

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *DENGUE*
HAEMORAGIC FEVER DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN
TERMOREGULASI DI RUANGAN MAWAR 2
RSUD DR SOEKARDJO TASIKMALAYA**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Ahli Madya Keperawatan (A.Md.Kep) di Program Studi DIII Keperawatan
STIKes Bhakti Kencana Bandung

Oleh :

VIVIN SARITA

AKX.16.137



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
STIKES BHAKTI KENCANA BANDUNG**

2019

PERNYATAAN PENULIS

Dengan ini saya,

Nama : Vivin Sarita
NIM : AKX.16.137
Program Studi : DIII Keperawatan
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Klien *Dengue Haemoragic Fever* Dengan Ketidakefektifan Termoregulasi Di Ruang Mawar 2 RSUD DR Soekardjo Tasikmalaya

Menyatakan

1. Tugas Akhir saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar profesional Ahli Madya Keperawatan Anestesi baik di Program Studi DIII Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung maupun di Perguruan Tinggi lainnya.
2. Tugas Akhir saya ini adalah Karya Tulis yang murni dan bukan plagiat/jiplakan, serta asli dari ide dan gagasan saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan dari pembimbing.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar – benarnya dan apabila kemudian hari terdapat penyimpangan yang tidak etis, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang saya peroleh atau sanksi lainnya sesuai norma yang berlaku di Perguruan Tinggi.

Bandung, 12 April 2019

Yang Membuat Pernyataan



Vivin Sarita

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *DENGUE HAEMORAGIC FEVER*
DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN TERMOREGULASI DI RUANGAN
MAWAR 2 RSUD DR SOEKARDJO TASIKMALAYA

OLEH
VIVIN SARITA
AKX.16.137

KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI

Bandung, 2 Agustus 2019

Oleh

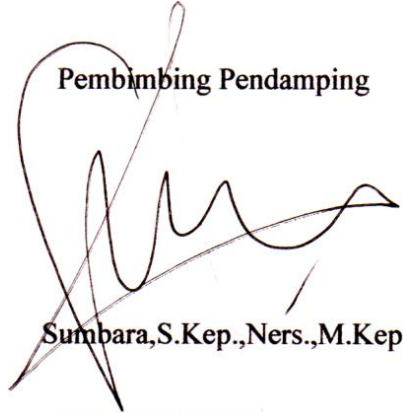
Pembimbing Utama



Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep

NIK : 10107064

Pembimbing Pendamping



Sumbara, S.Kep., Ners., M.Kep

NIK : 10106044

Mengetahui

Prodi DIII Keperawatan

Ketua,



Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep

NIK : 1011603

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *DENGUE HAEMORAGIC FEVER*
DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN TERMOREGULASI DI RUANGAN
MAWAR 2 RSUD DR SOEKARDJO TASIKMALAYA

OLEH

VIVIN SARITA

AKX.16.137

Telah Diuji

Pada Tanggal, 12 April 2019

Panitia Penguji

Ketua : Rd. Siti Jundiah,S.Kp.,M.Kep

(.....)

(Pembimbing Utama)

Anggota :

1. **Vina Vitniawaati,S.Kep.,Ners.,M.Kep**
(Penguji I)

(.....)

2. **A. Aep Indarna,S.Pd.,S.Kep.,Ners**
(Penguji II)

(.....)

3. **Sumbara,S.Kep.,Ners.,M.Kep**
(Pembimbing Pendamping)

(.....)

Mengetahui

STIKes Bhakti Kencana Bandung

Ketua

Rd. Siti Jundiah,S.Kp.,M.Kep

NIK : 10107064



KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT, karena atas karunianya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini tepat pada waktunya. Shalawat serta salam semoga tercurah kepada Nabi Muhammad SAW.

Karya tulis ini berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien *Dengue Haemorrhagic Fever* Dengan Ketidakefektifan Termoregulasi Di Ruang Mawar 2 RSUD dr Soekardjo Tasikmalaya”**. Disusun untuk memenuhi syarat dalam menyelesaikan program pendidikan Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, tentu saja terdapat hambatan dan kesulitan yang penulis temui, baik yang disebabkan karena keterbatasan pengalaman dan bidang yang menjadi objek penyusun Karya Tulis Ilmiah ini maupun bidang teknik penulisan, namun berkat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak akhirnya kesulitan ini dapat teratasi. Pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan penghormatan, penghargaan, ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah terlibat baik secara langsung maupun tidak langsung.

Ucapan terima kasih yang tak terhingga kepada semua pihak yang terlibat diantaranya :

1. H. Mulyana, SH., M.Pd., M.Kes., selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana Bandung.
2. Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep., selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung dan sekaligus Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
3. Tuti Suprapti, S.Kep., M.Kep., selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Stikes Bhakti Kencana Bandung.

4. Sumbara, S.Kep., Ners., M.Kep, selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. dr. H. Wasisto Hidayat, M.Kes, selaku direktur RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya beserta staff yang telah memberikan izin kepada penulis untuk melakukan praktek lapangan dan melaksanakan ujian akhir program.
6. Yayan, S.Kep., Ners, selaku CI Ruang Mawar 2 yang telah memberikan bimbingan, arahan dan memotivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD Tasikmalaya.
7. Seluruh dosen dan staff Jurusan Program Studi DIII Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik Stikes Bhakti Kencana Bandung.
8. Kepada mereka yang selalu menjadi panutan demi keberhasilan penulis, Ayahanda Nirwan Baswan, SE dan Ibunda Yarnatul terima kasih atas doa, semangat, kasih sayang, pengorbanan dan ketulusannya dalam mendampingi penulis, kakak tersayang Ririn Maryanita, S.Pd dan kedua adik tercinta Febi Fitriana dan Rahmat Saktiawan serta seluruh anggota keluarga yang selalu memberikan semangat, dukungan dan motivasi serta doa baik secara moril maupun materil sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Febrianto Fitra seorang motivator pribadi, yang telah banyak memberikan saran, motivasi, doa, kasih sayang, pengorbanan dan ketulusan mendampingi penulis sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Para senior, sahabat-sahabat (Wisro, Chrisita, Sekar, Nabila, Allo, Alisa, Venna), dan teman-teman seperjuangan anestesi angkatan 12 yang telah memberikan semangat, motivasi sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan.
11. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu. Semoga segala amal

baik bapak/ibu/saudara/I diterima oleh Allah SWT, dan diberikan balasan yang lebih baik oleh-Nya.

Penulis menyadari dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan dan kelemahan sehingga penulis sangat mengharapkan segala kritik dan saran yang sifatnya membangun guna Karya Tulis Ilmiah yang lebih baik.

Bandung, 12 April 2019

Penulis

ABSTRAK

Latar Belakang: *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) adalah suatu penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus dengue dan termasuk golongan Arbovirus (Arthropod-borne virus) yang ditularkan melalui vector nyamuk *Aedes Aegypti* dan *Aedes albopictus*, serta penyebarannya sangat cepat. Penyakit DHF bisa terdapat pada anak-anak dan orang dewasa dengan gejala utama demam, nyeri sendi dan otot, nyeri kepala, nyeri perut dan timbul, rejanan. **Metode:** studi kasus ini dilakukan pada dua klien DHF dengan masalah keperawatan dan diagnosa medis yang sama yaitu ketidakefektifan termoregulasi. **Hasil:** setelah dilakukan asuhan keperawatan ketidakefektifan termoregulasi pada kasus 1 dapat teratasi pada hari ke 4 dan pada kasus 2 masalah ketidakefektifan termoregulasi teratasi sebagian pada hari ke 3 karena suhu klien belum normal akibat infeksi virus dengue. **Dikusi:** klien dengan masalah keperawatan ketidakefektifan termoregulasi tidak selalu memiliki respon yang sama pada setiap pasien *Dengue Haemorrhagic Fever* hal ini dipengaruhi oleh kondisi klien sebelumnya. Sehingga perawat harus melakukan asuhan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap klien.

Kata kunci: *Dengue Haemorrhagic Fever*, Ketidakefektifan termoregulasi

Terdiri dari: V BAB, 81 Halaman, Referensi 10 Buku (2009-2020), 2 Jurnal (2013-2015)

ABSTRACT

Background: *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) is an infectious disease caused by dengue virus and belongs to the group of Arbovirus (Arthropod-borne virus) which is transmitted through vectors of *Aedes Aegypti* and *Aedes albopictus* mosquitoes, and spread very quickly. DHF can be found in children and adults with the main symptoms of fever, joint and muscle pain, headache, abdominal pain and arising, inflammation. **Method:** this case study was conducted on two DHF clients with the same nursing problems and medical diagnoses, namely thermoregulation ineffectiveness. **Results:** after nursing care the ineffectiveness of thermoregulation in case 1 can be resolved on day 4 and in case 2 the problem of thermoregulatory ineffectiveness is overcome partially on day 3 because the client's temperature is not normal due to dengue virus infection. **Discussion:** clients with nursing problems in thermoregulation ineffectiveness do not always have the same response in every patient with dengue haemorrhagic fever, this is affected by the condition of the previous client. So that nurses must carry out comprehensive care to deal with nursing problems for each client.

Keywords: *Dengue Haemorrhagic Fever*, Thermoregulation ineffectiveness

Consists of: V BAB, 81 Pages, Reference 10 Books (2009-2020), 2 Journal (2013-2015)

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
ABSTRACT	iv
DAFTAR ISI	v
DAFTAR GAMBAR	viii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR BAGAN	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
DAFTAR SINGKATAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat	6
1.4.1 Manfaat Teoritis	6
1.4.2 Manfaat Praktis	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Penyakit	8
2.1.1 Definisi <i>Dengue Haemorrhagic Fever</i>	8
2.1.2 Anatomi Fisiologi	9
2.1.3 Etiologi	11
2.1.4 Patofisiologi.....	12
2.1.5 Klasifikasi	15
2.1.6 Manifestasi Klinis.....	16

2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik	17
2.1.8 Penatalaksanaan	18
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	18
2.2.1 Pengkajian	19
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	28
2.2.3 Intervensi Keperawatan	28
2.2.4 Implementasi Keperawatan	33
2.2.5 Evaluasi Keperawatan	33
BAB III METODE PENELITIAN	36
3.1 Desain Penelitian	36
3.2 Batasan Istilah	36
3.3 Subyek Penelitian	37
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	37
3.5 Pengumpulan Data	37
3.6 Uji Keabsahan Data	38
3.7 Analisa Data	39
3.8 Etik Penelitian	40
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	43
4.1 Hasil	43
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data	43
4.1.2 Pengkajian	44
4.1.3 Diagnosa Keperawatan	54
4.1.4 Intervensi Keperawatan	56
4.1.5 Implementasi Keperawatan	58
4.1.6 Evaluasi Keperawatan	61
4.2 Pembahasan	62
4.2.1 Pengkajian	62

4.2.2 Diagnosa Keperawatan	64
4.2.3 Intervensi	65
4.2.4 Implementasi	66
4.2.5 Evaluasi	67
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	69
5.1 Kesimpulan	69
5.2 Saran	72
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Nyamuk Aedes Aegypti	8
---------------------------------------	---

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi Hipertermi	29
Tabel 2.2 Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi	30
Tabel 2.3 Intervensi Resiko Ketidakseimbangan Volume Cairan	30
Tabel 2.4 Intervensi Intoleransi Aktivitas	31
Tabel 2.5 Intervensi Ansietas	31
Tabel 2.6 Intervensi Deficit Perawatan Diri	32
Tabel 2.7 Intervensi Nyeri Akut	32
Tabel 4.1 Identitas Klien	44
Tabel 4.2 Aktivitas Sehari-hari	45
Tabel 4.3 Pemeriksaan Fisik	46
Tabel 4.4 Hasil Pemeriksaan Diagnostik	51
Tabel 4.5 Program dan Rencana Pengobatan	51
Tabel 4.6 Analisa Data	52
Tabel 4.7 Diagnosa Keperawatan	54
Tabel 4.8 Intervensi	56

Tabel 4.9 Implementasi58

Tabel 4.10 Evaluasi61

DAFTAR BAGAN

2.1 Pathway <i>Dengue Haemorrhagic Fever</i>	14
--	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	Lembar Persetujuan Menjadi Responden Klien I
Lampiran II	Lembar Persetujuan Menjadi Responden Klien II
Lampiran III	Lembar Bimbingan (Pembimbing I)
Lampiran IV	Lembar Bimbingan (Pembimbing II)
Lampiran V	Lembar Observasi Klien I
Lampiran VI	Lembar Observasi Klien II
Lampiran VII	Justifikasi Jurnal
Lampiran VIII	Jurnal Pelaksanaan Kompres Air Hangat Pada Pasien Febris di Ruang Abednego Rumah Sakit Immanuel Bandung Jurnal Kompres Air Hangat Pada Daerah Aksila dan Dahi Terhadap Penurunan Suhu Tubuh Pada Pasien Demam di PKU Muhammadiyah Kutoarjo
Lampiran IX	Satuan Acara Penyuluhan Demam Berdarah Dengue
Lampiran X	Leaflet Demam Berdarah Dengue
Lampiran XI	Riwayat Hidup

DAFTAR SINGKATAN

ADL	: <i>Activity Daily Living</i>
AGD	: Analisa Gas Darah
BB	: Berat Badan
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
C	: <i>Celcius</i>
CRT	: <i>Capillary Refill Time</i>
DBD	: Demam Berdarah Dengue
DD	: Demam Dengue
DHF	: <i>Dengue Haemorrhagic Fever</i>
DM	: Diabetes Melitus
DSS	: <i>Dengue Shock Sindrom</i>
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
IV	: Intra Vena
KEMENKES	: Kementrian Kesehatan
KLB	: Kejadian Luar Biasa
NANDA	: <i>The North American Nursing Diagnosis Association</i>
RR	: <i>Respiratory Rate</i>
RL	: Ringer Laktat
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
SD	: Sekolah Dasar
SMA	: Sekolah Menengah Atas

SGPT	: Serum Glutamic Pyruvic Transaminase
SGOT	: Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase
SP0 ₂	: <i>Oxygen Saturation as measured by Pulse Oxymeter</i>
SSD	: <i>Sindrom Syok Dengue</i>
TD	: Tekanan Darah
THT	: Telinga Hidung Tenggorokan
TTV	: Tanda-tanda Vital
USG	: Ultrasonografi
WHO	: <i>World Health Organization</i>
WIB	: Waktu Indonesia Barat

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit yang disebabkan oleh virus dengue yang tergolong Arthropod-Borne Virus, genus Flavivirus, dan family Flaviviridae. DBD ditularkan melalui gigitan nyamuk dari genus Aedes, terutama Aedes aegypti (infodatin, 2016). Penyakit DBD dapat muncul sepanjang tahun dan dapat menyerang seluruh kelompok umur. Munculnya penyakit ini berkaitan dengan kondisi lingkungan dan perilaku masyarakat (Kemenkes 2016).

Penyakit demam berdarah dengue pertama kali dilaporkan di Asia Tenggara pada tahun 1954 yaitu di Filipina, selanjutnya menyebar ke berbagai negara. Sebelum tahun 1970, hanya 9 negara yang mengalami wabah DBD, namun sekarang DBD menjadi penyakit endemik pada lebih dari 100 negara, diantaranya adalah Afrika, Amerika, Mediterania Timur, Asia Tenggara dan Pasifik Barat memiliki angka tertinggi terjadinya kasus DBD. Jumlah kasus di Amerika, Asia Tenggara dan Pasifik Barat telah melewati 1,2 juta kasus ditahun 2008 dan lebih dari 2,3 juta kasus di 2010. Pada tahun 2013 dilaporkan terdapat sebanyak 2,35 juta kasus di Amerika, dimana 37.687 kasus merupakan DBD berat. Perkembangan kasus DBD di tingkat global semakin meningkat, seperti dilaporkan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) yakni 1.016.612 kasus di hampir 60 negara tahun 2000-2009 (WHO, 2014).

Indonesia adalah daerah endemis DBD dan mengalami epidemik sekali dalam 4-5 tahun. Faktor lingkungan dengan banyaknya genangan air bersih yang menjadi sarang nyamuk, mobilitas penduduk yang tinggi dan cepatnya transportasi antar daerah, menyebabkan sering terjadinya demam berdarah dengue. Indonesia termasuk dalam salah satu negara yang endemik demam berdarah dengue karena jumlah penderitanya yang terus menerus bertambah dan penyebarannya semakin luas (Soedarto, 2012).

Berdasarkan data dari Kementerian Kesehatan Indonesia sejak awal tahun 2019 jumlah penderita DBD yang dilaporkan mencapai 13.683 orang di seluruh Indonesia. Dari jumlah ini, angka kematian yang disebabkan kasus DBD mencapai 133 orang. Angka kematian tertinggi terjadi di Jawa Timur, yaitu 47 orang, lalu NTT dengan 14 orang, Sulawesi Utara dengan 13 orang, dan Jawa Barat dengan 11 orang. Kemenkes mencatat, jumlah kasus penderita DBD dari tahun lalu hingga tahun ini meningkat signifikan. Pada Januari 2018, Kemenkes hanya menerima laporan 6.800 kasus dengan angka kematian mencapai 43 orang. Berikut ini adalah 10 provinsi dengan jumlah kasus DBD tertinggi selama sebulan terakhir: Jawa Timur 2.657 kasus. Jawa Barat 2.008 kasus. Nusa Tenggara Timur 1.169 kasus. Jawa Tengah 1.027 kasus. Sulawesi Utara 980 kasus. Lampung 827 kasus. DKI Jakarta 613 kasus. Sulawesi Selatan 503 kasus. Kalimantan Timur 465 kasus. Sumatera Selatan 353 kasus (Kemenkes, 2019).

Kesehatan Provinsi Jawa Barat mencatat bahwa kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) yang terjadi di hampir seluruh kota dan kabupaten di Jawa Barat mengalami peningkatan khususnya di awal tahun 2019 ini. Menurut Sekretaris

Dinas Kesehatan Jabar, angka kesakitan di tahun 2019 hingga 31 Januari 2019 ini mencapai 2.461 kasus dimana 18 orang penderita diantaranya meninggal dunia. "5 daerah yang kasusnya cukup tinggi yaitu Kota Depok 319 kasus, Kabupaten Bandung 236 kasus, Kota Bandung 224 kasus, Kabupaten Bandung Barat 277 kasus dan Kota Cimahi 200 kasus" (Kesehatan Provinsi Jabar, 2019).

Berdasarkan data dari rekam medik RSUD dr Soekardjo Tasikmalaya periode Januari 2018 sampai Januari 2019 jumlah klien yang dirawat diruang perawatan rawat inap sebanyak (4.887) sedangkan klien yang mengalami DHF (82) orang atau (1,67%). Demam berdarah dengue adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus. Dikenal bermacam-macam jenis virus penyebab penyakit demam berdarah, tetapi di Indonesia hanya terdapat 2 jenis virus penyebab demam berdarah yaitu virus dengue dan virus chikungunya. Di antara kedua jenis virus tersebut dan yang terdapat di Indonesia, yaitu virus dengue merupakan penyebab terpenting dari demam berdarah. Oleh karena itu, penyakit demam berdarah yang kita kenal tepatnya bernama demam berdarah dengue, sesuai dengan nama virus penyebabnya. Walaupun penyakit *Dengue Haemorrhagic Fever* ini tidak menempati urutan ke 10 diruang penyakit dalam namun DHF dapat mengganggu pemenuhan kebutuhan dasar manusia yaitu ketidakefektifan termoregulasi ditandai dengan tanda dan gejala yaitu suhu tubuh diantara hipotermi dan hipertermi, kadang-kadang menggigil diikuti nyeri kepala, nyeri sendi dan otot, muka kemerahan, tidak nafsu makan dan timbul ruam kemerahan di kulit. Begitu juga berdasarkan dari hasil wawancara dengan perawat dan petugas kesehatan lainnya bahwa klien yang mengalami *Dengue Haemorrhagic Fever* selain mengalami peningkatan suhu

tubuh yang tinggi, setelah itu dapat mengalami fluktuasi suhu tubuh di antara hipotermi dan hipertermi atau disebut juga seperti siklus pelana kuda pada penderita DHF.

Sebagai petugas kesehatan harus bisa memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif meliputi bio, psiko, sosial, spiritual dan kultural yang dituntut untuk memberikan pendidikan kesehatan agar penyakit DHF tidak terjangkit kembali, apalagi sampai menyebabkan hal yang tidak diinginkan seperti kematian. Melihat fenomena diatas melatar belakangi penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) melalui penyusunan karya tulis ilmiah yang berjudul: “Asuhan Keperawatan Pada klien *Dengue Haemorrhagic Fever* dengan Ketidakefektifan Termoregulasi di Ruang Mawar 2 RSUD dr Soekardjo Tasikmalaya”.

1.2 Rumusan Masalah

Adapun rumusan masalah yang di muat dalam penulisan ini, yaitu Bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) dengan ketidakefektifan termoregulasi di ruang mawar 2 RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya Tahun 2019.

1.3 Tujuan Penelitian

Adapun tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini adalah sebagai berikut :

1.3.1 Tujuan Umum

Melaksanakan asuhan keperawatan pada klien *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) dengan ketidakefektifan termoregulasi di ruang mawar 2 RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

Penulis dapat melakukan asuhan keperawatan yang meliputi:

1. Melakukan pengkajian pada klien *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) dengan ketidakefektifan termoregulasi di ruang mawar 2 RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya pada tahun 2019.
2. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada klien *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) dengan ketidakefektifan termoregulasi di ruang mawar 2 RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya pada tahun 2019.
3. Menyusun perencanaan asuhan keperawatan pada klien *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) dengan ketidakefektifan termoregulasi di ruang mawar 2 RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya pada tahun 2019.
4. Melaksanakan rencana asuhan keperawatan pada klien *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) dengan ketidakefektifan termoregulasi di ruang mawar 2 RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya pada tahun 2019.
5. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan untuk menilai keberhasilan tindakan yang telah dilaksanakan pada klien *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) dengan ketidakefektifan termoregulasi di ruang mawar 2 RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya pada tahun 2019.
6. Menganalisa kesenjangan antara teori dengan kasus nyata asuhan keperawatan pada klien *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) dengan ketidakefektifan termoregulasi di ruang mawar 2 RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya pada tahun 2019.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Karya tulis ini diharapkan dapat menambah ilmu pengetahuan pembaca dan sebagai referensi peneliti selanjutnya dalam pengembangan ilmu pengetahuan mengenai asuhan keperawatan pada kasus *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) dengan ketidakefektifan termoregulasi di ruang mawar 2 RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya pada tahun 2019.

1.4.2 Manfaat Praktis

Melalui penelitian ini diharapkan dapat memberi manfaat bagi semua pihak yang terlibat dalam penelitian ini, yaitu sebagai berikut:

1. Bagi Perawat

Diharapkan karya tulis ini dapat menjadi sumbangsih referensi bagi perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada klien *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) dengan ketidakefektifan termoregulasi di ruang mawar 2 RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya pada tahun 2019.

2. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan karya tulis ini dapat digunakan sebagai acuan dan bahan pertimbangan dalam membuat standar operasional prosedur dalam menangani klien *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) dengan ketidakefektifan termoregulasi di ruang mawar 2 RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya pada tahun 2019.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan karya tulis ini dapat menambah naskah ilmiah yang dapat digunakan oleh mahasiswa-mahasiswa lainnya dan Civitas akademik sebagai salah satu dokumentasi untuk mengembangkan ilmu tentang asuhan keperawatan khususnya pada klien *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) dengan ketidakefektifan termoregulasi di ruang mawar 2 RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya pada tahun 2019.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Definisi *Dengeu Haemoragic Fever*

Dengue Haemoragic Fever (DHF) adalah penyakit yang terdapat pada anak-anak dan orang dewasa dengan gejala utama demam, nyeri otot dan sendi yang biasanya memburuk setelah dua hari pertama dan apabila timbul rejatan (flek) angka kematian akan cukup tinggi (Sujono Riyadi, 2010).

Dengue Haemoragic Fever (DHF) juga penyakit yang disebabkan virus dengue dan disebarkan oleh nyamuk *Aedes aegypti* yang disertai manifestasi perdarahan dan cenderung menimbulkan shock dan kematian (Misnadiarly, 2009).

Demam berdarah dengue (DBD) adalah penyakit menular mendadak yang disebabkan oleh virus dengue dan ditularkan oleh nyamuk *Aedes Aegypti* dan *Aedes Albopictus* (Kementerian Kesehatan RI, 2010). Dari beberapa pengertian diatas maka dapat disimpulkan bahwa DHF adalah penyakit demam yang bisa menyerang anak, orang dewasa yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti*.



Gambar 2.1

Nyamuk *Aedes Aegypti*

2.1.2 Anatomi Fisiologi Sistem Hematologi

Darah adalah organ khusus yang berbeda dengan organ lain karena berbentuk cairan. Cairan darah tersusun atas komponen sel yang tersuspensi dalam plasma darah. Cairan plasma sendiri merupakan cairan intravaskuler yang merupakan fraksi dari cairan ekstraseluler, sedangkan cairan yang terdapat unsur seluler darah merupakan bagian dari cairan intraseluler. Komponen seluler merupakan komponen yang menentukan jumlah Hematokrit atau disebut juga *Packed Cell Volume (PCV)*. Selain itu terdapat fragmen-fragmen sel yang tidak berinti yang disebut trombosit.

a. Trombosit

Trombosit merupakan partikel kecil, berdiameter dua sampai empat mikron, yang terdapat di dalam sirkulasi plasma darah. Karena dapat mengalami disintegrasi cepat dan mudah, jumlahnya selalu berubah berkisar antara 150.000 sampai dengan 450.000 per mm^3 darah.

Trombosit berperan penting dalam mengontrol perdarahan. Apabila terjadi cedera vaskuler, trombosit mengumpul pada tempat cedera tersebut. Substansi yang dilepaskan dari granula trombosit menyebabkan trombosit menempel satu dengan lainnya yang membentuk tambanan atau sumbatan yang sementara menghentikan perdarahan. Substansi lain dilepaskan dari trombosit dan memulai mekanisme rumit pembekuan darah yang disebut juga Clotting Cascade.

Akan tetapi mekanisme pembekuan ini hanya efektif pada perdarahan intensitas kecil misalnya pada pembuluh darah kecil atau rembesan

kapiler. Sedangkan pada perdarahan pembuluh darah besar atau arteri, mekanisme ini sulit mempertahankan kontinuitasnya oleh karena tekanan hidrostatik yang dihasilkan oleh jantung dan darah yang masih di dalam vaskuler.

Apabila elemen seluler diambil dari darah, bagian cairan yang tersisa dinamakan plasma darah. Plasma darah mengandung ion, protein, dan zat lain. Apabila plasma dibiarkan membeku, sisa cairan yang tertinggal dinamakan serum. Serum mempunyai kandungan yang sama dengan plasma, kecuali kandungan fibrinogen dan beberapa factor pembekuan.

Protein plasma tersusun terutama oleh albumin dan globulin. Globulin tersusun atas fraksi alfa, beta dan gama yang dapat dilihat dari laboratorium yang dinamakan elektroforesis protein. Gama globulin, yang tersusun terutama oleh anti bodi, dinamakan immunoglobulin. Protein ini dihasilkan oleh limfosit dan sel plasma. Protein plasma penting dalam fraksi alfa dan beta adalah globulin transpor dan faktor pembekuan yang dibentuk di hati. Globulin transpor membawa berbagai zat dalam bentuk terikat sepanjang sirkulasi. Misalnya tiroid terikat globulin, membawa tiroksin, dan transferin membawa besi. Faktor pembekuan, termasuk fibrinogen, tetap dalam keadaan tidak aktif dalam plasma darah sampai diaktifasi pada reaksi pada tahap-tahap pembekuan. Albumin terutama penting untuk pemeliharaan volume cairan dalam system vaskuler. Dinding kapiler tidak permeabel terhadap albumin, sehingga keberadaannya dalam plasma menciptakan gaya onkotik yang menjaga

cairan dalam rongga vaskuler. Albumin, yang dihasilkan oleh hati, memiliki kapasitas mengikat berbagai zat yang ada dalam plasma. Dalam hal ini, albumin berfungsi sebagai protein transpor untuk logam, asam lemak, bilirubin dan obat-obatan, diantara zat lainnya.

b. Trombositopenia

Trombositopenia didefinisikan sebagai jumlah trombosit di bawah $100.000 / \text{mm}^3$. hal ini bisa disebabkan oleh pembentukan trombosit yang berkurang atau penghancuran yang meningkat.

c. Hematokrit

Hematokrit yaitu suatu nilai kadar sel darah yang terdapat didalam plasma darah. Semakin tinggi nilai hematokrit, semakin tinggi viskositas atau kekentalan darah. Nilai hematokrit normal untuk pria berkisar antara 45 – 52%, sedangkan nilai hematokrit normal untuk wanita berkisar antara 36 – 48% (Koes Irianto, 2014).

2.1.3 Etiologi

Penyebab utama DHF adalah virus dengue yaitu dari kelompok arbovirus B. Sedangkan sebagai vektornya adalah melalui arthropoda seperti nyamuk dan lalat. Di Indonesia yang paling banyak sebagai vector virus dengue adalah jenis nyamuk aedes aegypti betina dan aedes albopictus. Sifat nyamuk senang tinggal pada air yang jernih dan tergenang, telurnya dapat bertahan sampai berbulan-bulan pada suhu 20-42C. Bila kelembapan terlalu rendah telur ini akan menetas dalam waktu 4 hari, kemudian untuk menjadi nyamuk dewasa ini memerlukan waktu 9 hari (Arita Murwani, 2011).

Demam dengue (DD) dan demam berdarah dengue (DBD) disebabkan oleh virus dengue yang termasuk kelompok B Arthropod Borne virus (Arboviroses) yang sekarang dikenal sebagai genus Flavivirus, family Flaviviridae dan mempunyai 4 jenis serotipe yaitu : DEN-1, DEN-2, DEN-3, DEN-4. Seseorang yang tinggal di daerah endemis dengue dapat terinfeksi oleh 3 atau 4 serotipe selama hidupnya, keempat serotipe ditemukan dan bersirkulasi sepanjang tahun. Serotipe DEN-3 merupakan serotipe yang terbanyak berhasil diisolasi(48,6%). Disusul berturut-turut DEN-2 (28,6%). DEN-1 (20%). DEN-4 (2,9%) (Koes Irianto, 2014).

2.1.4 Patofisiologi

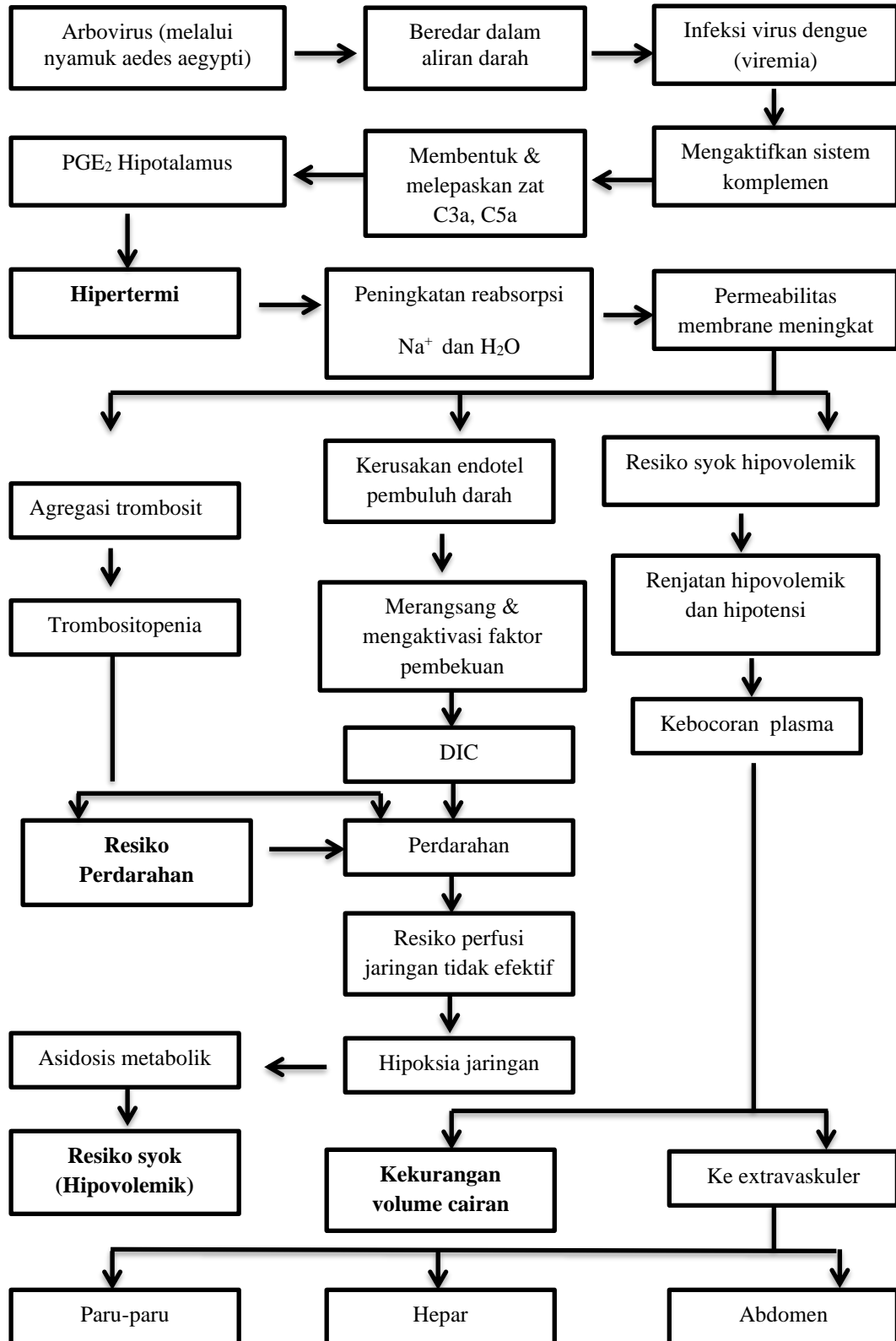
Virus dengue yang telah masuk ke tubuh penderita akan menimbulkan viremia. Hal tersebut menyebabkan pengaktifan komplemen sehingga terjadi kompleks imun Antibodi-virus. Pengaktifan tersebut akan membentuk dan melepaskan zat ($C3_a$ $C5_a$, bradikinin, serotonin, thrombin, histamine), yang akan merangsang PGE2 di Hipotalamus sehingga terjadi termoregulasi instabil yaitu hipertermia yang akan meningkatkan reabsorpsi Na^+ dan air sehingga terjadi hipovolemi. Hipovolemi juga dapat disebabkan peningkatan permeabilitas dinding pembuluh darah menyebabkan kebocoran plasma.

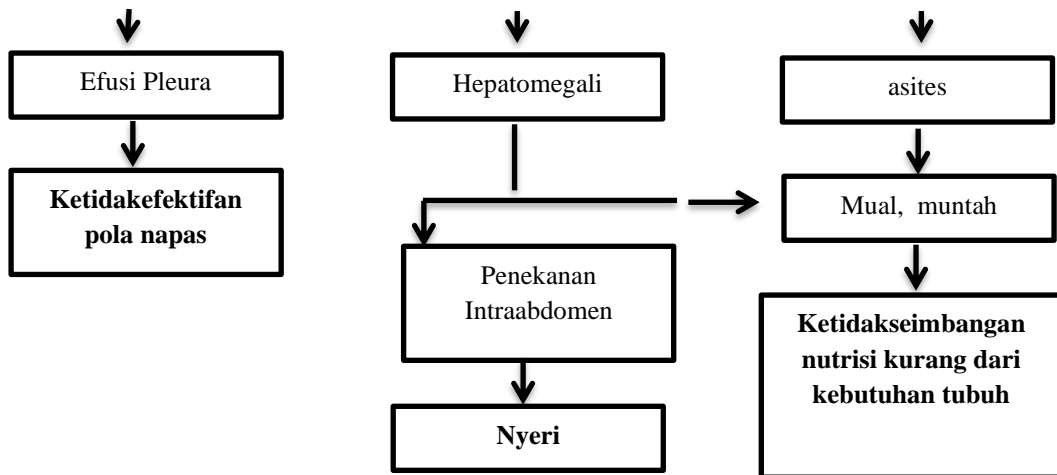
Adanya kompleks imun antibodi-virus juga menimbulkan Agregasi trombosit sehingga terjadi gangguan fungsi trombosit, trombositopeni, coagulopati. Ketiga hal tersebut menyebabkan perdarahan berlebihan yang jika berlanjut terjadi shock dan jika shock tidak teratasi terjadi hipoksia jaringan dan akhirnya terjadi asidosis metabolik. Asidosis metabolik juga disebabkan karena kebocoran plasma yang

akhirnya terjadi perlemahan sirkulasi sistemik sehingga perfusi jaringan menurun jika tidak teratasi terjadi hipoksia jaringan.

Masa virus dengue inkubasi 3-15 hari, rata-rata 5-8 hari. Virus hanya dapat hidup dalam sel yang hidup, sehingga harus bersaing dengan sel manusia terutama dalam kebutuhan protein. Persaingan tersebut sangat tergantung pada daya tahan tubuh manusia sebagai reaksi terhadap infeksi dan terjadi : (1) aktivasi sistem komplemen sehingga dikeluarkan zat anafilaktosin yang menyebabkan peningkatan permeabilitas kapiler sehingga terjadi perembesan plasma dari ruang intravaskuler ke extravaskuler, (2) agregasi trombosit menurun, apabila kelainan ini berlanjut akan menyebabkan kelainan fungsi trombosit sebagai akibatnya akan terjadi mobilisasi sel trombosit muda dari sumsum tulang dan (3) kerusakan sel endotel pembuluh darah akan merangsang atau mengaktivasi faktor pembekuan. Ketiga faktor tersebut akan menyebabkan (1) peningkatan permeabilitas kapiler; (2) kelainan hemostasis, yang disebabkan oleh vaskulopati; trombositopenia; dan kuagulopati.

Bagan 2.1.5
Patofisiologi Dengue Haemorrhagic Fever





Sumber (Amin Huda, 2015)

2.1.5 Klasifikasi *Dengue Haemorrhagic Fever*

Berdasarkan Patofisiologinya, DHF menurut World Health Organization (WHO) dapat diklasifikasikan menjadi 4 golongan, yaitu:

- a. Derajat I : Demam disertai gejala klinis lain tanpa perdarahan spontan. Panas 2-7 hari, Uji tourniquet positif, trombositopeni dan hemokonsentrasi.
- b. Derajat II : Sama dengan derajat I, ditambah dengan gejala-gejala perdarahan spontan seperti petekie, ekimosis, hematemesis, melena, perdarahan gusi.
- c. Derajat III : Ditandai oleh gejala kegagalan peredaran darah seperti nadi lemah dan cepat (>120 x/mnt) tekanan nadi sempit (120 mmHg), tekanan darah menurun, (120/80 , 120/100 , 120/110, 90/70, 80/70, 80/0, 0/0).
- d. Derajat IV : Nadi tidak teraba, tekanan darah tidak teratur (denyut jantung 140x/mnt) anggota gerak teraba dingin, berkeringat dan kulit tampak biru.(Misnadiarly, 2009).

2.1.6 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis pada penyakit DHF dapat dilihat berdasarkan kriteria diagnosa klinis dan laboratorium. Berikut ini tanda dan gejala penyakit DHF yang dapat dilihat dari penderita kasus DHF dengan gejala klinik dan laboratorium menurut WHO adalah :

1. Gejala Klinik
 - a. Demam tinggi mendadak 2 sampai 7 hari ($38 - 40^{\circ} \text{C}$).
 - b. Manifestasi perdarahan dengan bentuk: uji Tourniquet positif, Petekie (bintik merah pada kulit), Purpura(pendarahan kecil di dalam kulit), Ekimosis, Perdarahan konjungtiva (pendarahan pada mata), Epistaksis (pendarahan hidung), Perdarahan gusi, Hematemesis (muntah darah), Melena (BAB darah) dan Hematuri (adanya darah dalam urin).
 - c. Perdarahan pada hidung dan gusi.
 - d. Rasa sakit pada otot dan persendian, timbul bintik-bintik merah pada kulit akibat pecahnya pembuluh darah.
 - e. Pembesaran hati (*hepatomegali*).
 - f. Renjatan (syok), tekanan nadi menurun menjadi 20 mmHg atau kurang, tekanan sistolik sampai 80 mmHg atau lebih rendah.
 - g. Gejala klinik lainnya yang sering menyertai yaitu anoreksia (hilangnya selera makan), lemah, mual, muntah, sakit perut, diare dan sakit kepala.

2. Laboratorium

- a. Trombositopeni pada hari ke-3 sampai ke-7 ditemukan penurunan trombosit hingga 100.000 /mmHg.
- b. Hemokonsentrasi, meningkatnya hematokrit sebanyak 20% atau lebih (Depkes RI, 2016).

2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik

1. Pemeriksaan Laboratorium menurut (Misnadiarly, 2009)

Hasil pemeriksaan laboratorium DD adalah sebagai berikut :

- a. Jumlah leukosit biasanya normal pada awal demam, selanjutnya terjadi leucopenia yang berlangsung selama fase demam.
- b. Jumlah trombosit biasanya normal, juga terjadi pada faktor pembekuan darah lainnya. Namun demikian trombositopeni sering dijumpai pada kasus DD pada saat terjadi KLB/wabah.
- c. Pemeriksaan kimia darah dan enzim biasanya normal, tetapi enzim mungkin meningkat.

2. Pemeriksaan Penunjang menurut (Arita Muwarni, 2011)

a. Periksa hematokrit (Ht)

Ada kenaikan bisa sampai 20%

Normal : pria 40-54% dan wanita 35-47%

b. Uji tourniquet

Caranya : diukur tekanan darah kemudian diklem antara tekanan systole dan diastole selama 10 menit untuk dewasa dan 3-5 menit untuk anak-anak.

Positif bila ada butir-butir merah (petechie) kurang 20 pada diameter 2,5 inchi.

c. Test serologi (filter darah)

Ini diambil sebanyak 3x dengan memakai kertas saring (filter paper) yang pertama diambil pada waktu klien masuk rumah sakit, kedua diambil pada waktu akan pulang dan ketiga diambil 1-3 mg setelah pengambilan yang kedua. Kertas ini disimpan pada suhu kamar sampai menunggu saat pengiriman.

2.1.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) menurut (Nabil, 2013) yaitu:

1. Penatalaksanaan DHF :
 - a. Tirah baring
 - b. Makan lunak dan diberi minum 1-2 liter dalam 24 jam.
 - c. Untuk hiperpireksia dapat diberi kompres.
 - d. Berikan antibiotik bila terdapat kemungkinan terjadi infeksi.
2. Pada pasien dengan tanda renjatan :
 - a. Pemasangan infus Ringer Laktat atau Asering dan dipertahankan selama 12-48 jam setelah renjatan diatasi.
 - b. Observasi keadaan umum (tanda-tanda vital).

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan adalah serangkaian tindakan sistematis berkesinambungan, yang meliputi tindakan untuk mengidentifikasi masalah kesehatan individu

atau kelompok, baik yang aktual maupun yang potensial kemudian merencanakan tindakan untuk menyelesaikan, mengurangi, atau mencegah terjadinya masalah baru dan melaksanakan tindakan (Muttaqin, 2009).

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian pada klien dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* merupakan salah satu aspek penting dalam proses keperawatan. Hal ini untuk merencanakan tindakan selanjutnya. Perawat mengumpulkan data dasar mengenai informasi status terkini klien tentang pengkajian suhu sebagai prioritas pengkajian. Pengkajian sistematis klien mencakup riwayat yang cermat, khususnya yang berhubungan dengan gambaran gejala. Terjadi peningkatan suhu tubuh, nyeri atau pegal linu di sendi dan di otot, pusing kepala, kulit kadang teraba panas dan kadang dingin, berkeringat.

a. Pengumpulan Data

1) Identitas

a) Identitas Klien

Meliputi nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, suku/bangsa, agama, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, nomor medrec, diagnosis medis dan alamat.

b) Identitas Penanggung Jawab

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, hubungan dengan klien dan alamat.

2) Riwayat Kesehatan

a) Keluhan Utama

Keluhan utama merupakan keluhan pada saat dikaji dan bersifat subjektif. Pada klien *Dengue Haemorrhagic Fever* keluhan utama biasanya muncul demam tinggi, sakit kepala, lemah, nyeri ulu hati, mual, nafsu makan menurun, nyeri sendi (Desnawati, 2013).

b) Riwayat Kesehatan Sekarang

Riwayat penyakit sekarang merupakan dari keluhan utama yang dirasakan klien melalui metode PQRST yaitu Paliatif (penyebab keluhan utama), Qualitatif (sampai dimana), Region (daerah mana saja yang dikeluhkan), Skala (yang dapat memperberat dari meringankan keluhan utama) dan Time (kapan terjadinya keluhan utama) dalam bentuk narasi. Kekurangan cairan tubuh yang diakibatkan oleh penurunan kadar trombosit hingga menimbulkan demam dan terjadinya perdarahan baik yang terlihat maupun tidak, sehingga jika keadaan tidak tertangani dan keseimbangan cairan dan elektrolit tubuh tidak terjaga, maka dapat terjadi komplikasi berupa terjadinya DSS (Dengue Shock Syndrome) sampai terjadinya kematian.

c) Riwayat Kesehatan Lalu

Pengkajian riwayat penyakit dahulu yang mendukung dengan mengkaji apakah sebelumnya klien pernah menderita demam

berdarah, DM, hipertensi, dll. Tanyakan mengenai obat-obat yang biasa diminum oleh klien pada masa lalu yang masih relevan.

d) Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat adanya penyakit DHF didalan keluarga yang lain (yang tinggal di dalam satu rumah atau beda rumah dengan jarak rumah yang berdekatan) sangat menentukan karena ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes Aigepty*.

3) Riwayat Kesehatan Lingkungan

Daerah atau tempat yang sering dijadikan tempat tinggal nyamuk ini adalah lingkungan yang kurang pencahayaan dan sinar matahari, banyak genangan air, vas bunga yang jarang diganti airnya, kaleng bekas tempat penampungan air, botol dan bekas. Tempat-tempat seperti ini banyak dibuat sarang nyamuk jenis ini. Perlu ditanyakan pula apakah didaerah itu ada riwayat wabah DHF karena inipun juga dapat terulang kapan-kapan.

4) Keadaan Umum

Pada pemeriksaan keadaan umum klien *Dengue Haemorrhagic Fever* biasanya didapatkan kesadaran yang baik atau *compos mentis*. TTV normal : TD : 120/80 mmHg, N : 80-100 x/menit, R : 16-20x/menit, S : 36,5-37,0 °C (Muttaqin, 2009).

5) Pemeriksaan Fisik Persistem

a) Sistem Pernapasan

Respon imobilisasi atau tirah baring dapat terjadi penumpukan lendir pada bronchi dan bronkiolus, perhatikan bila klien tidak bisa batuk dan mengeluarkan lendir lakukan auskultasi untuk mengetahui kelembapan dalam paru-paru.

b) Sistem Kardiovaskular

Akan ditemukan nadi lemah, cepat disertai penurunan tekanan nadi (menjadi 20 mmhg atau kurang), tekanan darah menurun (sistolik sampai 80 mmHg atau kurang), disertai teraba dingin di kulit dan sianosis merupakan respon terjadi syok, CRT mungkin lambat karena adanya syok hipovolemik akibat perdarahan hebat.

c) Sistem Persyarafan

1. Test Nervus Cranial

a. Nervus Olfaktorius (N.I)

Nervus Olfaktorius merupakan saraf sensorik yang fungsinya hanya satu, yaitu mencium bau, (penciuman, pembauan). Kerusakan saraf ini menyebabkan hilangnya penciuman (anosmia), atau berkurangnya penciuman (hiposmia) (Judha & Rahil, 2011).

b. Nervus Optikus (N.II)

Penangkap rangsang cahaya ialah sel batang dan kerucut yang terletak di retina. Impuls alat kemudian dihantarkan

melalui serabut saraf yang membentuk nervus optikus (Judha & Rahil, 2011).

c. Nervus Okulomotorius, Trochlearis, Abducent (N.III,IV,VI)

Fungsi nervus III,IV,VI saling berkaitan dan diperiksa bersama-sama. Fungsinya ialah menggerakkan otot mata ekstraokuler dan mengangkat kelopak mata. Serabut otonom nervus III mengatur otot pupil (Judha & Rahil, 2011).

d. Nervus Trigeminus (N.V)

Terdiri dari dua bagian yaitu bagian sensorik (pars mayor) dan bagian motorik (pars minor). Bagian motorik mengurus otot mengunyah (Judha & Rahil, 2011).

e. Nervus Facialis (N. VII)

Nervus Fasialis merupakan saraf motorik yang menginervasi otot-otot ekspresi wajah. Juga membawa serabut parasimpatis ke kelenjar ludah dan lakrimalis. Termasuk sensasi pengecapan 2/3 bagian anterior lidah (Judha & Rahil, 2011).

f. Nervus Auditorius (N.VIII)

Sifatnya sensorik, mensarafi alat pendengaran yang membawa rangsangan dari telinga ke otak. Saraf ini memiliki 2 buah kumpulan serabut saraf yaitu rumah keong (koklea) disebut akar tengah adalah saraf untuk mendengar dan pintu halaman (vestibulum), disebut akar belakang adalah saraf untuk keseimbangan (Judha & Rahil, 2011).

g. Nervus Glasofaringeus

Sifatnya majemuk (sensorik dan motorik), yang mensarafi faring, tonsil dan lidah (Judha & Rahil, 2011).

h. Nervus Vagus

Kemampuan menelan kurang baik dan kesulitan membuka mulut (Judha & Rahil, 2011).

i. Nervus Assesorius

Saraf XI menginervasi sternocleidomastoideus dan trapezius menyebabkan gerakan menoleh (rotasi) pada kepala (Judha & Rahil, 2011).

j. Nervus Hipoglosus

Saraf ini mengandung serabut somato sensorik yang menginervasi otot intrinsik dan otot ekstrinsik lidah (Judha & Rahil, 2011).

d) Sistem Pencernaan

Akan ditemukan rasa mual, muntah dapat terjadi sebagai respon dari infeksi *Dengue Haemorrhagic Fever* sehingga dapat menyebabkan penurunan nafsu makan. Selain itu diare atau konstipasi juga dapat terjadi akibatnya klien akan mengalami asupan tidak adekuat dan perubahan eliminasi BAB.

e) Sistem Genitourinaria

Dipalpasi bagaimana keadaan blas serta apakah terdapat pembesaran ginjal dan perkusi apakah klien merasa sakit serta tanyakan apakah ada gangguan saat BAK.

f) Sistem Endokrin

Melalui auskultasi, pemeriksa dapat mendengar bising. Bising kelenjar tiroid menunjukkan peningkatan vaskularisasi akibat hiperfungsi tiroid (Muttaqin, 2009).

g) Sistem Integumen

Kebocoran plasma dari ruang intravaskuler ke ruang ekstrasvaskuler salah satunya akan berdampak pada perdarahan di bawah kulit berupa, ptekie, purpura serta akan terjadi peningkatan suhu tubuh (hipertermi).

h) Sistem Muskuloskeletal

Biasanya ditemukan adanya keluhan nyeri otot dan sendi terutama bila sendi dan otot perut ditekan, pusing dan pegal-pegal seluruh tubuh. Akibatnya akan ditemukan gangguan rasa nyaman.

i) Sistem Pengelihatatan

Kebersihan mata baik, tidak terdapat kotoran pada kelopak mata, refleks pupil baik terhadap cahaya, konjungtiva merah muda, pergerakan bola mata bebas dan daya akomodasi baik, klien dapat membaca dari jarak 5 meter, tidak ada lesi.

6) Aktifitas Sehari-hari

a) Nutrisi

Perlu dikaji keadaan makanan dan minuman klien meliputi : porsi yang dihabiskan, susunan menu, keluhan mual dan muntah, kehilangan nafsu makan, nyeri ulu hati sebelum atau pada waktu masuk rumah sakit, yang terpenting adalah perubahan pola makan setelah sakit, penurunan turgor kulit, berkeringat, penurunan berat badan.

b) Eliminasi

Kaji kebiasaan BAB dan BAK, frekuensi, jumlah, konsistensi, warna dan masalah yang berhubungan dengan pola eliminasi. Biasanya akan ditemukan pola eliminasi BAB, yaitu diare atau konstipasi.

c) Pola Istirahat

Kaji kebiasaan tidur sehari-hari, lamanya tidur siang dan malam serta masalah yang berhubungan dengan kebiasaan tidur. Akan ditemukan pola tidur akibat dari manifestasi DHF seperti nyeri otot, demam, dan lain-lain.

d) Personal Hygiene

Kaji kebiasaan mandi, gosok gigi, cuci rambut dan memotong kuku, mencakup frekuensi. Pada klien DHF akan dianjurkan untuk tirah baring sehingga memerlukan bantuan dalam kebersihan diri.

e) Aktifitas

Kaji kebiasaan aktivitas yang dilakukan di lingkungan dan masyarakat : mandiri atau tergantung. Pada klien DHF akan dianjurkan untuk tirah baring sehingga memerlukan bantuan ADL.

7) Data Psikologi

Meliputi riwayat psikologis klien yang berhubungan dengan kondisi penyakitnya serta dampaknya terhadap kehidupan sosial klien.

8) Data Spiritual

Pengkajian spiritual klien meliputi beberapa dimensi yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitif dan perilaku klien. Perawat mengumpulkan pemeriksaan awal pada klien tentang kapasitas fisik dan intelektualnya saat ini.

9) Data Sosial

Hubungan klien dengan keluarga baik dan di lingkungan klien selalu berhubungan dengan tetangga dan warga sekitar.

10) Data Penunjang

- a) Darah rutin meliputi Hemoglobin, Hematokrit, Trombosit, Leukosit.
- b) Pemeriksaan urine meliputi ureum, kreatinin untuk mengetahui fungsi ginjal.
- c) USG untuk menilai apakah ada hepatomegali.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Rumusan diagnosa keperawatan didapatkan setelah dilakukan analisa masalah sebagai hasil dari pengkajian kemudian dicari etiologi permasalahan sebagai penyebab timbulnya masalah keperawatan tersebut. Perumusan diagnosa keperawatan disesuaikan dengan sifat masalah keperawatan yang ada, apakah bersifat actual, potensial maupun resiko. Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien *Dengue Haemorrhagic Fever* menurut (Dongoes, 2012) dan (NANDA 2018-2020) adalah :

- a. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi virus dengue
- b. Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh
- c. Resiko ketidakseimbangan volume cairan
- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kondisi tubuh yang lemah
- e. Ansietas berhubungan dengan ketidaktahuan tentang penyakit dan tindakan perawatan yang dilakukan
- f. Deficit perawatan diri : mandi, berpakaian, makan dan eliminasi
- g. Nyeri akut berhubungan dengan proses infeksi virus dengue

2.2.3 Intervensi

Berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul maka dibuat perencanaan intervensi keperawatan dan aktifitas keperawatan. Tujuan perencanaan adalah membuat perencanaan yang sistematis tentang tindakan yang akan dilaksanakan dalam rangka mengurangi, menghilangkan dan mencegah masalah keperawatan yang dialami oleh klien. Perencanaan keperawatan ini disusun secara mandiri atau bersama keluarga klien dan pelaksanaan perawatan di ruangan. Berdasarkan

diagnose keperawatan diatas dapat ditetapkan tujuan, intervensi dan rasionalnya menurut (Dongoes, 2012) sebagai berikut :

- a. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi virus dengue

Tujuan : peningkatan suhu tubuh teratasi.

Tabel 2.1 Intervensi Hipertermi

INTERVENSI	RASIONAL
1. kaji saat timbulnya demam	1. untuk mengidentifikasi pola demam klien.
2. observasi tanda-tanda vital : suhu, nadi, tensi, pernapasan setiap 3 jam atau lebih sering.	2. tanda-tanda vital merupakan acuan untuk mengetahui keadaan umum klien.
3. berikan penjelasan pada orang tua klien tentang hal-hal yang dapat dilakukan untuk mengatasi demam dan menganjurkan untuk kooperatif.	3. keterlibatan keluarga sangat berarti dalam proses penyembuhan klien di rumah sakit.
4. jelaskan pentingnya tirah baring bagi klien dan akibatnya jika hal tersebut tidak dilakukan.	4. penjelasan yang diberikan kepada orang tua klien akan memotivasi klien untuk kooperatif.
5. anjurkan orang tua klien agar klien banyak minum.	5. peningkatan suhu tubuh mengakibatkan penguapan tubuh meningkat sehingga perlu diimbangi dengan asupan cairan yang banyak.
6. berikan kompres dingin (pada daerah axilla dan lipatan paha).	6. kompres air dingin akan membantu mengurangi menurunkan suhu tubuh.
7. anjurkan untuk tidak memakai selimut atau pakaian tebal.	7. pakaian yang tipis akan membantu mengurangi penguapan tubuh.
8. Berikan terapi cairan intravena dan obat-obatan sesuai dengan program dokter.	8. pemberian cairan sangat penting bagi klien dengan suhu tubuh tinggi.

Sumber : Dongoes, 2012

b. Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh

Tujuan : pemenuhan nutrisi dapat teratasi dengan intake makanan yang adekuat sesuai kebutuhan.

Tabel 2.2 Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi : Kurang Dari Kebutuhan Tubuh

INTERVENSI	RASIONAL
1. timbang berat badan.	1. memberikan informasi tentang kebutuhan diet/keefektifan terapi.
2. anjurkan istirahat sebelum makan.	2. menenangkan peristaltic dan meningkatkan energy untuk makan.
3. berikan kebersihan oral.	3. mulut yang bersih dapat meningkatkan rasa makanan.
4. anjurkan istirahat sebelum makan.	4. menenangkan peristaltic dan meningkatkan energy untuk makan.

Sumber : Dongoes, 2012

c. Resiko ketidakseimbangan volume cairan

Tujuan : kekurangan volume cairan dapat teratasi.

Tabel 2.3 Intervensi Resiko Ketidakseimbangan Volume Cairan

INTERVENSI	RASIONAL
1.kaji keadaan umum klien (lemah, pucat, takikardi) serta tanda-tanda vital.	1. menetapkan data dasar klien, untuk mengetahui dengan cepat penyimpangan dari keadaan normalnya.
2 observasi adanya tanda-tanda syok.	2. agar dapat segera dilakukan tindakan untuk menangani syok yang dialami.
3. anjurkan klien untuk banyak minum.	3. asupan cairan sangat diperlukan untuk menambah volume cairan tubuh.
4. kaji tanda dan gejala dehidrasi / hipovolemik (riwayat muntah, diare, kehausaan, turgor jelek).	4. untuk mengetahui penyebab deficit cairan. Jika pengeluaran urine < 25 ml/jam maka klien mengalami syok.
5. kaji perubahan keluaran urine (urine output ,25 ml/jam atau 600 ml/hari).	5. untuk mengetahui keseimbangan cairan.
6. kolaborasi dengan dokter untuk pemberian cairan intravena.	6. pemebrian cairan IV sangat penting bagi klien yang mengalami deficit volume cairan dengan keadaan umum yang buruk karena cairan langsung masuk ke dalam pembuluh darah.

Sumber : Dongoes, 2012

d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kondisi tubuh yang lemah.

Tujuan : kebutuhan aktivitas sehari-hari terpenuhi secara mandiri atau dengan bantuan orang lain.

Tabel 2.4 Intervensi Intoleransi Aktivitas

INTERVENSI	RASIONAL
1. motivasi klien untuk melakukan apa saja secara mandiri atau dengan bantuan keluarga, seperti : mandi, duduk/bangun dari tempat tidur, tingkatkan tingkat aktifitas sesuai kemampuan.	1.meningkatkan kekuatan / stamina dan memampukan klien menjadi lebih efektif.
2. anjurkan klien agar setiap perubahan posisi dari tidur mau bangun atau berdiri harus secara bertahap dan perlahan-lahan.	2. dengan perubahan posisi secara bertahap maka akan memberikan kesempatan bagi tubuh untuk melakukan mekanisme hemostatic sehingga perfusi ke otak akan lebih maksimal.

Sumber : Dongoes, 2012

e. Ansietas berhubungan dengan ketidaktahuan tentang penyakit dan tindakan perawatan yang dilakukan.

Tujuan : kecemasan dan ketakutan berkurang.

Tabel 2.5 Intervensi Ansietas

INTERVENSI	RASIONAL
1. berikan edukasi tentang penyakitnya dan cara terjadinya penyakit.	1. dengan memberikan edukasi tentang penyakitnya, klien dapat mencegah untuk terjadinya kembali penyakit yang serupa
2. dorong klien untuk menjawab pertanyaan yang diberikan oleh perawat.	2. dengan menjawab menandakan klien mengerti yang dijelaskan oleh perawat.

Sumber : Dongoes, 2012

f. Deficit perawatan diri : mandi, berpakaian, makan, dan eliminasi

Tujuan : kebutuhan personal hygiene klien dapat teratasi.

Tabel 2.6 Intervensi Deficit Perawatan Diri

INTERVENSI	RASIONAL
1. kaji kebersihan klien secara keseluruhan.	1. Dengan mengkaji kebersihan klien secara keseluruhan dapat membantu memilih intervensi selanjutnya.
2. bantu klien dan keluarganya dalam pemenuhan kebutuhan personal hygiene.	2. dengan membantu klien dan keluarga dapat meningkatkan pemenuhan personal hygiene terhadap klien.
2. berikan edukasi tentang cara-cara perawatan diri.	3. dengan memberikan penkes dapat membantu orang tua klien dalam memberikan perawatan terhadap anak selama sakit.

Sumber : Dongoes, 2012

g. Nyeri akut berhubungan dengan proses infeksi virus

Tabel 2.7 Intervensi Nyeri Akut

INTERVENSI	RASIONAL
1. kaji tingkat nyeri, intensitas, skala, karakteristik nyeri	1. nyeri merupakan pengalaman subjektif dan harus dijelaskan oleh klien. Identifikasi karakteristik nyeri dan faktor yang berhubungan merupakan suatu hal yang sangat penting untuk memilih intervensi yang cocok dan untuk mengevaluasi keefektifan dari terapi yang diberikan.
2. Observasi tanda-tanda vital.	2. tanda-tanda vital merupakan kompensasi tubuh bila dalam masalah
3. observasi adanya tanda-tanda nyeri nonverbal seperti gelisah.	3. merupakan indicator derajat nyeri yang tidak langsung dialami. Sakit kepala mungkin bersifat akut atau kronis, jadi manifestasi fisiologis bisa muncul/tidak.
4. berikan kompres dingin pada kepala	4. meningkatkan rasa nyaman
5. anjurkan untuk beristirahat dalam ruangan yang tenang	5. menurunkan stimulasi yang berlebihan yang dapat mengurangi sakit kepala
6. kolaborasi dengan dokter p[emberian analgetik.	6. analgetik akan mengurangi rasa nyeri pada kepala Karen aobat analgetik memblok reseptor nyeri sehingga nyeri tidak dapat dipersepsikan.

2.2.4 Implementasi

Implementasi merupakan pelaksanaan perencanaan keperawatan oleh perawat dan klien. Hal-hal yang harus diperhatikan ketika melakukan implementasi adalah intervensi dilakukan sesuai dengan rencana setelah dilakukan validasi, penguasaan keterampilan interpersonal, intelektual dan teknis. Intervensi harus dilakukan dengan cermat dan efisien pada situasi yang tepat. Implementasi yang dilakukan pada klien dengan DHF yaitu ada 3 tahap, yaitu :

1. Perawatan

Perawatan klien dengan DHF harus dilaksanakan di rumah sakit oleh karena kompleksitas permasalahan serta perlunya tindakan medis khususnya dalam pemberian cairan.

2. Diet

Diet diberikan sesuai dengan keadaan penderita dan adanya keluhan mual, muntah dan anoreksia.

3. Obat

- a. Pemberian Vitamin dan suplemen
- b. Antibiotic untuk mencegah infeksi

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan klien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Tujuan dari evaluasi ini adalah untuk pertama mengakhiri rencana tindakan keperawatan, kedua memodifikasi rencana tindakan keperawatan, ketiga meneruskan rencana tindakan keperawatan (Rohman dkk, 2009).

a. Macam-macam Evaluasi :

- 1) Evaluasi proses (Formatif)
 - a) Evaluasi yang dilakukan setiap selesai tindakan
 - b) Berorientasi pada etiologi
 - c) Dilakukan secara terus-menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai.
- 2) Evaluasi hasil (Sumatif)
 - a) Evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna.
 - b) Berorientasi pada masalah keperawatan
 - c) Menjelaskan keberhasilan dan ketidakberhasilan
 - d) Rekapitulasi dan kesimpulan status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan.

Catatan perkembangan berisikan perkembangan atau kemajuan dari tiap-tiap masalah yang telah dilakukan tindakan dan disusun oleh semua anggota yang terlibat dengan menambahkan catatan perkembangan pada lembaran yang sama. Catatan dengan kata-kata dapat dipakai pada pengisian status tentang data yang menonjol dari tiap masalah atau menggunakan format S O A P I E R, yaitu :

S : Data Subjective

O : Data Objective

A : Analisa

P : Planning

I : Implementasi

E : Evaluasi

R : Reassessment

Sehingga evaluasi pada klien dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) adalah:

- a. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit
- b. Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh dapat teratasi
- c. Resiko ketidakseimbangan volume cairan tidak terjadi
- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kondisi tubuh yang lemah dapat teratasi
- e. Ansietas berhubungan dengan ketidaktahuan tentang penyakit dan tindakan perawatan yang dilakukan dapat teratasi
- f. Defisit perawatan diri : mandi, berpakaian, makan dan eliminasi dapat teratasi
- g. Nyeri akut berhubungan dengan proses infeksi virus dapat teratasi