teratasi. Kriteria

Hasil :

1) Porsi makanan yang dihabiskan meningkat

2) Frekuensi makan membaik

3) Nafsu makan membaik Intervensi :

Observasi

a) Identifikasi status nutrisi

b) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan

- c) Identifikasi makanan yang disukai
- d) Monitor asupan makan
- e) Monitor berat badan
- f) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik
- g) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
- h) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
- i) Berikan suplemen makanan, *jika perlu*

Edukasi

- j) Anjurkan posisi duduk, *jika mampu*
- k) Ajarkan diet yang diprogramkan
- l) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis, Pereda nyeri, antimietik), *jika perlu*
- m) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, *jika perlu*

- e. Hipovolemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler Tujuan : Gangguan volume cairan tubuh dapat teratasi Kriteria Hasil :

- 1) Turgor kulit meningkat
- 2) Output urine meningkat
- 3) Tekanan darah dan nadi membaik
- 4) Kadar Hb membaik Intervensi :

Observasi

- a) Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis, frekuensi nadi meningkat, nadi terasa lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus lemah)
- b) Monitor intake dan output cairan Terapeutik
- c) Berikan asupan cairan oral Edukasi
- d) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral

- e) Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis, NaCl, RL)
- f) Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis, glukosa 2,5%, NaCl 0,4%)
- g) Kolaborasi pemberian cairan koloid (mis, albumin, plasmanate)
- h) Kolaborasi pemberian produk darah

f. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Tujuan : Aktivitas sehari-hari klien kembali normal.

Kriteria Hasil :

- 1) Frekuensi nadi meningkat
- 2) Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat
- 3) Frekuensi napas membaik Intervensi :

Observasi

- a) Monitor kelelahan fisik dan emosional
- b) Monitor pola dan jam tidur Terapeutik
- c) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis, cahaya, suara, kunjungan)
- d) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan Edukasi
- e) Anjurkan tirah baring
- f) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
- g) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang Kolaborasi
- h) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

g. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi Tujuan : Pengetahuan klien/ keluarga bertambah.

Kriteria Hasil :

- 1) Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat
- 2) Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat

3) Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun Intervensi :
Observasi

a) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
Edukasi

b) Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan

c) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat

d) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk
meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

h. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

Tujuan : Rasa cemas klien akan berkurang/hilang
Kriteria Hasil :

1) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun

2) Perilaku gelisah menurun

3) Konsentrasi membaik Intervensi :

Observasi

a) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)

Terapeutik

b) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan
kepercayaan

c) Dengarkan dengan penuh perhatian

d) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan Edukasi

e) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien

f) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi Kolaborasi

g) Kolaborasi pemberian obat antiansietas, *jika perlu*

i. Risiko perdarahan ditandai dengan koagulasi (trombositopenia)

Tujuan : Perdarahan tidak terjadi.

Kriteria Hasil :

1) Kelembapan kulit meningkat

2) Hemoglobin membaik

3) Hematokrit membaik Intervensi :

Observasi

- a) Monitor tanda dan gejala perdarahan
 - b) Monitor nilai hamatokrit atau hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah
 - c) Monitor tanda-tanda vital Terapeutik
 - d) Pertahankan bed rest selama perdarahan Edukasi
 - e) Jelaskan tanda dan gejala perdarahan
 - f) Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi
 - g) Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K
 - h) Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan Kolaborasi
 - i) Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, *jika perlu*
 - j) Kolaborasi pemberian produk darah, *jika perlu*
- j. Risiko syok ditandai dengan kekurangan volume cairan

Tujuan : Tidak terjadi syok hipovolemik.

Kriteria Hasil :

- 1) Tingkat kesadaran meningkat
- 2) Tekanan darah, frekuensi nadi dan napas membaik Intervensi:
Observasi
 - a) Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, TD)
 - b) Monitor status cairan (masukan dan haluanan, turgor kulit, CRT)
 - c) Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil Terapeutik
 - d) Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%

Edukasi

- e) Jelaskan penyebab atau faktor risiko syok
- f) Anjurkan melapor jika menemukan atau merasakan tanda dan gejala awal syok
- g) Anjurkan menghindari allergen Kolaborasi
- h) Kolaborasi pemberian IV, *jika perlu*

- i) Kolaborasi pemberian transfusi darah, *jika perlu*
- j) Kolaborasi pemberian antiinflamasi, *jika perlu*

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan. Implementasi merupakan langkah keempat dari proses keperawatan yang telah direncanakan oleh perawat untuk dikerjakan dalam rangka membantu klien untuk mencegah, mengurangi, dan menghilangkan dampak atau respons yang ditimbulkan oleh masalah keperawatan dan kesehatan (Ali 2016).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah penilaian hasil dan proses. Penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dari tindakan. Penilaian proses menentukan apakah ada kekeliruan dari setiap tahapan proses mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan dan evaluasi (Ali 2016). Evaluasi merupakan tahap akhir yang bertujuan untuk menilai apakah tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau tidak untuk mengatasi suatu masalah.