

**STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.Y
DENGAN DHF DI RUANG ASA RUMAH SAKIT
DR OEN SOLO BARU**



KARYA TULIS ILMIAH

Disusun Sebagai Tugas Akhir
Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan Menyelesaikan
Program Studi Diploma III Keperawatan

Disusun Oleh :

Sischa Tri Rahayu Ningsih

NIM : D3A2022.075

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PANTI KOSALA
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
TAHUN 2025**

STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.Y DENGAN DHF DI RUANG ASA RUMAH SAKIT DR OEN SOLO BARU

Sischa Tri Rahayu Ningsih¹, Risa Setia Ismadani², Yuliana³

Prodi D3 Keperawatan¹, STIKES PANTI KOSALA²

ABSTRAK

Latar Belakang : *Dengue Hemorrhage Fever* (DHF) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus dengue yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes Aegypti*. Gejala DHF sangat bervariasi seperti demam tinggi, nyeri otot dan sendi, sakit kepala parah, nyeri dibelakang mata, ruam kulit, mual dan muntah, perdarahan, sianosis, syok dengue, penurunan trombosit, dan gangguan fungsi hati. Pasien dengan DHF dengan trombositopenia akan mengalami perdarahan kulit, seperti petekie atau perdarahan mukosa di mulut. Salah satu komplikasi pada pasien dengan DHF adalah syok yang berat dan memanjang dan perdarahan berat.

Tujuan: Tujuan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah untuk mengetahui tindakan keperawatan yang tepat pada pasien dengan *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF).

Metode : Penelitian ini menggunakan metode studi deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Subjek adalah seorang pasien DHF yang menjalani perawatan di gedung ASA RUMAH SAKIT Dr. OEN SOLO BARU. Data diperoleh melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan telah dokumentasi medis pasien.

Hasil: diagnosa keperawatan yang ditemukan pada saat pengelolaan pasien *Dengue Hemorrhage Fever* (DHF) adalah risiko perdarahan, dan konstipasi.

Kesimpulan : pada pasien dengan DHF harus dilakukan pemantauan perdarahan dengan cek angka trombosit secara berkala untuk menghindari komplikasi syok pada pasien dengan DHF.

Kata Kunci : *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF), diagnosis keperawatan, risiko perdarahan.

CASE STUDY OF NURSING CARE OF Mrs.Y WITH DHF IN THE ASA ROOM OF DR OEN SOLO BARU HOSPITAL

Sischa Tri Rahayu Ningsih¹, Risa Setia Ismadani², Yuliana³

Prodi D3 Keperawatan¹, STIKES PANTI KOSALA²

ABSTRACT

Background: Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) is an infectious disease caused by the dengue virus transmitted through the bite of the *Aedes Aegypti* mosquito. Symptoms of DHF vary widely, such as high fever, muscle and joint pain, severe headache, pain behind the eyes, skin rash, nausea and vomiting, bleeding, cyanosis, dengue shock, decreased platelets, and impaired liver function. Patients with DHF with thrombocytopenia will experience skin bleeding, such as petechiae or mucosal bleeding in the mouth. One of the complications in patients with DHF is severe and prolonged shock and severe bleeding. **Objective:** The purpose of writing this Scientific Paper is to determine the appropriate nursing actions for patients with Dengue Hemorrhagic Fever (DHF). **Method:** This study uses a descriptive study method with a case study approach. The subject is a DHF patient undergoing treatment at the ASA building of Dr. OEN SOLO BARU HOSPITAL Data was obtained through interviews, observations, physical examinations, and patient medical documentation. **Results:** nursing diagnoses found during the management of Dengue Hemorrhage Fever (DHF) patients are the risk of bleeding, and constipation. **Conclusion:** in patients with DHF, bleeding monitoring must be carried out by checking platelet counts periodically to avoid shock complications in patients with DHF.

Keywords: Dengue Hemorrhagic Fever (DHF), bleeding diagnosis, bleeding risk.

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH :
STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. Y DENGAN
DHF DI RUANG ASA RUMAH SAKIT Dr. OEN SOLO BARU

OLEH

SISCHA TRI RAHAYU NINGSIH
NIM. D3A2022.075

Telah dipertahankan di depan Tim Penguji
Pada tanggal 27 Mei 2025
Dan telah diperbaiki sesuai masukan Penguji
Sehingga dapat memenuhi syarat untuk diterima

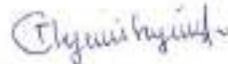
Susunan Tim Penguji

Ketua Tim Penguji

Tim



Budi Kristanto, S.Kep., Ns., M.Kep. 1. Warsini, S.S.T., M.P.H.



2. Tri Yahya Christina, S.Kep., Ns., M.Kep.

Sukoharjo, 10 Juni 2025

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN

PANTI KOSALA



Ratna Indriati, A., M.Kes.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Sischa Tri Rahayu Ningsih

Nim : D3A2022.075

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa laporan karya tulis ilmiah yang berjudul **“Studi Kasus Asuhan Keperawatan Pada Ny.Y Dengan s DHF di Ruang ASA Rumah Sakit Dr Oen Solo Baru”** adalah benar-benar karya saya sendiri. Hal-hal yang bukan karya saya dalam laporan karya tulis ilmiah ini diberi tanda citasi dan ditunjukkan dalam daftar pustaka.

Apabila dikemudian hari terbukti pernyataan saya tidak benar, maka saya bersedia menerima sanksi akademik yang sudah ditentukan.

Sukoharjo, Mei 2025

Yang membuat pernyataan,

Sischa Tri R.N

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat dan anugerah-Nya, penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan judul “Studi Kasus Asuhan Keperawatan Pada Ny.Y Dengan s DHF di Ruang ASA Rumah Sakit Dr Oen Solo Baru” . Karya tulis ilmiah ini disusun sebagai tugas akhir untuk memenuhi sebagian persyaratan menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan PANTI KOSALA.

Penulisan karya tulis ilmiah ini dapat penulis selesaikan berkat bantuan banyak pihak. Untuk itu, perkenankan penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Ratna Indriati, A.M.Kes, selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan PANTI KOSALA.
2. Dr.Ivan Oetomo,MPH.,FISQua, selaku direktur utama Rumah Sakit Dr.OEN SOLO BARU
3. Bp Budi Kristanto Ns.,M.Kep selalu kaprodi D3 Keperawatan Stikes Panti Kosala
4. Ibu Risa Setia Ismadani, S,Kep.,Ns.,M.H.P.M, selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan teknis dan masukkan materi dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
5. Ibu Warsini,SST.,MPH selaku dosen penguji yang telah memberikan masukan serta arahan dalam penulisan karya tulis ilmiah.
6. Ibu Tri Yahya Christina,S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku dosen penguji yang telah memberikan arahan dalam penulisan karya tulis ilmiah.
7. Bapak Ibu dosen dan Staf Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan PANTI KOSALA yang telah mendorong dan membantu untuk penyelesaian karya tulis ilmiah.
8. Kepala ruang dan Staf ruang perawatan gedung ASA Rumah Sakit Dr. OEN SOLO BARU yang telah membantu proses pengumpulan data.
9. Kedua Orangtua yang telah memberikan dukungan,motivasi dan semangat kepada penulis sehingga karya tulis ini dapat terselesaikan dengan baik.
10. Bulik Karsini ,Bulik Karyati dan keluarga yang telah memberikan dukungan dan semangat kepada penulis sehingga penulis mampu menyelesaikan karya tulis ini dengan baik.
11. Teman saya Rima Pratiwi yang telah memberikan dukungan dan membantu penulis sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik.

Penulis menyadari bahwa penulisan tugas karya tulis ilmiah ini masih ada kekurangan, oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan kritik yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan penulisan di waktu yang akan datang. Semoga karya tulis ilmiah ini bermanfaat bagi semua pihak.

Sukoharjo, Mei 2025

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
ABSTRAK	ii
ABSTRACT	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI	viii
BAB I. PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	3
C. Tujuan Penulisan	4
D. Manfaat Penulisan	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Asuhan Keperawatan.....	6
B. Konsep DHF (<i>Dengue Hemoragic Fever</i>).....	13
BAB III METODE PENULISAN	
A. Desain Penelitian	32
B. Subyek Penelitian	32
C. Fokus Penelitian	32
D. Definisi Operasional.....	33
E. Instrumen Pengumpulan Data	33
F. Metode Pengumpulan Data.....	33
G. Analisa Data.....	34
H. Tempat dan Waktu	34
I. Ruang Lingkup.....	34
BAB IV RESUME KASUS DAN PEMBAHASAN	
A. Resume Kasus.....	36
B. Pembahasan.....	59
BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan	86
B. Implikasi Perawatan	87
DAFTAR PUSTAKA.....	88

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Dengue Hemorrhage Fever (DHF) adalah penyakit demam akut yang dapat menyebabkan kematian dan disebabkan oleh empat serotype virus dan genus flavivirus, virus RNA dari keluarga *flaviviridae* (Soedarto, 2012) sebagaimana dikutip oleh Purnamawati (2022)⁷. Empat serotipe virus dengue yaitu DEN-1, DEN-2, DEN-3 dan DEN-4. Keempatnya ditemukan di Indonesia dengan DEN-3 serotipe terbanyak (Nurarif & Kusuma, 2016). *Dengue Hemorrhage Fever* (DHF) umumnya ditularkan melalui nyamuk yang terinfeksi virus dengue. Pada pasien DHF dapat ditemukan beberapa gejala seperti suhu tubuh tinggi serta menggigil, mual, muntah, pusing, pegal-pegal, bintik-bintik merah pada kulit. Pada hari ke 2-7 demam dapat meningkat hingga 40-41°C serta terdapat beberapa perdarahan yang kemungkinan muncul berupa perdarahan bawah kulit (petekia), hidung dan gusi berdarah, serta perdarahan yang terjadi didalam tubuh, tanda dan gejala tersebut menandakan terjadinya kebocoran plasma (Centre of Health Protection, 2018).

Penyakit *Dengue Hemorrhage Fever* (DHF) masih merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang utama di Indonesia. Jumlah penderita dan luas daerah penyebarannya semakin bertambah seiring dengan meningkatnya mobilitas dan kepadatan penduduk (Kemenkes RI, 2014). Secara global, jumlah kasus

demam dengue terus meningkat dengan sangat cepat. Jumlah kasus yang dilaporkan ke Badan Kesehatan Dunia atau World Health Organization (WHO) pada tahun 1996-2005 hanya sekitar 0,4 juta sampai 1,3 juta dalam satu tahun. Pada tahun 2010 telah mencapai 2,2 juta dan 2015 menjadi 3,2 juta (WHO, 2016). Berdasarkan data yang dirilis oleh Kementerian Kesehatan Indonesia (2019), di Indonesia pada bulan Januari 2019 terdapat 133 jiwa meninggal dunia dari 13.683 kasus DHF. Demikian pula pada bulan Februari 2019 kasus DHF terus mengalami peningkatan yang mencapai 16.692 kasus, sedangkan pasien meninggal mencapai 169 jiwa. Jumlah kasus DHF yang ditemukan di Provinsi NTB pada tahun 2019 mengalami peningkatan dibandingkan dengan tahun sebelumnya. Tahun 2018 terdapat 535 kasus DHF dan meningkat lebih dari 5 kali menjadi 2.971 kasus pada tahun 2019. Kabupaten Lombok Barat berada pada urutan ke-5 tertinggi kasus DHF di Provinsi NTB dengan jumlah kasus 229 (Dinas Kesehatan Provinsi NTB, 2019). Berdasarkan data yang diperoleh dari ruang IRNA II RSUD Patut Patuh Patju didapatkan 10 penyakit terbanyak pada bulan Februari-April 2021 yaitu terdiri dari *Dengue Hemorrhagic Fever (DHF)*, TB, STT, KDK/KDS, Anemia, Fraktur, DM, Pneumonia, HIL dan CHF. Selama periode tersebut *Dengue Hemorrhagic Fever (DHF)* merupakan penyakit dengan angka kejadian paling tinggi pertama dengan angka kejadian 51 kasus *Dengue Hemorrhagic Fever (DHF)* (Register Pasien Ruang IRNA II RSUD Patut Patuh Patju, 2021).

Peneliti melakukan wawancara kepada perawat ruangan IRNA II mengatakan bahwa dari 51 kasus tersebut ada pasien *Dengue Hemorrhagic Fever (DHF)* yang mengalami perdarahan gusi, feses berwarna hitam dan petekie. Intervensi yang diberikan perawat yaitu dengan melakukan observasi tanda-tanda perdarahan dan memberikan terapi cairan. Pada pasien DHF akan muncul diagnosa keperawatan yang berupa resiko perdarahan berhubungan dengan penurunan faktor-faktor pembekuan darah (trombositopeni). Trombositopenia dapat terjadi akibat dari penurunan produksi trombosit sebagai reaksi dari antibodi melawan virus. Pada pasien dengan trombositopenia terdapat adanya perdarahan baik kulit seperti petekia atau perdarahan mukosa di mulut. Hal ini mengakibatkan adanya kehilangan kemampuan tubuh untuk melakukan mekanisme hemostatis secara normal. Hal tersebut dapat menimbulkan perdarahan dan jika tidak tertangani maka akan menimbulkan syok (Murwani, 2018).

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, maka yang menjadi pokok permasalahan pada laporan karya tulis ilmiah ini adalah “Bagaimana Risiko Perdarahan Pada Pasien DHF”.

C. Tujuan Masalah

1. Tujuan Umum

Mengetahui tindakan keperawatan yang dapat dilakukan sebagai asuhan keperawatan pada pasien dengan *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF)

2. Tujuan Khusus

Mengetahui tindakan keperawatan pasien dengan *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF) yang di lakukan di ruang ASA RS Dr.OEN SOLO BARU

D. Manfaat Penulisan

Laporan Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat bermanfaat bagi semua pihak, meliputi:

1. Rumah Sakit

Laporan Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat menambah referensi dalam upaya pemberian tindakan keperawatan pada asuhan keprawatan pasien dengan risiko perdarahan pada pasien *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF)

2. Pengembangan ilmu

Diharapkan dapat menambah rujukan secara klinis sebagai bahan pembelajaran dan pengembangan ilmu tentang tindakan keperawatan pada pasien *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF).

3. Perawat

Diharapkan dapat menambah wawasan dan referensi bagi perawat tentang gambaran tindakan keperawatan pada asuhan keperawatan pasien *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF)

4. Pasien dan Masyarakat

Laporan Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan pasien, keluarga, dan masyarakat tentang *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF).

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengertian

Menurut Hidayat (2021), proses keperawatan merupakan cara yang sistematis yang dilakukan oleh perawat bersama klien dalam menentukan kebutuhan asuhan keperawatan dengan melakukan pengkajian, menentukan diagnosa, merencanakan tindakan yang akan dilakukan, melaksanakan tindakan serta mengevaluasi hasil asuhan yang telah diberikan dengan berfokus pada klien, berorientasi pada tujuan dan setiap tahap saling terjadi ketergantungan dan saling berhubungan.

Menurut Qasim (2024), asuhan keperawatan adalah suatu proses sistematis dan ilmiah yang dilakukan oleh perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan secara menyeluruh kepada individu, keluarga, kelompok, atau komunitas, baik yang sehat maupun yang sakit. Proses ini mencakup lima tahapan utama yang saling berkesinambungan, yaitu pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan tindakan keperawatan, implementasi, dan evaluasi. Setiap tahap dalam proses ini harus dilakukan secara profesional, berbasis bukti (evidence-based practice), dan terdokumentasi dengan baik agar dapat dipertanggungjawabkan secara etis dan hukum.

Menurut Qasim (2024), dalam praktiknya, asuhan keperawatan berperan penting dalam mendeteksi dini masalah kesehatan, memberikan intervensi yang tepat, serta mendukung proses penyembuhan dan rehabilitasi pasien. Selain itu, proses asuhan keperawatan bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien melalui pendekatan holistik, yang tidak hanya memperhatikan aspek fisik, tetapi juga psikologis, sosial, spiritual, dan budaya.

Menurut Qasim (2024), menurut standar terbaru dari Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), pelaksanaan asuhan keperawatan di Indonesia kini wajib menggunakan panduan SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia), SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia), dan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia). Ketiga standar ini disusun agar perawat dapat memberikan layanan yang seragam, terukur, dan sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan.

2. Pentingnya Proses Keperawatan

Menurut Hidayat (2021), proses keperawatan yang dilakukan pada pasien memiliki arti penting bagi kedua belah pihak yaitu perawat dan klien, sebagai seorang perawat proses keperawatan ini dapat digunakan sebagai pedoman dalam pemecahan masalah klien, dapat menunjukkan profesi yang memiliki profesionalitas yang tinggi serta dapat memberikan kebebasan kepada klien untuk mendapatkan pelayanan yang cukup sesuai dengan kebutuhannya, sehingga dapat dirasakan manfaatnya baik dari perawat maupun

klien, pertama, dapat meningkatkan kemandirian pada perawat dalam melaksanakan tugasnya karena didalam proses keperawatan terdapat metode ilmiah keperawatan yang berupah langkah-langkah proses keperawatan, kedua dengan proses keperawatan yang diberikan kepada pasien akan semakin meningkatkan kepercayaan diri perawat dalam melaksanakan tugas, karena klien akan merasakan kepuasan setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan. ketiga, bagi perawat akan dapat selalu meningkatkan diri kemampuan intelektual dan teknikal dalam tindakan keperawatan karena melalui proses keperawatan dituntut mampu memecahkan masalah yang baru sesuai dengan masalah yang dialami klien, bagi perawat adanya perasaan akan kepuasan kerja dengan diketahuinya dari tujuan dan pencapaian hasil melalui proses keperawatan sehingga dapat menunjukkan sikap yang profesional.

3. Tujuan

Menurut Hidayat (2021), dalam pelaksanaan proses keperawatan secara umum dapat bertujuan untuk menghasilkan asuhan keperawatan yang berkualitas sehingga berbagai masalah kebutuhan klien dapat teratasinya. Kemudian untuk mencapai kebutuhan secara umum dalam proses keperawatan terdapat beberapa tujuan khusus sesuai dengan tahapan dari proses keperawatan, diantaranya:

- a. Dapat mengidentifikasi berbagai kebutuhan dasar manusia yang dibutuhkan apakah bersifat tidak mampu, tidak mau dan tidak tahu dalam memenuhi kebutuhan dasar
- b. Dapat menentukan diagnosa keperawatan yang ada pada manusia setelah dilakukan identifikasi
- c. Dapat menentukan rencana tindakan yang akan dilakukan setelah diagnosa ditegakkan
- d. Dapat melaksanakan tindakan keperawatan setelah direncanakan
- e. Dapat mengetahui perkembangan pasien dari berbagai tindakan yang telah dilakukan, untuk menentukan tingkat keberhasilan.

4. Komponen Dalam Proses Keperawatan

Menurut Hidayat (2021), berdasarkan pandangan beberapa ahli tentang proses keperawatan maka terdapat beberapa komponen yang dapat disimpulkan dengan melalui tahapan proses keperawatan diantaranya: tahap pengkajian, tahap diagnosa keperawatan, tahap perencanaan, tahap pelaksanaan serta tahap evaluasi

a. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan dengan mengadakan kegiatan mengumpulkan data-data atau mendapatkan data yang akurat dari klien sehingga akan diketahui berbagai permasalahan yang ada.

untuk melakukan langkah pertama ini diperlukan berbagai pengetahuan dan kemampuan yang harus dimiliki oleh perawat diantaranya pengetahuan tentang kebutuhan atau sistem biopsikososial dan spiritual bagi manusia yang memandang manusia dari aspek biologis, psikologis, sosial dan tinjauan dari aspek spiritual, kemudian pengetahuan akan kebutuhan perkembangan manusia (tumbuh kembang dari kebutuhan dasarnya), pengetahuan tentang konsep sehat dan sakit, pengetahuan tentang patofisiologi dari penyakit yang dialami, pengetahuan tentang sistem keluarga dan kultur budaya serta nilai-nilai keyakinan yang dimiliki klien.

b. Diagnosa keperawatan

Diagnosis Keperawatan merupakan keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Diagnosa keperawatan ini dapat memberikan dasar pemilihan intervensi untuk menjadi tanggung gugat perawat. Kemudian formulasi diagnosa keperawatan adalah bagaimana diagnosa keperawatan digunakan dalam proses pemecahan masalah karena melalui identifikasi masalah dapat digambarkan berbagai masalah keperawatan yang membutuhkan asuhan keperawatan, disamping itu dengan menentukan atau menginvestigasi dari etiologi masalah maka akan dapat dijumpai faktor yang menjadi kendala atau

penyebabnya, dengan menggambarkan tanda dan gejala akan dapat digunakan untuk memperkuat masalah yang ada.

c. Perencanaan keperawatan

Nursalam (2020), perencanaan keperawatan adalah tahap ketiga dalam proses keperawatan yang dilakukan setelah perawat mengidentifikasi diagnosa keperawatan. Pada tahap ini, perawat merancang suatu rencana tindakan keperawatan yang sistematis, terstruktur, dan spesifik untuk menangani masalah keperawatan yang telah ditemukan. Tujuan utama dari perencanaan keperawatan adalah untuk menentukan arah, prioritas, serta strategi intervensi yang akan digunakan guna mencapai hasil atau luaran keperawatan yang diharapkan sesuai dengan kondisi pasien. Perencanaan keperawatan mencakup penetapan tujuan jangka pendek dan jangka panjang, serta pemilihan intervensi keperawatan yang tepat berdasarkan bukti ilmiah dan standar praktik yang berlaku. Dalam konteks pelayanan keperawatan di Indonesia, perencanaan ini disusun dengan mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yang diterbitkan oleh Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). Agar rencana keperawatan dapat dilaksanakan secara efektif, perawat perlu mempertimbangkan berbagai faktor, termasuk kondisi fisik dan psikologis pasien, sumber daya yang tersedia, serta dukungan

dari keluarga atau lingkungan. Selain itu, prioritas masalah keperawatan juga harus diperhitungkan agar intervensi dapat dilakukan secara efisien dan tepat sasaran. Rencana keperawatan yang baik harus bersifat SMART (Specific, Measurable, Achievable, Realistic, and Time-bound), yaitu spesifik, terukur, dapat dicapai, realistis, dan memiliki batas waktu yang jelas. Dengan adanya perencanaan yang terstruktur, perawat dapat memberikan asuhan yang berkualitas, meningkatkan keselamatan pasien, serta memudahkan proses evaluasi terhadap efektivitas intervensi yang telah diberikan. Perencanaan ini juga harus didokumentasikan dengan baik sebagai bagian dari rekam medis keperawatan, sehingga dapat dijadikan acuan dalam kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dan menjadi bukti tanggung jawab profesional perawat.

d. Pelaksanaan keperawatan

Pelaksanaan keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk mengimplementasikan rencana asuhan keperawatan yang telah disusun sebelumnya. Tujuannya adalah membantu pasien dari masalah kesehatan yang dihadapi menuju kondisi kesehatan yang lebih baik sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Pelaksanaan keperawatan mencakup berbagai tindakan dan intervensi yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis perawat. Ini

melibatkan koordinasi dengan pasien, keluarga, dan tim kesehatan lainnya untuk mencapai tujuan perawatan yang optimal.

e. Evaluasi

Nursalam (2020), evaluasi keperawatan adalah tahap terakhir dalam proses keperawatan yang dilakukan oleh perawat untuk menilai sejauh mana tujuan dan luaran keperawatan yang telah direncanakan sebelumnya tercapai, dengan membandingkan respon atau kondisi pasien terhadap kriteria hasil yang telah ditetapkan, guna menentukan efektivitas intervensi keperawatan yang telah dilaksanakan, mengidentifikasi keberhasilan atau kegagalan tindakan, serta merumuskan keputusan tindak lanjut apakah intervensi perlu dihentikan, dilanjutkan, atau dimodifikasi, agar asuhan keperawatan tetap relevan, terarah, dan berorientasi pada peningkatan kualitas hidup pasien.

B. Konsep DHF (*Dengue Hemoragic Fever*)

1. Pengertian

Menurut Soegijanto (2020), penyakit demam berdarah dengue/ *Dengue Hemoragic Fever* (DHF) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus dengue yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti*. Penyakit ini dapat menyerang semua orang dan dapat mengakibatkan kematian, terutama pada anak serta

sering menimbulkan wabah. Nyamuk *Aedes Aegypti* jika menggigit orang yang terkena demam berdarah maka virus dengue akan masuk kedalam tubuh nyamuk bersama dengan darah yang dihisap.

Dengue Hemoragic Fever (DHF) merupakan penyakit yang disebabkan oleh virus dengue, dimana penularannya melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti*. Nyamuk ini lebih banyak hidup di daerah panas sehingga angka kejadian DHF lebih banyak terjadi di perkotaan dari pada di daerah pedesaan (Sutriyawan, 2021). Sekitar 40% penduduk memiliki resiko untuk terinfeksi virus dengue dan kurang lebih 50 juta kasus baru setiap tahunnya (Prasetya et al, 2019). Di Indonesia berdasarkan data dari Kementerian Kesehatan RI pada tahun 2020 terdapat 103.509 angka kejadian DHF dengan jumlah penderita meninggal sebanyak 725 sedangkan pada tahun 2022 terdapat 131.265 angka kejadian DHF dengan jumlah penderita meninggal 1.183 (Kemenkes, 2023).

2. Etiologi

Menurut Kunoli (2020), penyebab penyakit *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF) disebabkan oleh virus dengue dari kelompok *Arbovirus B*, yaitu *arthropod bone virus* atau virus yang disebarkan oleh Artropoda. Faktor utama penyakit DHF adalah nyamuk *Aedes aegpty* (didaerah perkotaan) dan *aedes albovictus* (didaerah pedesaan). Nyamuk yang menjadi faktor penyakit DHF adalah nyamuk yang menjadi infeksi saat menggigit manusia yang

sedang sakit dan viremia (terdapat virus dalam darahnya). Menurut laporan terakhir, virus dapat pula ditularkan secara transovarial dari nyamuk ke telur telurnya.

Virus berkembang dalam tubuh nyamuk selama 8 sampai 10 hari terutama dalam kelenjar air liurnya, dan jika nyamuk ini menggigit orang lain maka virus dengue akan dipindahkan bersama air liur nyamuk. Dalam tubuh manusia, virus ini akan berkembang selama 4 sampai 6 hari dan tersebut akan mengalami sakit dengue hemorrhagic fever (DHF). Virus dengue memperbanyak diri dalam tubuh manusia dan berada di dalam darah selama satu minggu.

3. Manifestasi klinis

Menurut Maryani (2023), tanda gejala pada pasien DHF ada beberapa yaitu :

a. Demam tinggi

Penderita seringkali mengalami lonjakan suhu tubuh yang signifikan, mencapai 40°C (104°F) atau lebih. Demam ini biasanya terjadi pada fase awal infeksi dan dapat berlangsung selama beberapa hari sebelum memasuki fase pendarahan. Peningkatan suhu tubuh yang fluktuatif dapat menyebabkan ketidaknyamanan, kelemahan, dan gejala lain seperti nyeri otot, sakit kepala, serta mual (Halstead, 2019 dikutip Maryani, 2023).

b. Nyeri otot dan sendi

Penderita DHF dapat mengalami nyeri otot dan sendi yang intens. Gejala ini seringkali membuat penderitanya merasa sangat tidak nyaman.

c. Sakit kepala parah

Sakit kepala yang parah seringkali menyertai DHF. Penderitanya dapat mengeluhkan nyeri kepala yang luar biasa, terutama di daerah belakang mata.

d. Nyeri di belakang mata

Nyeri atau tekanan di belakang mata adalah gejala umum DHF. Gejala ini dapat menjadi sangat intens dan menambah ketidaknyamanan penderita.

e. Ruam kulit

Pada beberapa kasus, DHF dapat menyebabkan ruam kulit yang biasanya muncul setelah fase demam. Ruam ini dapat bervariasi bentuknya dan seringkali terlihat seperti bintik-bintik merah.

f. Mual dan muntah

Penderita DHF sering mengalami mual dan muntah. Kondisi ini dapat berkontribusi pada risiko dehidrasi.

g. Pendarahan

Fase pendarahan DHF ditandai dengan penurunan jumlah trombosit dalam darah, yang dapat menyebabkan pendarahan dari gusi, hidung, atau kulit. Ini juga dapat mengakibatkan tinja berdarah atau muntah darah.

h. Sianosis

Pada kasus yang parah, penderita DHF dapat mengalami sianosis, di mana kulit dan membran mukosa menjadi kebiruan akibat kekurangan oksigen.

i. Syok dengue

Komplikasi serius DHF dapat menyebabkan syok dengue, di mana tekanan darah secara signifikan menurun. Syok dengue merupakan kondisi darurat medis yang memerlukan penanganan segera.

j. Gejala perdarahan

Selain pendarahan dari gusi, hidung, atau kulit, penderita DHF juga dapat mengalami gejala perdarahan seperti tinja berdarah, muntah darah, atau perdarahan internal

k. Penurunan jumlah trombosit

Trombosit adalah sel darah yang berperan dalam pembekuan darah. Pada penderita DHF, infeksi virus dapat menyebabkan penurunan jumlah trombosit, kondisi yang dikenal sebagai trombositopenia. Trombositopenia pada DHF meningkatkan risiko perdarahan, karena trombosit yang rendah dapat menghambat kemampuan darah untuk membeku secara efektif. Gejala pendarahan, seperti gusi berdarah, hidung berdarah, dan petekie (bintik-bintik merah pada kulit), dapat muncul sebagai akibat dari penurunan jumlah trombosit.

l. Gangguan fungsi hati

Pada beberapa kasus DHF, infeksi virus dapat mempengaruhi fungsi hati, yang dapat tercermin dalam peningkatan kadar enzim hati dalam darah. Peningkatan enzim hati, seperti SGOT (*serum glutamic oxaloacetic transaminase*) dan SGPT (*serum*

glutamic pyruvic transaminase), dapat terjadi sebagai respons terhadap kerusakan sel-sel hati yang disebabkan oleh infeksi virus dengue. Peningkatan kadar enzim hati dapat menjadi indikator adanya kerusakan hati dan merupakan salah satu parameter diagnostik yang digunakan dalam pemantauan kondisi penderita.

4. Patofisiologi

Virus dengue yang sudah masuk ke tubuh pasien berdampak timbulnya viremia dan memunculkan respons pusat pengatur temperatur di hipotalamus sehingga menimbulkan pelepasan zat bradikinin, serotonin, trombin, histamin serta memicu kenaikan temperatur tubuh. Viremia juga mengakibatkan pelebaran pada bilik pembuluh darah yang mengakibatkan perpindahan cairan serta plasma dari intravascular ke intersisiel sehingga menimbulkan hipovolemia. Trombositopenia terjadi akibat dari rendahnya trombosit sebagai respons dari antibodi melawan virus (Nurhayati et al., 2020 yang dikutip Ni'mah, et al., 2024).

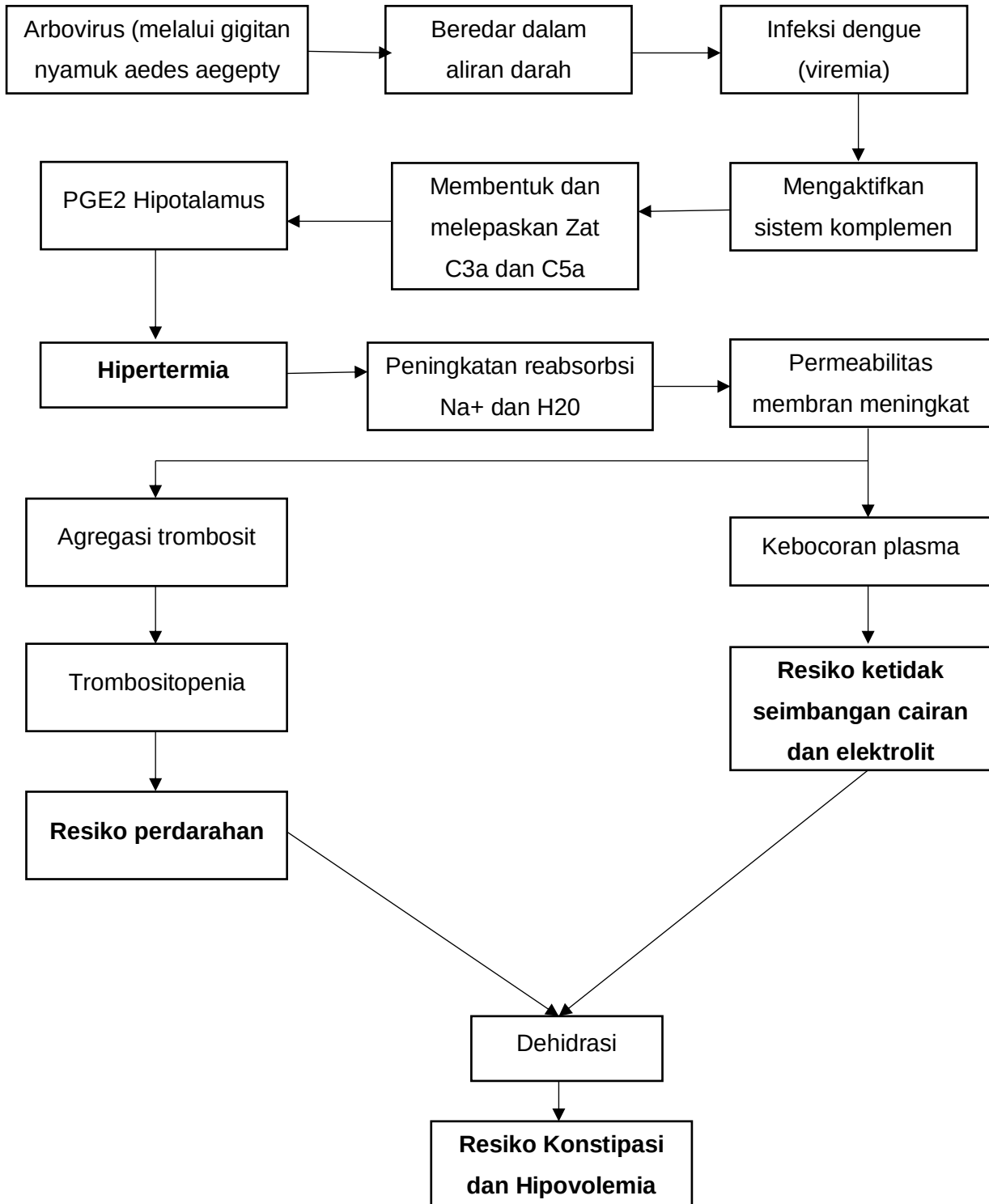
Pasien dengan trombositopenia mengalami perdarahan kulit, seperti petekie atau perdarahan mukosa di mulut. Hal ini menyebabkan tubuh kehilangan kemampuan untuk melakukan mekanisme hemostatik secara normal. Ini dapat menyebabkan perdarahan dan jika tidak diobati, menyebabkan syok. Masa inkubasi virus dengue adalah 3-14 hari, dengan rata-rata 5-8 hari. Virus masuk ke dalam tubuh melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti*.

Hal pertama yang terjadi adalah viremia, yang menyebabkan pasien mengalami demam, sakit kepala, mual, nyeri otot di seluruh tubuh, ruam atau bintik merah pada kulit, hiperemia tenggorokan dan hal-hal lain yang dapat terjadi seperti pembesaran kelenjar getah bening, pembesaran hati (hepatomegali) (Nurhayati et al., 2020 yang dikutip Ni'mah, et al., 2024).

Virus kemudian bereaksi dengan antibodi sehingga menimbulkan adanya kompleks virus antibodi yang kemudian bergerak dan mengaktifkan sistem komplemen. Aktivasi C3 dan C5 melepaskan C3a dan C5a, dua peptida yang mampu melepaskan histamin dan menjadi mediator yang kuat sebagai faktor yang meningkatkan permeabilitas dinding pembuluh darah dan kapiler, sehingga terjadi penyerapan plasma ke ruang ekstraseluler. Kebocoran plasma ke dalam ruang ekstraseluler mengakibatkan penurunan volume plasma, hipotensi, hemokonsentrasi, dan hipoproteinemia, serta efusi dan syok. Hemokonsentrasi (peningkatan hematokrit >20%) memperlihatkan bahwa adanya kebocoran, menjadikan hematokrit sebagai nilai referensi penting untuk pemberian cairan intravena (Nurhayati et al., 2020 yang dikutip Ni'mah, et al., 2024)

5. Pathway

Menurut Ni'mah, et al. (2024), patway dari *Dengue Hemoragic Fever* (DHF) sebagai berikut



6. Pemeriksaan penunjang

Menurut Risnah, et al. (2022), pemeriksaan penunjang pada pasien DHF ada beberapa yaitu :

- a. Pemeriksaan elektrolit serum Dilakukan untuk mengetahui kadar kalium, klorida, natrium, dan ion bikarbonat.
- b. Pemeriksaan laboratorium darah lengkap Meliputi pemeriksaan eritrosit, hemoglobin, hematokrit.

- 1) Hematokrit naik terjadi dehidrasi berat dan gejala syok.
- 2) Hematokrit turun: terjadi perdarahan akut, masif, dan reaksi hemolitik.
- 3) Haemoglobin naik: adanya hemokonsentrasi.
- 4) Haemoglobin turun: adanya perdarahan hebat, reaksi hemolitik.

- c. pH dan berat jenis urine.

Berat jenis menunjukkan kemampuan ginjal untuk mengatur konsentrasi urine. pH urine normal adalah 4,5-8 dan berat jenisnya 1,003-1,030.

- d. Analisa gas darah

Melakukan pemeriksaan pH, PO₂, HCO₃⁻, PCO₂, dan saturasi O₂. Nilai normal PCO₂: 35-40 mmHg; PO₂: 80-100 mmHg; HCO₃⁻: 25-29 mEq/l. Sedangkan saturasi O₂ adalah perbandingan oksigen dalam darah dengan jumlah oksigen yang dapat dibawa oleh darah, normalnya di arteri (95-98%) dan vena (60 - 85%).

7. Penatalaksanaan DHF

Menurut Kemenkes (2021), penatalaksanaan DHF sebagai berikut :

- a. Lakukan pemeriksaan hematokrit sebelum memberikan terapi cairan. Berikan larutan isotonik seperti NaCl 0,9% (normal saline), Ringer laktat, atau cairan Hartmann's Dimulai dengan tetesan 5-7 ml/kg/jam selama 1-2 jam sesuai indikasi klinis dan/atau laboratoris (mis : dehidrasi perembesan plasma), kemudian dikurangi menjadi 3-5 ml/kg/jam untuk 2-4 jam, dan diturunkan menjadi 2-3 ml/kg/jam kurang berdasarkan respons klinis.
- b. Periksa kembali kondisi klinis dan ulangi pemeriksaan hematokrit. Jika hematokrit tetap. atau hanya sedikit meningkat, lanjutkan pemberian cairan tersebut dengan. tetesan sama (2-3 ml/kg/jam untuk 2-4 jam berikutnya.. Jika tanda vital memburuk dan hematokrit meningkat dengan pesat, naikan tetesan cairan menjadi 5-10 ml/kg/jam untuk 1-2 jam berikutnya. Nilai kembali kondisi klinis, lakukan pemeriksaan hematokrit ulang dan tentukan. jumlah tetesan cairan sesuai kondisi.
- c. Berikan cairan intravena secukupnya untuk menjaga perfusi jaringan tetap baik dan mempertahankan diuresis 1 ml/kgBB/jam. Cairan intravena umumnya diberikan hanya dalam waktu 24-48 jam. Kurangi cairan intravena secara bertahap apabila tingkat perembesan plasma berkurang. Hal ini dapat

diketahui dari jumlah pengeluaran urin dan/atau asupan cairan oral yang membaik, turunnya hematokrit di bawah nilai dasar (baseline) dengan kondisi pasien yang stabil.

- d. Pasien dengan *warning signs* atau syok harus dipantau oleh tenaga kesehatan (dokter dan/atau perawat) hingga fase kritis berlalu. Keseimbangan cairan harus dijaga. Parameter yang harus dipantau meliputi tanda vital dan perfusi perifer (setiap 1-4 jam hingga melewati fase kritis), urin output (setiap 4-6 jam), hematokrit (sebelum dan setelah pemberian cairan, kemudian setiap 6-12 jam berikutnya), glukosa darah, dan fungsi organ lainnya (seperti fungsi ginjal, fungsi hati, koagulasi, diperiksa sesuai indikasi).

8. Komplikasi

Komplikasi DHF (*Dengue Hemoragic Fever*) biasanya berhubungan dengan syok yang berat dan memanjang dan perdarahan berat. Pemberian cairan yang berlebihan selama fase kebocoran plasma dapat berakibat efusi masif, yang berujung pada gagal nafas, kongesti paru akut atau gagal jantung. Komplikasi-komplikasi tersebut juga dapat terjadi pada pemberian cairan berlebih pada fase konvalesens, terutama bila terjadi reabsorpsi cairan ekstrasvasasi. Dapat terjadi gangguan elektrolit/metabolik atau gangguan keseimbangan cairan dikarenakan menurunnya trombosit dan hematokrit meningkat sehingga terjadi ketidakseimbangan cairan dan elektrolit tubuh yang akan

mengakibatkan beberapa masalah lanjut jika tidak ditangani seperti: *hipoglikemia*, *hiponatremia*, *hipokalsemia*, atau terkadang *hiperglikemia*. Superinfeksi bakterial akibat lekopenia jarang terjadi, dan lebih merupakan infeksi nosokomial akibat penggunaan jalur intravena dan bukan akibat langsung dari dengue (Tjokroprawiro, 2015)

9. Proses Keperawatan

a. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan pengumpulan informasi subjektif dan objektif, dan peninjauan informasi riwayat pasien pada rekam medik. Informasi subjektif, misalnya dengan wawancara pasien/ keluarga. Sedangkan informasi objektif misalnya dengan pengukuran tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik (Herdman, 2015). Data yang perlu dikaji yaitu:

1) Identitas pasien

- a) Pasien DHF paling sering menyerang pada umur anak-anak dengan usia kurang dari 15 tahun.
- b) Jenis kelamin secara keseluruhan tidak terdapat perbedaan pada penderita DHF. Tetapi kematian lebih sering ditemukan pada perempuan dari pada anak laki-laki.
- c) Tempat tinggal: penyakit ini semula hanya ditemukan di beberapa kota besar saja, kemudian menyebar ke hampir seluruh kota besar di Indonesia,

bahkansampai di pedesaan dengan jumlah penduduk yang padat dan dalam waktu relatif singkat

2) Riwayat kesehatan

a) Keluhan utama

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

b) Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien DHF biasanya berobat ke pelayanan Kesehatan karena adanya keluhan panas mendadak dengan disertai menggigil dan saat demam kesadaran kompos mentis. Turunya panas 28 terjadi antara hari ke-3 dan ke-7, kondisi 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 hematemasis.

c) Riwayat penyakit yang pernah diderita

Penyakit apa saja yang pernah diderita. Pada DHF biasanya mengalami serangan ulangan DHF dengan type virus yang lain. Kondisi lingkungan Sering terjadi pada daerah yang padat penduduknya dan lingkungan

yang kurang bersih (seperti yang mengenang dan gantungan baju yang ada kamar)

3) Pola persepsi fungsional kesehatan

a) Pola Nutrisi dan Metabolik

Pasein akan mengalami penurunan nafsu makan, mual muntah, haus, sakit saat menelan. Hasil observasi biasanya Mukosa mulut kering, perdarahan gusi, lidah kotor, nyeri tekan pada ulu hati.

b) Pola eliminasi

Pola eliminasi biasanya akan terjadi konstipasi, penurunan berkemih melena, hematuri, ini terjadi karena pasien dengan DHF kekurangan cairan, diet kurang serat, kurangnya aktivitas fisik, atau efek samping pengobatan.

c) Pola aktifitas dan Latihan.

Pola aktifitas selama sakit akan terjadi gangguan karena pasien panas dan lemah, kadang disertai dispnea, pola nafas tidak efektif, karena efusi pleura.

d) Pola istirahat dan tidur

Pasien dengan DHF sering terjadi kelelahan, kesulitan tidur, karena demam serta panas / menggigil. Hasil observasi biasanya nadi cepat dan lemah, dispnea, sesak karena efusi pleura, nyeri pigastrik, nyeri otot/ sendi.

e) Pola persepsi sensori dan kognitif

Pasien akan mengalami nyeri ulu hati, nyeri otot/ sendi, pegal-pegal seluruh tubuh. Hasil observasi biasanya pasien mengalami kecemasan dan gelisah.

f) Persepsi diri dan konsep diri

Pasien dengan penyakit DHF akan mengalami ansietas, ketakutan, gelisah di karenakan demam yang sangat tinggi.

g) Sirkulasi

Pasien dengan penyakit DHF sering mengalami Sakit kepala/ pusing disertai gelisah. Hasil observasi yang di dapatkan nadi cepat dan lemah, hipotensi, ekstremitas dingin, dispnea, perdarahan nyata (kulit epistaksis, melena hematuri), peningkatan hematokrit 20% atau lebih, trombosit kurang dari 100.000/mm.

h) Keamanan

Pasien dengan DHF cenderung mengalami penurunan imunitas tubuh disebabkan karena kurang aktif atau tidak berolahraga, Kurang tidur, Dehidrasi, Kurangnya asupan nutrisi yang diperlukan.

i) Kebersihan

Rata rata pasien DHF beserta keluarga untuk menjaga kebersihan diri dan lingkungan cenderung kurang

terutama untuk membersihkan tempat sarang nyamuk *aedes aegypti*.

4) Diagnosa Keperawatan DHF

Diagnosa yang dapat dirumuskan pada pasien DHF secara teori menurut (Nurarif dan Kusuma, 2015) adalah :

- a) Hipertermi berhubungan dengan viremia sekunder terhadap infeksi dengue ditandai dengan suhu tubuh pasien $>37^{\circ}\text{C}$, akral hangat/ panas, takikardia, dan nafas cepat.
- b) Resiko defisit volume cairan berhubungan dengan berpindahnya cairan intraseluler ke ekstraseluler (kebocoran plasma dari endotel), output berlebih karena muntah dan hipertermi.
- c) Resiko terjadinya perdarahan berhubungan dengan penurunan trombosit.
- d) Resiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual, muntah, anoreksia.
- e) Nyeri akut berhubungan dengan proses patologis ditandai dengan: nyeri, perilaku yang bersifat hati hati atau melindungi, wajah menunjukkan nyeri, gelisah.

5) Intervensi Keperawatan DHF

Fokus Intervensi yang dapat dirumuskan untuk keperawatan pasien

DHF menurut Doenges, 2019 adalah :

- a) Hipertermia berhubungan dengan viremia sekunder terhadap infeksi dengue

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan temperatur suhu dalam batas normal.

Kriteria Hasil : Klien tidak mengeluh demam, Suhu tubuh dalam batas normal ($36,5^{\circ}$ - $37,5^{\circ}$ C)

- b) Resiko defisit volume cairan berhubungan dengan berpindahnya cairan intraseluler ke ekstraseluler (kebocoran plasma dari endotel), output berlebih karena muntah dan hipertermi.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan defisit volume cairan dapat terpenuhi.

Kriteria Hasil :

- (1) Tanda-tanda vital stabil Tekanan darah 120/70 – 130/90 mmhg, Nadi 80 x/menit, Suhu $36,5 - 37,5$ derajat celcius, CRT kurang dari 3 detik, akral hangat, urine output 30-50cc/jam, membran mukosa lembab, turgor kulit baik.

- (2) Volume cairan cukup input dan output seimbang.

- c) Resiko terjadinya perdarahan berhubungan dengan penurunan trombosit.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan terhadap pasien perdarahan tidak terjadi.

Kriteria Hasil : Menunjukkan perbaikan keadaan umum dan tanda vital yang baik.

- d) Resiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake tidak adekuat sekunder terhadap mual, muntah, dan anoreksia.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan kebutuhan nutrisi pasien terpenuhi.

Kriteria Hasil : Pasien mampu menghabiskan makanan sesuai dengan porsi yang dibutuhkan atau diberikan, tidak muntah, Hb 10-14 g/dl, berat badan tidak turun.

- e) Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan proses patologis (viremia)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan nyeri berkurang atau hilang

Kriteria Hasil : Rasa nyaman pasien terpenuhi, ekspresi tidak meringis, nadi normal (80-100 x/menit), skala nyeri menurun, nyeri berkurang atau hilang.

6) Implementasi Keperawatan DHF

Pelaksanaan atau implementasi adalah tindakan yang direncanakan dalam rencana keperawatan (Tarwoto Wartonah, 2015). Perawat melakukan pengawasan terhadap efektifitas intervensi yang dilakukan, bersamaan pula menilai perkembangan pasien terhadap pencapaian tujuan atau hasil yang diharapkan. Pelaksanaan atau implementasi

keperawatan adalah suatu komponen dari proses keperawatan yang merupakan kategori dari perilaku keperawatan di mana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan yang dilakukan dan diselesaikan.

7) Evaluasi Keperawatan DHF

Evaluasi merupakan suatu kegiatan yang terjadi pada setiap langkah dari proses keperawatan dan pada kesimpulan (Herdman, 2015). Evaluasi keperawatan dicatat disesuaikan dengan setiap diagnosa keperawatan. Evaluasi untuk setiap diagnosa keperawatan meliputi data subyektif (S), data obyektif (O), analisa permasalahan (A) klien berdasarkan S dan O, serta perencanaan ulang (P) berdasarkan hasil analisa data diatas. Evaluasi ini juga disebut evaluasi proses. Semua itu dicatat pada formulir catatan perkembangan (progress note).

BAB III

METODE PENULISAN

A. Desain penulisan

Jenis atau desain Penulisan Laporan Karya Tulis Ilmiah ini deskriptif dengan menggunakan pendekatan studi kasus. Studi kasus adalah kegiatan penulisan mengkaji fenomena kompleks, aktual, dan faktual memiliki keunikan sesuai konteks, dikaji dengan mendalam, menyeluruh dan terperinci (Nasarudin, 2024). Jenis penulisan yang digunakan adalah dengan pendekatan studi kasus dimana penelitian untuk mendeskripsikan atau menggambarkan bagaimana masalah asuhan keperawatan pada pasien dengan DHF.

B. Subyek Penulisan

Populasi pada penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah seluruh pasien DHF yang sedang dirawat di Rumah Sakit Dr. OEN SOLO BARU. Karena waktu yang sangat terbatas, maka sampel pada laporan ini hanya 1 (satu) kasus. Kasus diambil secara acak (*simple random sampling*).

C. Fokus Penulisan

Kajian utama pada laporan Karya Tulis Ilmiah ini adalah masalah risiko perdarahan pada asuhan keperawatan pada Ny. Y dengan DHF di gedung ASA Rumah Sakit Dr. OEN SOLO BARU.

D. Definisi Operasional

1. Risiko Perdarahan adalah masalah keperawatan yang ditemukan pada waktu pasien dirawat dirumah sakit.
2. DHF adalah diagnosa medis yang ditemukan saat pasien dirawat dirumah sakit pada tanggal 6 Februari 2025.
3. Tindakan keperawatan adalah semua tindakan yang dilakukan perawat ke pasien baik tindakan mandiri maupun kolaboratif

E. Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrumen pengumpulan data yang digunakan oleh penulis pada laporan Karya Tulis Ilmiah ini adalah :

1. Format pengkajian yang diterbitkan oleh STIKES PANTI KOSALA.
2. Format dokumentasi asuhan keperawatan yang dikeluarkan oleh STIKES PANTI KOSALA.

F. Metode Pengumpulan Data

Data yang diambil secara aktual saat ini dan studi retrospektif berdasar data atau dokumen yang ada pada rekam medis pasien. Prosedur pengumpulan data yang penulis lakukan adalah sebagai berikut:

1. Menjelaskan tujuan dan prosedur pengambilan data kepada pasien atau keluarga pasien.
2. Melakukan pengkajian pada pasien atau keluarga sesuai

responden yang diperoleh dengan metode anamnesa, pemeriksaan fisik, observasi dan studi dokumentasi.

3. Menulis laporan asuhan keperawatan sesuai format yang telah disiapkan.
4. Melakukan analisis deskriptif atau studi kasus sesuai data dan asuhan keperawatan yang dilakukan.

G. Analisa Data

Sesuai jenis dan desain penelitian laporan Karya Tulis Ilmiah yang berupa studi kasus, maka data yang telah penulis peroleh disajikan dalam bentuk gambaran, atau deskripsi tendensi atau fenomena masalah yang didukung dengan data atau fakta-fakta secara jelas dan obyektif.

H. Waktu Penulisan

Pengambilan data pada laporan Karya Tulis Ilmiah ini dilaksanakan di ruang rawat inap di gedung ASA Rumah Sakit Dr. OEN SOLO BARU selama 2 shift jaga pada tanggal 6 dan 7 Februari 2025.

I. Ruang Lingkup

Karena begitu luasnya masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien DHF, maka pada laporan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis hanya membatasi pada 1 (satu) masalah keperawatan yaitu masalah

risiko perdarahan dengan jumlah responden 1 pasien ditinjau berdasarkan proses keperawatan dari pasien masuk rumah sakit sampai dengan saat dilakukan pengelolaan oleh penulis.

BAB IV

RESUME KASUS DAN PEMBAHASAN

Pengkajian dilakukan pada tanggal 6 Februari 2025 pukul 08.00 WIB pada Ny. Y di gedung ASA RS Dr Oen Solo Baru dengan menggunakan metode auto dan allo anamnesa serta melihat status pasien.

A. Resume Kasus

1. Biodata

a. Klien

- 1) Nama : Ny.Y
- 2) Tanggal Lahir/Umur : 25 Juli 1980/44 tahun 6 bulan
- 3) Jenis kelamin : Perempuan
- 4) Alamat : Sukoharjo
- 5) Pekerjaan :Ibu Rumah Tangga
- 6) Agama : Islam
- 7) Status : Menikah

b. Penanggung Jawab

- 1) Nama : Tn.D
- 2) Tanggal Lahir/ Umur : 48 Tahun
- 3) Jenis kelamin : Laki laki
- 4) Alamat : Sukoharjo
- 5) No telepon : 085 XXX XXX XXX
- 6) Pekerjaan : Wiraswasta
- 7) Hubungan dengan klien : Suami

8) Sumber biaya : JKN/BPJS

c. Identitas Medis

1) Ruang/ kamar : ASA Kamar 11.1

2) Tanggal, jam masuk : Selasa, 4 Februari 2025, pukul
13. 37WIB

3) No register : 06 XX X3

4) Diagnosa medis : Dr.H

5) Perawat : Perawat Bangsal

2. Riwayat Alergi Obat

Pasien mengatakan bahwa dirinya tidak memiliki riwayat alergi obat, baik obat injeksi maupun obat oral. Pasien mengatakan tidak memiliki dokumen tentang adanya alergi Pada obat tertentu.

3. Riwayat Kesehatan

Kesadaran : Composmentis

Keluhan Utama : lemes, gatal pada kulit, kulit kemerahan dan tidak bisa BAB

a. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien datang ke IGD RS Dr Oen Solo Baru pada tanggal 4 Februari 2025 pada pukul 10.45 WIB dengan keluhan demam mulai sabtu pagi, batuk pilek ,badan sakit semua, makan minum sedikit, mual, muntah dan lemes. Di IGD pasien dilakukan pemeriksaan Tanda-Tanda Vital (TTV) dengan hasil, TD: 147/84 mmHg ,HR: 113x/menit, RR: 28x/menit. S: 39.9% dan SpO: 98% Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi yang

terkontrol, pasien menyioitoni pengobatan rutin hipertensi dengan mengonsumsi tat canderin a tablet/hori sesuai retep docter 01 160 pasien diberikan terapi infus Raso dan diberikan inetsi ondancentron 4 mg dan santagesik 50mg. Oleh dokter pasien dianjurkan untuk mondok rawat inap karena terjadi penurunan trombosit dan dengan adanya tanda gejala DHF. Pada pukul 13.37 WIB pasien dipindah ke boogtal ASA kamar 12.1 dengan keluhan demam sejak sabtu pagi, bertuk pilek badan sakit semua mual muntah dan lemes. Pasien sedikit lemas, pasien pucat, terdapat bintik bintik kemerahan (petekie) pada kulit Hasil pemeriksaan TTV di bangsal ASA TD: 146/91 mmHg HR: 114/menit, RR 21 x/ment. S: 39.3C dan SpO2: 98%. Pada tanggal 6 Februari 2025 pukul 08.00 dilakukan pengkajian pada pasien, pasien mengatakan badan masin terasa lemas, tangan gatal dan terdapat bintik bintik kemerahan, perut mules dan begah tapi tidak bisa BAB, tidak bisa BAB sudab 4 hari. Pasien tampak lemah, pucat, terdapat bintik bintik kemerahan pada kulit pasien, bising usus 7x/ menit, terdapat distensi abdomen. Hasil pemeriksaan TTV Pasien TD: 188/94 mmHg. HR: 82x/menit, RR 20x/menit, S: 36,2°C dan SPO: 99% Pasien diberikan terapi MP 125 mg. Lesicol 200mg. Broddeed drip NS 100 cc, dan Fluradin 1 tablet

b. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi 10 tahun yang lalu yang diturunkan oleh ibunya. Pasien mengatakan rutin memeriksakan hipertensinya/ rutin kontrol hipertensi ke dokter di RS Dr. Oen Solo Baru dan rutin mengonsumsi obat canderin 2 tablet / hari sesuai anjuran dokter.

c. Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi yang diturunkan oleh ibunya 5 tahun yang lalu. Pasien mengatakan dikeluarganya tidak ada riwayat penyakit menurun lainnya seperti diabetes mellitus (DM), TBC maupun penyakit turunan lain selain hipertensi.

4. Pengkajian Pola Kesehatan Fungsional

a. Pola Persepsi Kesehatan dan Manajemen Kesehatan

Pasien mengatakan belum terlalu paham saat awal mengalami gejala pada penyakitnya. Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat /perilaku dan kebiasaan yang merugikan kesehatannya seperti merokok dan alkoholik. Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi, pasien rutin kontrol hipertensi ke dokter dan rutin mengonsumsi obat antihipertensi. Pasien mengatakan patuh dengan pengobatan yang diberikan oleh dokter dan rutin kontrol setiap hipertensi / obat hipertensi sudah habis. Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi pada obat, baik obat injeksi maupun oral. Pasien mengatakan sudah

melakukan imunisasi lengkap. Pasien memiliki riwayat penggunaan obat antihipertensi seperti canderin & tablet/harr. Pasien mengatakan tidak menggunakan alat bantu, baik alat bantu lihat, dengar maupun alat bantu jalan.

b. Pola Pemenuhan Nutrisi Metabolik

1) Kebiasaan Makan

a) Sebelum sakit

Pasien mengatakan makan dengan teratur 3-4x sehari dengan porsi 1 piring penuh dengan menu ayam, ikan, tahu, tempe, dan sayur. Makanan kesukaan pasien adalah sayur bayam dan sayur kangkung. Pasien mengatakan menghindari makanan yang terlalu banyak garam. Pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat alergi pada makanan tertentu.

b) Saat sakit

Pasien mengatakan beberapa hari lalu ± 2 hari pasien tidak mau makan karena merasa mual dan beberapa kali muntah (+ 2-4/hari), Saat ini pasien mengatakan sudah mau makan, makin teratur setiap hari dengan Jumlah 1 porsi nasi yang disediakan rumah sakit dengan menu diet rendah garam, sup ikan, sayur nasi dan tempe goreng. Pasien mengatakan hanya makan makanan di rumah sakit dan sudah tidak memiliki keluhan mual dan muntah lagi.

2) Kebiasaan Minum

a) Sebelum sakit

Pasien mengatakan minum 1-2 liter/hari, atau 6-8 gelas dalam sehari dengan Jenis minuman teh, kopi dan air putih. Pasien mengatakan tidak memiliki gangguan pemenuhan cairan.

b) Saat sakit

Pasien mengatakan tidak ada perubahan frekuensi minum, minum 1/2-1 liter sehari/6-7 gelas sehari dengan jenis minuman air putih. Pasien tidak memiliki gangguan pemenuhan cairan maupun pembatasan cairan.

c. Pola Eliminasi

1) Kebiasaan BAB

a) Sebelum sakit

Pasien mengatakan BAB 1-2x sehari dengan teratur dengan karakteristik peres padat lembek, berwarna kuning dan berbau khas, pasien rutin BAB pagi/sore hari, pasien tidak menggunakan obat pencahar maupun alat bantu.

b) Saat sakit

Pasien mengatakan belum bisa BAB selama di rumah sakit, pasien terakhir BAB senin 3 Februari 2025, pasien tidak menggunakan obat pencahar maupun alat bantu.

Pasien mengatakan perut terasa mules, dan begah namun tidak bisa BAB. Pasien mengalami konstipasi

2) Kebiasaan BAK

a) Sebelum sakit

Pasien mengatakan BAK rutin 4-6x sehari dipagi, siang, sore maupun malam hari, dengan karakteristik urine kuning jernih.

b) Saat sakit

Pasien mengatakan tidak ada gangguan pada BAK, pasien BAK 4-6x sehari, dengan karakteristik urine berwarna kuning jernih, BAK spontan tanpa kateter urine, Bak di kamar mandi, pasien tidak mengalami gangguan berkemih.

d. Pola Aktivitas dan Latihan

Pasien mengatakan tidak ada gangguan pada pernafasan, batuk 2-3 hari jika batuk/tidak pernah lebih dari seminggu. Pasien tidak mengalami nyeri dada maupun gangguan sirkulasi perifer. Pasien mengatakan saat mobilisasi atau soal berpindah tempat pasien mampu melakukan secara mandiri. Pasien tidak mengalami toleransi dalam aktivitasnya. ADL mampu dikerjakan/dilakukan secara mandiri.

e. Pola Tidur dan Istirahat

1) Sebelum sakit

Pasien mengatakan tidur 8-9 jam sehari dengan kualitas tidur

nyenyak. Pasien mengatakan memiliki kebiasaan pengantar tidur dengan melihat TV dan scroll tiktok. Pasien mengatakan tidak mempunyai gangguan tidur, pasien tidak menggunakan obat tidur (penenang), pasien tidak mengalami keluhan Fisik maupun psikis terkait gangguan tidur.

2) Saat sakit

Pasien mengatakan tidak bisa tidur, tidur 5-6jam sehari dengan kualitas tidur yang kurcing nyenyak. Pasien memiliki kebiasaan penghantar tidur yaitu sering terbangun (tidak nyenyak) pasien tidak menggunakan obat tidur (penenang)

f. Pola Persepsi Kongnitif

Pasien mengatakan kurang mengetahui tentang penyakitnya, awalnya pasien hanya mengira demam biasa, pasien mengatakan hanya berpendidikan sampai Tk, kemampuan memori baik, mudah memahami, menggunakan bahasa indonesia dan jawa dengan lancar, Pasien mengatakan tidak mengalami gangguan proses pikir. Pasien mengatakan tidak mengalami gangguan persepsi sensori (penginderaan) dan tidak mengalami gangguan rasa nyaman (nyeri)

g. Pola Persepsi Konsep Diri

Pasien mengatakan dirinya menerima kondisinya saat ini, pasien ingin sembuh dari pen. Yakinnya, tingkah laku pasien aktif. Pasien mengatakan sangat menyayangi dirinya. pasien mengatakan sangat menyayangi wajah, rambut dan seluruh

anggota tubuhnya. Pasien mengatakan dirinya mengecat rambut untuk mempercantik dirinya dan rambutnya. Pasien merupakan seorang istri dan ibu dari kedua anaknya.

h. Pola Peran dan Hubungan

Pasien mengatakan tidak memiliki gangguan pada hubungan dengan orang terdekat. tidak ada perubahan peran terhadap hubungan Intra personal. Interaksi dengan tenaga medis, keluarga, masyarakat. Pasien mengatakan dirinya tidak memiliki konflik dengan siapapun.

i. Pola Seksualitas dan Reproduksi

Pasien mengatakan tidak ada gangguan pada seksualitasnya, 2, pasien mulai menstruasi pada usia 14 tahun. Pasien mengatakan tidak memiliki gangguan seksualitas. Pasien lain banyak memiliki 2 anak, 1 perempuan & 1 laki laki. Pasien mengatakan mengikuti KB, yaitu suntik KB setiap 3 bulan sekali.

j. Pola Koping dan Toleransi Stress

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat stress di masalalnya, metode pemecahan masalah adalah dengan mendiskusikan masalahnya dengan keluarga. Pasien mempunyai support system yaitu suami dan kedua anaknya, pasien tidak memiliki gangguan psikis dengan penyakitnya. Pola komunikasi pasien ke orang lain baik, pasien kooperatif.

k. Pola Nilai dan Kepercayaan

Pasien mengatakan sakitnya saat ini adalah cobaan / takdir,

pasien berharap dan berdoa semoga dapat diberi kesembuhan dan diangkat penyakitnya oleh Allah SWT, Pasien mengatakan hanya membutuhkan bantuan spiritual/doa dari kel-Varganya. Pasien selalu beribadah dengan sholat 5 waktu.

5. Pemeriksaan Fisik

- a. Kesadaran : Composmentis
- b. Keadaan umum : Sedang
- c. Tanda tanda vital
 - 1) TD : 138/94 mmHg
 - 2) HR : 82 x/menit
 - 3) RR : 20 x/menit
 - 4) SpO2 : 99%
 - 5) Suhu : 36,2 C
- d. Kepala
 - 1) Rambut : Distribusi rambut merata, rambut berwarna pirang
 - 2) Kepala : Bentuk kepala bulat, simetris, tidak ada lesi maupun benjolan
 - 3) Wajah : Simetris, tidak ada pembengkakan area wajah
 - 4) Mata : Mata bersih, simetris, pupil isokor, konjungtiva nonanemis, lesu
 - 5) Hidung : Simetris, tidak ada pernapasan cuping hidung
 - 6) Mulut : Mukosa oral lembab, gigi rapi, dan tidak ada sariawan

7) Telinga : Bersih,tidak ada kotoran

e. Leher

1) Inspeksi : Tidak ada luka / benjolan

2) Palpasi : Tidak ada pembengkakan atau pembesaran kelenjar tiroid

f. Dada dan thorax

1) Inspeksi : Dada simetris,tidak ada lesi maupun benjolan

2) Palpasi : Vokal vrementus sama di kedua lapang paru

3) Perkusi : Terdengar bunt sonor

4) Auskultasi : Suara napas vesikuler, tidak ada suara napas tambahan

g. Abdomen

1) Inspeksi : Simetris, umbilicus tertutup

2) Auskultasi : Bunyi peristaltic usus 7x/menit

3) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan ,terdapat distensi abdomen

4) Perkusi : Terdengar bunyi timpani pekak

h. Genetalia

1) Genetalia : Bersih, tidak terpasang kateter

2) Anus/ Rectum : Tidak terdapat adanya hemoroid

i. Ekstremitas : Tidak ada lesi maupun benjolan, tidak terdapat atrofi maupun hipertropi otot, turgor kulit baik, warna kulit sawo matang, tidak ada kelainan tulang, kekuatan otot :

5	5
5	5

6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan laboratorium

Tanggal 4 Februari 2025

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	satuan
IMUNOSEROLOGI			
Typhidot IgG IgM			
Typhidot IgG	Positif*	Negatif	
Typhidot IgM	Positif*	Negatif	
INFEKSI LAIN			
Dengue Ns I Ag	Positif*	Negatif	

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
HEMATOLOGI			
Hematologi Lengkap			
Hemoglobin	12.4	12.0-15.3	gr/dl
Eritrosit	4.5	4.5-5.1	/mm ³
Leukosit	4.340*	4.400-11.000	/mm ³
Hematokrit	37.7*	39.5-44.6	%
Trombosit	91.000*	150.000-450.000	/mm ³
MCV	27.7	27-31	fl
MCH	32.9	33-37	pg
MCHC	84.2	77-99	g/dL
KIMIA KLINIS			
SGOT	81		U/l
SGPT	118		U/l

Tanggal 6 Februari 2025

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
HEMATOLOGI			
Hematologi Rutin			
Hemoglobin	12.4	12.0-15.3	gr/dl
Eritrosit	4.5	4.5-5.1	/mm ³
Leukosit	4.350*	4.400-11.000	/mm ³
Hematrokit	37.9*	39.5-44.6	%
Trombosit	111.000*	150.000-450.000	/mm ³
MCV	27.8	27-31	fl
MCH	32.9	33-37	pg
MCHC	84.3	77-99	g/dL

7. Program Terapi

No	Terapi	Golongan	Dosis	Rute	Waktu	Fungsi
1.	Ring As (RA)	Intraoper- ative	20 tpm	IV/ infus	/8jam	Untuk mengatasi asidosis akibat dehidrasi dan kehilangan ion alkali
2.	NaCl 0.9%	Suplemen mineral	20 tpm / 100ml	IV/ Infus	/12jam	Untuk mengembalikan keseimbangan elektrolit pada dehidrasi
3.	Antrain	NSAID (Non Seteroidal Anti)	1x1 ampul	IV/ Infus	KP	Untuk meredakan nyeri sedang-berat, terutama yang beradsa dari organ dalam tubuh / nyeri kolik abdomen

No	Terapi	Golongan	Dosis	Rute	Waktu	Fungsi
4.	Broadced	Antibiotik	250mg 1x1 vial	IV/ Infus	/24jam pukul 08.00	Untuk mengobati infeksi akibat bakteri
5.	cenervit	Obat keras (vitamin)	125mg 1x1 ampul	IV/ Infus	/24jam	Untuk memenuhi kebutuhan vitamin pada pasien yang menerima nutrisi melalui cairan IV, seperti pasca operasi, luka bakar, dan infeksi luas
6.	Metylpre- dnisolone	Kortiko- steroid	25mg	IV/ Infus	KP	Untuk meredakan peradangan pada berbagai kondisi seperti radang sendi, radang usus, asma, psoriasis, lupus, hingga multiple sclerosis
7.	Neklum	Inhibitor Pompa Proton (PPI)	40mg 1x1 ampul	IV/ Infus	KP	Untuk mengatasi penyakit yang disebabkan oleh kelebihan produksi asam lambung seperti maag dan tukak lambung
8.	Fluradin	Anti- histamin	400mg 2x1tab	Oral	/12jam pukul 08.00& 20.00	Untuk meringankan gejala flu, seperti demam, sakit kepala, hidung

No	Terapi	Golongan	Dosis	Rute	Waktu	Fungsi
						tersumbat, dan bersin bersin
9.	Invomit	Anti emetic	4mg	Oral	KP	Untuk meredakan mual dan muntah akibat kemoterapi serta pencegahan mual dan muntah
10.	Lesidhol	Obat jenis B	300mg 2x1	Oral	/12jam pukul 08.00& 20.00	Untuk menjaga kondisi hati ketika dalam kondisi sakit

8. Balance Cairan

Sift pagi (08.00-14.00)

IWL = 15 x 62kg / 24 jam

= 930ml/ 24jam

= 310/8jam

Balance cairan :

Cairan Masuk (input)			Cairan Keluar (output)		
Infus	= 20tpm	= 400ml	Urine/BAK = 4x/8		
			@100ml = 400ml		
Injeksi	= broadced	= 10ml	BAB	=	0ml
Makan	=	50 ml	IWL	=	310ml
Minum	= 2elas				
	/gelas 100ml	= 200ml			
= 660ml			= 710ml		

$$\begin{aligned}
 \text{Balance} &= \text{Input} - \text{Output} \\
 &= 660\text{ml} - 710\text{ml} \\
 &= -50\text{ml}
 \end{aligned}$$

Kesimpulan : dari hasil penghitungan didapat hasil -50ml / pasien kekurangan cairan -50cc

9. Data Fokus

Hari.tanggal	Data Subjektif dan Data Objektif	TTD
Kamis, 6 Februari 2025	Data Subjektif Pasien mengatakan : 1. Kulit terasa gatal 2. Ruam kemerahan pada kulit 3. Badan terasa lemas 4. Perut mules tapi tidak bisa BAB 5. Perut terasa began 6. Tidak bisa BAB 4 hari Data Objektif : 1. Pasien tampak pucat dan lemah 2. Terdapat ruam kemerahan pada kulit pasien 3. Terdapat distensi abdomen. 4. Bising usus 7x/menit 5. Hasil pemeriksaan LAB - Leukosit : 4.350 /mm³ - Hematokrit : 37.9 % - Trombosit : 111.000 /mm³ - IgM & IgG : positive	Sischa

10. Analisa Data

No Dx	Hari,tanggal	Data Subjektif dan Data Objektif	Problem	Etiologi	TTD
1.	Kamis, 6 Februari 2025	Data Subjektif : Pasien mengatakan : 1. Kulit terasa gatal 2. Ruam kemerahan pada kulit 3. Badan terasa lemas Data Objektif : 1. Pasien tampak pucat dan lemah 2. Terdapat ruam kemerahan pada kulit pasien 3. Hasil pemeriksaan LAB: Leukosit : 4.350/mm ³ Hematokrit : 37.9% Trombosit:111.000/mm ³ IgM&IgG : positif	Resiko Perdarahan	Trombositopenia	Sischa
	Kamis, 6 Februari 2025	Data Subjektif Pasien mengatakan : 1. Perut mules tapi tidak bisa BAB 2. Perut terasa began 3. Tidak bisa BAB 4 hari Data Objektif : 1. Pasien lemah 2. Terdapat distensi abdomen. 3. Bising usus 7x/menit	Konstipasi	Penurunan motilitas gastrointestinal	Sischa

11. Daftar Masalah

No dx	Tanggal Ditemukan	Masalah Keperawatan	Tanggal Teratasi	TTD
1.	Kamis , 6 Februari 2025	Resiko perdarahan yang berhubungan dengan trombositopenia yang dibuktikan dengan pasien mengeluh kulit terasa gatal, muncul ruam kemerahan dan badan terasa lemas. Pasien Sedikit pucat dan lemah, terdapat ruam kem-erahan pada kulit pasien, hasil pemeriksaan LAB menunjukkan nilai leukosit 4350/mm ³ , Hematokrit 37.9%, dan Trombosit 111.000 /mm ³ , IgM&IgG positif		Sischa
	Kamis , 6 Februari 2025	Konstipasi yang berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal yang dibuktikan dengan, pasien mengatakan perut terasa males tapi tidak bisa BAB, Pent terasa begah dan tidak bisa BAB selama 4 hari. Pasien sedikit lemah, bising usus 7x/menit, dan terdapat distensi abdomen.		Sischa

12. Perencanaan

No dx	SLKI (Tujuan dan Kriteria)	SIKI (Tindakan)	TTD
1.	SLKI: Tingkat Perdarahan (L.02017) Tujuan: Pasien mampu mencapai tingkat perdarahan yang menurun setelah dilakukan perawatan sampai dengan tanggal 7-2-2025 dengan kriteria: 1. Kelembapan kulit (5: meningkat) 2. Distensi abdomen (5: menurun) 3. Hematokrit (5: membaik) 4. Tekanan darah (5: membaik) 5. Frekwensi nadi (5: membaik) 6. Suhu tubuh (5: membaik)	SIKI1: Pencegahan perdarahan. Tindakan Observasi 1. Monitor tanda dan gejala perdarahan 2. Monitor tanda tanda vital ortostatik Terapeutik: 1. Pertahankan bed rest selama perdarahan 2. Batasi tindakan infusif Edukasi: 1. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan 2. Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi. Kolaborasi: 1. Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan. SIKI 2 : Pemantauan Tanda Vital Tindakan Observasi: 1. Monitor tekanan darah 2. Monitor nadi 3. Monitor pernapasan 4. Monitor suhu 5. Monitor oksimetri tubuh. Terapeutik: 1.	

No dx	SLKI (Tujuan dan Kriteria)	SIKI (Tindakan)	TTD
		2. Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi: 3. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan Informasikan hasil pemantauan.	
2.	SLKI : Eliminasi Fekal Tujuan: Pasien mampu mencapai tingkat eliminasi Fekal yang membaik Setelah dilakukan perawatan sampai dengan tanggal:7-02-2025 dengan kriteria: 1. Kontrol pengeluaran peses (5: meningkat) 2. Distensi abdomen (5: menurun) 3. Konsistensi peses (5: membaik) 4. Peristaltik usus (5: membaik)	SIKI: Manajemen konstipasi Tindakan Observasi: 1. Periksa tanda dan gejala konstipasi 2. Periksa pergerakan usus, karakteristik Feses 3. Identifikasi faktor resiko konstipasi Terapeutik: 1. Anjurkan diet tinggi serat 2. Lakukan massase abdomen Edukasi 1. Anjurkan peningkatan asupan cairan, Jika tidak ada kontra indikasi 2. Latih buang air besar secara teratur 3. Ajarkan cara mengatasi konstipasi atau Impaksi Kolaborasi 1. Konsultasi dengan tim medis tentang penurunan /peningkatan frekwensi suaranya. 2. Kolaborasi obat pencahar, jika perlu.	

13. Implementasi

Hari,tanggal jam	No dx	Tindakan Keperawatan dan Respon	TTD
Kamis, 6 februari 2025 08.00	1.2	Melakukan pengkajian keperawatan RS : Pasien mengatakan merasa gatal pada kulit dan terdapat kemerahan pada kulit, pasien mengeluh badan lemes, perut terasa sebah dan begah, dan tidak bisa BAB Selama 4 hari. RO : Pasien tampak pucat dan lemah Terdapat kemerahan pada kulit pasien Hasil pemeriksaan TTV: TD. 138/94 mmHg S: 36.2% HR: 82x/menit Spo: 99% RR. 20x/menit	
10.30	1	Melakukan pemantauan TTV RS : Pasien mengatakan badan terasa lemes dan tidak bisa tidur RO : Hasil pemeriksaan TTV : TD : 123/89mmHg HR : 80x/menit RR : 20x/menit S : 36,2 SpO: 98%	

Hari,tanggal jam	No dx	Tindakan Keperawatan dan Respon	TTD
Jum'at, 7 Februari 2025 07.30	1	Melakukan pemantauan TTV : RS : Pasien mengatakan tidak bisa tidur, perut sebah dan began dan pasien tidak bisa BAB RO : Hasil pemeriksaan TTV. TD 140/90mmHg, RR: 19x/menit SpO ² 98% HR. 72x/menit S 35.9°C Melakukan injeksi 10/INFUS	
08.40	1	RS : Pasien mengatakan sudah lebih baik RO : Injeksi telah diberikan, melalui 1V/infus, broadeed (antibiotik) 1000mg Mengganti cairan infus	
09.00	1.2	RS : - RO : Infus telah diganti, sanbe 500ml/20tpm. Memberikan obat oral	
09.15	1	RS : Pasien mengatakan sudah makan RO : Obat oral telah diberikan, flunadin 400mg & Lesidhol 300mg Melakukan pemeriksaan tanda gejala konstipasi	
10.15	2	RS:	

Hari,tanggal jam	No dx	Tindakan Keperawatan dan Respon	TTD
		Pasien mengatakan perut sebah, begah dan masih belum bisa BAB RO : Terdapat distensi abdomen, perista Hik usus /Jam: 6x/menit	

14. Evaluasi

Hari,tanggal	No dx	Evaluasi (SOAP)	TTD
Jum'at,7 Februari 2025	1	S : Pasien mengatakan : 1. Sudan rencana pulang 2. Badan lebih segar 3. Gatal sudan mereda 4. Ruam merah sudah berkurang O : 1. Pasien lebih segar 2. Kemerahan dikulit sudah hilang 3. Hasil LAB Leukosit 4.450 Hematokrnt 57.9 Trombosit 142.000 4. Hasil TTV TD :148/95 mmHg RR: 20x/menit Spo ² , 100% HR: 83x/menit S :36.1°C A : Pasien mampu mencapai tingkat perdarahan yang menurun P :	Sischa

Hari,tanggal	No dx	Evaluasi (SOAP)	TTD
		1. Monitor tanda tanda vital ortostastik 2. Monitor tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu tubuh dan oksimetri tubuh.	
Jum'at,7 Februari 2025	2	S : Pasien mengatakan 1. Tidak bisa tidur 2. Perut terasa sebah & began 3. Tidak bisa BAB $\pm$ 4-5 hari O : 1. Terdapat distensi abdomen 2. Peristaltik usus 6x/menit A : Pasien belum mampu mencapai eliminasi fekal yang membaik P : Lanjutkan intervensi keperawatan : 1. Identifikasi faktor resiko konstipasi 2. Anjurkan diet tinggi serat 3. Kolaborasi obat pencahar	Sischa

B. Pembahasan

Pada bagian ini penulis akan membahas tentang studi kasus risiko perdarahan pada pasien DHF. Penerapan proses keperawatan dalam asuhan keperawatan untuk klien merupakan salah satu wujud tanggung gugat keperawatan yang terdiri dari tahap pengkajian keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Untuk itu

perawat akan membahas sesuai dengan tahap proses asuhan keperawatan sebagai berikut

1. Pengkajian

Penulis melakukan pengkajian pada hari Kamis, 06 Februari 2025 di gedung ASA RUMAH SAKIT DR OEN SOLO BARU. Dari pengkajian yang telah dilakukan pada Ny. Y maka data fokus yang ditemukan terkait dengan masalah pasien adalah:

a. Data subjektif

Pasien mengatakan :

- 1) Kulit terasa gatal
- 2) Terdapat ruam kemerahan pada kulit
- 3) Badan terasa lemas
- 4) Perut terasa mules dan penuh namun tidak bisa BAB
- 5) Perut terasa begah
- 6) Tidak bisa BAB selama 4 hari.

b. Data objektif

- 1) Pasien tampak lemah

Pasien tampak lemah , pucat, karena gangguan metabolisme terutama gangguan peredaran darah. Berdasarkan uraian diatas bila dikaitkan dengan kondisi pasien dari hasil anamnesa pasien mengatakan badan lemas dan pemeriksaan laboratorium trombosit : $111.000/ \text{mm}^3$

2) Terdapat ruam bitnik bintik kemerahan pada kulit ekstremitas

Menurut Ariani et. al (2020), petekie merupakan temuan klinis yang umum pada demam berdarah, dan pasien juga memiliki jumlah trombosit yang rendah, sebuah diagnosis klinis demam berdarah dibuat oleh dokter pertama yang bertanggung jawab. Berdasarkan dari uraian diatas jika dikaitkan dengan kondisi pasien Ny.Y dikarenakan adanya penurunan trombosit, dengan nilai trombosit $111.000/\text{mm}^3$.

3) Terdapat distensi abdomen

Menurut Griffiths (2019). distensi abdomen dapat disebabkan oleh 5 F yaitu flatus (gas), fluid (cairan), fetus (janin), fat (lemak), atau feses. Kondisi ini umumnya disebabkan oleh obstruksi usus letak rendah. Distensi abdomen terbagi menjadi penyebab akibat gas yaitu dispepsia fungsional, gastric outlet obstruction, obstruksi usus halus, ileus, dan pseudo-obstruksi; penyebab akibat organ solid atau massa termasuk hepatomegali, splenomegali, tumor, dan konstipasi dengan retensi feses; penyebab akibat cairan yaitu asites, perdarahan abdomen, kista, dan abses. Pada kasus Ny. Y ditemukan distensi abdomen, sehingga dapat diketahui terjadinya konstipasi pada Ny.Y.

4) Membran mukosa pucat

Pucat pada wajah dan membrane mukosa dapat berhubungan dengan rendahnya kadar hemoglobin atau

syok. Penulis menetapkan indikator ini karena pasien mengalami DHF yang mengalami penurunan hemoglobin, dengan hasil hemoglobin 13.2mg/dL.

5) Bising usus 7x/menit

Menurut Gaol.,et.al (2025), peristaltik usus adalah gerakan kontraksi otot-otot polos yang terjadi secara bergelombang di sepanjang dinding saluran pencernaan, terutama di usus, yang berfungsi untuk mendorong isi usus (makanan atau chyme) dari satu bagian ke bagian lainnya. Gerakan ini dikendalikan oleh sistem saraf enterik dan dipengaruhi oleh hormon serta refleks pencernaan. Peristaltik merupakan bagian penting dalam proses pencernaan karena membantu pencampuran makanan dengan enzim serta penyerapan nutrisi. Gangguan pada peristaltik dapat menyebabkan kondisi seperti konstipasi atau obstruksi usus. Auskultasi dilakukan pada epigastrium dan 4 kuadran abdomen dengan mendengarkan bising usus yang normalnya berkisar 5 – 35 x/menit. Pada kasus Ny.Y didapatkan hasil peristaltik usus 7x/menit. Hal ini menunjukkan peristaltik usus pada Ny.Y lemah dan frekuensi rendah.

6) Leukosit : 4.350/mm³

Leukosit berfungsi mempertahankan tubuh dari serangan penyakit dengan cara memakan atau fagositosis penyakit tersebut. Itulah sebabnya leukosit disebut juga fagosit. Sel

darah putih yang mengandung inti, banyaknya antara 6.000-9.000/mm³. Pada kasus Ny.Y didapatkan hasil leukosit 4.350 /mm³ yang menunjukkan bahwa leukosit pada Ny.Y kurang dari nilai normal.

7) Hematokrit : 37.9%

Menurut Askrening et.al (2024), Hematokrit adalah persentase volume seluruh eritrosit yang ada di dalam darah dan diambil dalam volume eritrosit yang dipisahkan dari plasma dengan cara memutarinya di dalam tabung khusus dalam waktu dan kecepatan tertentu yang nilainya dinyatakan dalam persen (%), nilai untuk pria 40-48 vol % dan untuk wanita 37-43 vol %, Nilai hematokrit dari sampel adalah perbandingan antara volume eritrosit dengan volume darah secara keseluruhan. Nilai hematokrit dapat dinyatakan sebagai presentase atau sebagai pecahan desimal (unit SI), liter/liter (L/L). Berdasarkan dari uraian diatas jika dikaitkan dengan kondisi pasien Ny.Y dikarenakan adanya penurunan nilai hematokrit yaitu 37,9%. Pada pasien keloaan penulis mengalami DHF sehingga beresiko perdarahan meningkat.

8) Trombosit 111.000/mm³.

Menurut Maryani dan Mamlukah (2023), trombosit adalah sel darah yang berperan dalam pembekuan darah. Pada penderita DHF, infeksi virus dapat menyebabkan penurunan jumlah trombosit, kondisi yang dikenal sebagai

trombositopenia. Trombositopenia pada DHF meningkatkan risiko perdarahan, karena trombosit yang rendah dapat menghambat kemampuan darah untuk membeku secara efektif. Gejala pendarahan, seperti gusi berdarah, hidung berdarah, dan petekie (bintik-bintik merah pada kulit), dapat muncul sebagai akibat dari penurunan jumlah trombosit. Pada kasus Ny.Y didapati tanda resiko perdarahan yang ditunjukkan dengan adanya ruam bintik kemerahan pada kulit (petekie), nilai hematokrit 37,9%, dan angka trombosit $111.000/\text{mm}^3$

9) IgG/IgM positif

Menurut Charisma (2020), pemeriksaan antibody IgG dan IgM yang spesifik berguna dalam mendiagnosis infeksi virus dengue. Uraian tersebut sesuai dengan yang terjadi pada pasien yaitu terdeteksi positif demam berdarah. Pemeriksaan IgG/IgM dilakukan dengan cara menganalisis sampel darah pada laboratorium untuk mendeteksi antibody IgG/IgM dan antigen virus dengue. Pemeriksaan ini dilakukan bagi pasien dengan gejala DBD. Jika tes anti dengue IgG/IgM menunjukkan hasil positif hal tersebut menandakan bahwa pasien mengalami infeksi virus dengue. Pada kasus Ny.Y didapatkan hasil pemeriksaan laboratorium IgM positif. Hal ini menunjukkan bahwa Ny.Y mengalami infeksi virus *dengue*.

10) Dengue Ns 1Ag positif

NS1 merupakan protein nonstruktural yang diproduksi oleh virus dengue yang diduga diperlukan untuk replikasi virus karena terbukti berkolokasi dengan kompleks replikasi RNA virus . NS1 merupakan glikoprotein dengan berat molekul dalam kisaran 48 hingga 50 kDa (Rasihku,2023).

Sensitivitas dan spesifisitas kit ELISA penangkapan antigen NS1 dengue komersial untuk diagnosis laboratorium dengue akut telah dievaluasi sebelumnya. Tes tersebut ditemukan sangat spesifik untuk dengue dan sensitif seperti tes diagnostik molekuler konvensional untuk mendeteksi RNA genom dengue dengan reaksi berantai polimerase transkriptase terbalik (RT-PCR) (Rasihku,2023). Pada kasus Ny.Y didapatkan hasil pemeriksaan laboratorium Dengue NS1 Ag positif. Hal ini menunjukkan bahwa Ny.Y mengalami infeksi virus *dengue*.

2. Diagnosa Keperawatan

Penulis menegakkan diagnosa utama yaitu risiko perdarahan yang berhubungan dengan trombositopeni. Selain itu juga ditemukan diagnosa keperawatan yang lain yaitu konstipasi yang berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal, berikut uraiannya:

a. Resiko Perdarahan

Berdasarkan data yang ditemukan, penulis menegakkan diagnosa resiko perdarahan. Yang berhubungan dengan trombositopeni.

1) Kesesuaian kondisi pasien dengan definisi

Kesesuaian kondisi pasien dengan definisi diagnosa keperawatan diagnosa yang muncul dari pengelolaan kasus penulis adalah risiko perdarahan yang berhubungan dengan trombositopeni, hal tersebut sudah sesuai dengan rumusan diagnosa keperawatan menurut Tim Pokja (2018). Sebagaimana yang tertulis risiko perdarahan adalah beresiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi di dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh). Pada saat pengkajian pasien mengatakan nadan terasa lemas, pasien tampak lemah, terdapat bintik-bintik merah dikulit, IgM positif, trombosit menurun $111.000/\text{mm}^3$. Berdasarkan uraian diatas, kondisi pasien sesuai dengan definisi diagnosa keperawatan yaitu risiko perdarahan.

2) Penentuan atau pemilihan etiologi

Etiologi yang penulis rumuskan dalam kasus kelolaan ini adalah gangguan koagulasi (trombositopenia). Menurut Tim Pokja (2018), etiologi ini diambil dari faktor-faktor yang berhubungan dengan resiko perdarahan adalah aneurisma, gangguan gastrointestinal, gangguan fungsi hati, komplikasi pasca partum, gangguan koagulasi, efek agen farmakologis, tindakan pembedahan, trauma, proses keganasan. Pada kasus Ny.Y menunjukkan penyebab resiko perdarahan yaitu trombosit menurun $111.000/\text{mm}^3$, hematokrit menurun

37,9%, TD 138/94 mmHg, terdapat bintik-bintik merah dikulit, membran mukosa kering dan IgM dengue positif. Berdasarkan data tersebut, penulis menetapkan trombositopeni sebagai etiologi dari diagnosa keperawatan yang ditegakkan. Trombosit dihasilkan dalam sumsum tulang melalui fragmentasi sitoplasma megakariosit. Jumlah trombosit normal adalah sekitar $250 \times 10^9/l$ (rentang $150 - 400 \times 10^9/l$) dan lama hidup trombosit yang normal adalah 710 hari. Fungsi utama trombosit adalah pembentukan sumbat mekanik selama respons hemostasis normal terhadap cedera vaskular. Tanpa trombosit, dapat terjadi kebocoran darah spontan melalui pembuluh darah kecil. Penurunan jumlah trombosit $<150.000/\mu l$ dikategorikan sebagai trombositopenia. Trombositopenia pada infeksi dengue terjadi melalui mekanisme supresi sumsum tulang, destruksi dan pemendekan masa hidup trombosit. Penyebab trombositopenia pada DHF adalah akibat terbentuknya kompleks virus antibodi yang merangsang terjadinya agregasi trombosit. Agregat tersebut melewati RES sehingga dihancurkan. Peningkatan destruksi trombosit di perifer juga merupakan penyebab trombositopenia pada DHF.

- 3) Kesesuaian data pendukung dengan batasan karakteristik diagnosa keperawatan

Alasan ditegakkan diagnosa resiko perdarahan menurut Tim Pokja (2018), batasan karakteristik untuk diagnosa risiko perdarahan adalah kelembaban membran mukosa, kelembaban kulit, kognitif, hematemesis, hematuria, perdarahan anus, distensi abdomen, perdarahan vagina, perdarahan pasca operasi, hemoglobin, hematokrit, tekanan darah, denyut nadi apical, suhu tubuh. Data yang penulis temukan yang sesuai dengan batasan karakteristik diagnosa resiko perdarahan adalah membran mukosa kering, trombosit menurun $111.000/\text{mm}^3$, hematokrit 37,9% , terdapat bintik-bintik merah di kulit, TD 138/94 mmHg, igM dengue positif, pasien tampak lemah, akral hangat, sehingga diagnosa risiko perdarahan dapat ditegakkan

4) Keterkaitan penegakkan diagnosa keperawatan sesuai patofisiologi penyakit

Menurut Kumalasari et.al (2024), fenomena patologis yang utama pada penderita DHF adalah meningkatnya permeabilitas dinding kapiler yang mengakibatkan terjadinya pembesaran atau kebocoran plasma, peningkatan permeabilitas dinding kapiler mengakibatkan berkurangnya volume plasma yang secara otomatis jumlah trombosit berkurang, terjadinya hipotensi (tekanan darah rendah) yang dikarenakan kekurangan haemoglobin, terjadinya

hemokonsentrasi (peningkatan hematokrit $>20\%$) dan renjatan (syok).

Hal pertama yang terjadi setelah virus masuk ke dalam tubuh penderita adalah penderita mengalami demam, sakit kepala, mual, nyeri otot, pegal-pegal di seluruh tubuh, ruam atau bintik- bintik merah pada kulit (petekie), sakit tenggorokan dan hal lain yang mungkin terjadi seperti pembesaran limpa (splenomegali). Hemokonsentrasi menunjukkan atau menggambarkan adanya kebocoran atau perembesan plasma ke ruang ekstra seluler sehingga nilai hematokrit menjadi penting untuk patokan pemberian cairan intravena. Oleh karena itu, pada penderita DHF sangat dianjurkan untuk memantau hematokrit darah berkala untuk mengetahuinya. Setelah pemberian cairan intravena peningkatan jumlah trombosit menunjukkan kebocoran plasma telah teratasi sehingga pemberian cairan intravena harus dikurangi kecepatan dan jumlahnya untuk mencegah terjadinya edema paru dan gagal jantung. Sebaliknya jika tidak mendapatkan cairan yang cukup, penderita akan mengalami kekurangan cairan yang dapat mengakibatkan kondisi yang buruk bahkan bisa mengalami renjatan dan apabila tidak segera ditangani dengan baik maka akan mengakibatkan kematian. Sebelumnya terjadinya kematian biasanya dilakukan

pemberian transfusi guna menambah semua komponen-komponen di dalam darah yang telah hilang.

b. Konstipasi

Berdasarkan data yang ditemukan, penulis menegakkan diagnosa konstipasi yang berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal.

1) Kesesuaian kondisi pasien dengan definisi

Kesesuaian kondisi pasien dengan definisi diagnosa keperawatan diagnosa yang muncul dari pengelolaan kasus penulis adalah konstipasi yang berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal, hal tersebut sudah sesuai dengan rumusan diagnosa keperawatan menurut Tim Pokja (2018). Bagaimana diketahui penurunan frekwensi buang air besar disertai pengeluaran feses yang sulit atau tidak lengkap beresiko mengalami penurunan frekwensi atau kesulitan buang air besar. Pada saat pengkajian pasien mengatakan perut terasa begah , dan tidak bisaBAB selama 4 hari. Pasien tampak lemah, terdapat distensi abdomen, bising usus 7x/menit. Berdasarkan uraian diatas, kondisi pasien sesuai dengan definisi diagnosa keperawatan yaitu konstipasi.

2) Penentuan atau pemilihan etiologi

Etiologi yang penulis rumuskan dalam kasus kelolaan ini adalah penurunan motilitas gastrointestinal. Menurut Tim

Pokja (2018), etiologi ini diambil dari faktor faktor yang berhubungan dengan konstipasi adalah penurunan motilitas gastrointestinal, ketidakadekuatan pertumbuhan gigi, ketidakcukupan diet, ketidakcukupan asupan serat, ketidakcukupan asupan cairan, angagilonik, kelemahan otot abdomen, konfusi, depresi, gangguan emosional, perubahan kebiasaan makan, ketidakadekuatan toileting, aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan, penyalahgunaan laksatif, efek agen farmakologia, ketidakteraturan kebiasaan defekasi, kebiasaan menahan dorongan defekasi, dan perubahan lingkungan. Pada kasus Ny.Y menunjukkan penyebab konstipasi adalah perut terasa begah/penuh, tidak bisa BAB selama 4 hari, terdapat distensi abdomen, bising usus 7x/menit. Berdasarkan data tersebut penulis menetapkan penurunan motilitas gastrointestinal sebagai etiologi dalam diagnosa keperawatan yang ditegakkan.

3) Kesesuaian data pendukung dengan batasan karakteristik diagnosa keperawatan

Alasan ditegakkan diagnosa konstipasi menurut Tim Pokja (2018), batasan karakteristik untuk diagnosa konstipasi adalah perasaan tidak nyaman atau nyeri saat buang air besar, rasa penuh di rectum atau perut, frekwensi buang air besar yang berkurang (kurang dari 3 kali per minggu), keluhan sulit buang air besar, perasaan tidak tuntas saat

defekasi, perut kembung atau distensi abdomen, penurunan peristaltic pada auskultasi abdomen, tidak ada buang air besar selama beberapa hari. Pada kasus Ny.Y ditemukan data yang sesuai dengan batasan karakteristik diagnosa konstipasi adalah perut terasa begah/penuh, tidak bisa BAB selama 4 hari, bising usus 7x/menit, terdapat distensi abdomen, dan pasien tampak lemas, sehingga diagnosa konstipasi dapat di tegakkan.

- 4) Keterkaitan penegakan diagnosa keperawatan sesuai patofisiologi penyakit.

Menurut Gyuton,et,al (2020), pada pasien dengan DHF (Demam Hemoragic Fever) , konstipasi dapat terjadi akibat beberapa mekanisme patofisiologis yang saling berkaitan pada penderita DHF adalah penurunan perfusi usus, perfusi organ organ termasuk saluran cerna menurun sehingga menyebabkan motilitas usus terganggu dan transit feses melambat. Selain itu imobilisasi juga dapat mempengaruhi konstipasi pada pasien DHF, pasien DHF sering mengalami kelemahan, nyeri otot, dan disarankan untuk bedrest, kurangnya aktivitas fisik memperlambat peristaltik usus sehingga dapat menyebabkan konstipasi.

3. Perencanaan

a. Resiko perdarahan

Tujuan keperawatan yang penulis rumuskan adalah pasien

mampu menunjukkan tingkat perdarahan yang membaik setelah dilakukan tindakan keperawatan sampai tanggal 7 Februari 2025.

1) Pemilihan SLKI dan indikator

a) SLKI

Menurut Tim Pokja (2018) SLKI untuk resiko perdarahan adalah tingkat perdarahan dan kontrol resiko. Penulis memilih SLKI tingkat perdarahan yang sesuai dengan kondisi dan keadaan pasien, karena saat dilakukan pengkajian pasien belum bisa menurunkan tingkat perdarahan. Pengertian dari tingkat perdarahan adalah kehilangan darah baik internal (terjadi di dalam tubuh) maupun eksternal (kehilangan hingga keluar tubuh).

b) Indikator

Menurut Tim Pokja (2018), indikator pencapaian dari tingkat perdarahan adalah suhu tubuh, hematokrit, hemoglobin, kelembaban membran mukosa dan kelembaban kulit, sedangkan indikator yang penulis pilih adalah sebagai berikut:

(1) Hematokrit

Menurut Askrening et.al (2024), Hematokrit adalah persentase volume seluruh eritrosit yang ada di dalam darah dan diambil dalam volume eritrosit yang dipisahkan dari plasma dengan cara memutarnya di

dalam tabung khusus dalam waktu dan kecepatan tertentu yang nilainya dinyatakan dalam persen (%), nilai untuk pria 40-48 vol % dan untuk wanita 39,5-44,6 vol %, Nilai hematokrit dari sampel adalah perbandingan antara volume eritrosit dengan volume darah secara keseluruhan. Nilai hematokrit dapat dinyatakan sebagai presentase atau sebagai pecahan desimal (unit SI), liter/liter (L/L). Pada pasien kelolaan penulis mengalami penurunan hematokrit yaitu 37,9 % sehingga resiko perdarahan meningkat, bila terjadi perdarahan maka volume darah intravaskuler akan menurun dan viskositas/kekentalan darah meningkat. Dengan memantau nilai hematokrit akan dapat diketahui kemungkinan terjadinya perdarahan pada pasien.

(2) Kelembapan mukosa oral

Pucat pada wajah dan membrane mukosa dapat berhubungan dengan rendahnya kadar hemoglobin atau syok. Penulis menetapkan indikator ini karena pasien mengalami DHF yang mengalami penurunan hemoglobin 13.6 g/d

2) Intervensi

a) SIKI

Menurut Tim Pokja (2018), SIKI untuk resiko perdarahan

adalah pencegahan perdarahan dan identifikasi resiko. Berdasarkan data hasil pengkajian yang didapatkan dari pasien, penulis mengambil SIKI pencegahan perdarahan. pengertian dari SIKI pencegahan perdarahan adalah mengidentifikasi dan menurunkan resiko atau komplikasi stimulus yang menyebabkan perdarahan atau resiko perdarahan. SIKI tersebut juga sudah sesuai dengan SIKI yang dianjurkan oleh Tim Pokja (2018) yaitu pencegahan perdarahan.

b) Aktivitas

SIKI manajemen perdarahan menurut Tim Pokja (2018) yaitu: monitor tanda dan gejala perdarahan, monitor nilai hemoglobin/ hematokrit sebelum dan setelah kehilangan darah, monitor tanda-tanda vital, pertahankan bedrest selama perdarahan, jelaskan tanda dan gejala perdarahan, anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi, anjurkan meningkatkan asupan makan dan vitamin K, anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan, dan kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, *jika perlu*. Sedangkan aktivitas SIKI yang penulis rencanakan adalah :

(1) Monitor tanda dan gejala perdarahan

Rasional: Menurut Rehatta et.al (2019) tanda dan gejala klinis awal, klasifikasi ini berguna untuk

memperkirakan presentase kehilangan darah yang terdiri secara akut dan patofisiologi dari keadaan syok. Tanda dan gejala klinis merupakan kontineum perdarahan yang sering terjadi dan hanya berfungsi untuk memandu terapi awal. Penggantian volume intravascular ditentukan oleh respons pasien terhadap terapi. Dengan dilakukan monitor tanda gejala perdarahan diharapkan pasien tidak mengalami perdarahan seperti adanya perdarahan bawah kulit (petekie), maupun dengan melihat adanya perdarahan pada gusi.

(2) Monitor hematokrit

Rasional: hematokrit dapat tetap normal segera setelah perdarahan akut (konsentrasi SDM terhadap plasma belum berubah), tetapi lebih dari periode satu jam terdapat perpindahan cairan dan cairan interstisial (CIS) ke plasma dan hematokrit turun. Ketika hematokrit meningkat menyebabkan darah menjadi kental dan volume darah menurun, semakin rendah jumlah trombosit semakin tinggi jumlah hematokrit. Dengan dilakukan monitor hematokrit diharapkan tidak terjadi kenaikan hematokrit dan penurunan trombosit. Pasien dilakukan pemeriksaan laboratorium

per hari untuk mengetahui nilai hematokrit dan trombosit.

(3) Pertahankan bedrest

Rasional: Untuk menurunkan resiko terjadinya perdarahan dan bedrest dapat membantu organ-organ dapat bekerja secara efektif. Pada kasus Ny.Y pasien dianjurkan untuk meminimalkan aktivitas turun dari tempat tidur.

(4) Jelaskan tanda dan gejala perdarahan

Rasional: Agar keluarga dan pasien mengetahui dan segera bisa melaporkan bila terjadi tanda perdarahan sehingga dapat segera dilakukan tindakan. Pada kasus Ny.Y pasien dianjurkan untuk segera melapor apabila terdapat tanda perdarahan seperti bintik bintik merah (petekie), perdarahan gusi, maupun adanya mimisan.

b. Konstipasi

Tujuan keperawatan yang penulis rumuskan adalah pasien mampu menunjukkan tingkat perdarahan yang membaik setelah dilakukan tindakan keperawatan sampai tanggal 7 Februari 2025.

1) Pemilihan SLKI dan indikator

a) SLKI

Menurut Tim Pokja (2018) SLKI untuk konstipasi adalah eliminasi fekal. Penulis memilih SLKI eliminasi fekal yang sesuai dengan kondisi dan keadaan pasien, karena saat dilakukan pengkajian pasien belum bisa mencapai tingkat eliminasi fekal yang membaik. Pengertian dari eliminasi fekal adalah proses pengeluaran feses yang mudah dengan konsistensi, frekuensi, dan bentuk feses yang normal.

b) Indikator

Menurut Tim Pokja (2018), indikator pencapaian dari konstipasi adalah control pengeluaran feses, distensi abdomen, konsistensi feses, dan peristaltic usus. Sedangkan indikator yang penulis pilih adalah sebagai berikut :

(1) Distensi abdomen

Menurut Griffiths (2019). distensi abdomen dapat disebabkan oleh 5 F yaitu flatus (gas), fluid (cairan), fetus (janin), fat (lemak), atau feses. Kondisi ini umumnya disebabkan oleh obstruksi usus letak rendah. Distensi abdomen terbagi menjadi penyebab akibat gas yaitu dispepsia fungsional, gastric outlet obstruction, obstruksi usus halus, ileus, dan pseudo-obstruksi; penyebab akibat organ solid atau massa termasuk hepatomegali, splenomegali, tumor, dan

konstipasi dengan retensi feses; penyebab akibat cairan yaitu asites, perdarahan abdomen, kista, dan abses. Pada kasus Ny. Y ditemukan distensi abdomen, sehingga dapat diketahui terjadinya konstipasi pada Ny.Y.

(2) Peristaltik usus

Menurut Gaol.,et.al (2025), peristaltik usus adalah gerakan kontraksi otot-otot polos yang terjadi secara bergelombang di sepanjang dinding saluran pencernaan, terutama di usus, yang berfungsi untuk mendorong isi usus (makanan atau chyme) dari satu bagian ke bagian lainnya. Gerakan ini dikendalikan oleh sistem saraf enterik dan dipengaruhi oleh hormon serta refleks pencernaan. Peristaltik merupakan bagian penting dalam proses pencernaan karena membantu pencampuran makanan dengan enzim serta penyerapan nutrisi. Gangguan pada peristaltik dapat menyebabkan kondisi seperti konstipasi atau obstruksi usus. Auskultasi dilakukan pada epigastrium dan 4 kuadran abdomen dengan mendengarkan bising usus yang normalnya berkisar 5 – 35 x/menit. Peristaltik usus dapat meningkat atau menurun. Pada kasus Ny.Y didapatkan bunyi peristaltik usus 7x/menit.

2) Intervensi

a) SIKI

Menurut Tim Pokja (2018), SIKI untuk konstipasi adalah manajemen konstipasi. Berdasarkan data hasil pengkajian yang didapatkan dari pasien, penulis mengambil SIKI manajemen konstipasi. Pengertian dari SIKI manajemen konstipasi adalah tindakan keperawatan untuk membantu pasien meningkatkan frekuensi dan kualitas eliminasi usus. Tujuan utamanya adalah membantu pasien mengatasi atau mencegah konstipasi (sembelit) melalui pendekatan non-farmakologis dan/atau farmakologis sesuai penyebab. SIKI tersebut juga sudah sesuai dengan SIKI yang dianjurkan oleh Tim Pokja (2018) yaitu manajemen konstipasi.

b) Aktivitas

SIKI manajemen konstipasi menurut Tim Pokja (2018) yaitu : periksa tanda dan gejala konstipasi, periksa pergerakan usus, karakteristik feses, identifikasi faktor resiko konstipasi, anjurkan diet tinggi serat, lakukan masase abdomen, anjurkan meningkatkan asupan cairan jika tidak ada indikasi, latih buang air besar secara teratur, ajarkan cara mengatasi konstipasi atau impaksi, konsultasi dengan tim medis tentang penurunan / peningkatan suara usus, dan kolaborasi pencabar, *jika*

perlu. Sedangkan aktivitas SIKI yang penulis rencanakan adalah :

(1) Periksa tanda dan gejala konstipasi.

Rasional: Pemeriksaan tanda dan gejala konstipasi penting dilakukan untuk mengidentifikasi adanya gangguan eliminasi usus secara dini, yang ditandai dengan frekuensi buang air besar yang kurang dari tiga kali seminggu, tinja keras/kering, kesulitan mengejan, atau perasaan tidak tuntas setelah defekasi.

(2) Periksa pergerakan usus, karakteristik feses

Rasional: Pemeriksaan ini penting untuk mengevaluasi fungsi eliminasi gastrointestinal serta mendeteksi adanya perubahan yang menunjukkan gangguan, seperti konstipasi atau diare. Dengan mengetahui frekuensi, konsistensi, warna, dan bau feses, perawat dapat mengidentifikasi pola eliminasi pasien secara individual, Mendeteksi tanda awal masalah gastrointestinal, seperti konstipasi (feses keras/kering), diare (feses cair), perdarahan (feses berdarah), atau malabsorpsi (feses berminyak/berbau tajam), dan Menentukan intervensi yang sesuai, seperti modifikasi diet, pemberian cairan, atau edukasi buang air besar yang teratur.

(3) Identifikasi faktor resiko konstipasi

Rasional : Identifikasi faktor risiko konstipasi penting dilakukan untuk mencegah terjadinya konstipasi yang dapat menyebabkan ketidaknyamanan, gangguan nutrisi, serta komplikasi seperti hemoroid, fisura ani, atau impaksi fekal. Dengan mengetahui faktor risiko sejak dini, tenaga kesehatan dapat merancang intervensi yang tepat seperti edukasi diet tinggi serat, peningkatan aktivitas fisik, atau penyesuaian obat-obatan yang menyebabkan konstipasi.

(4) Anjurkan peningkatan asupan cairan.

Rasional : Peningkatan asupan cairan dianjurkan untuk menjaga keseimbangan cairan tubuh, mendukung fungsi organ, serta mencegah dehidrasi yang dapat menyebabkan berbagai komplikasi seperti penurunan tekanan darah, gangguan fungsi ginjal, konstipasi, dan gangguan elektrolit. Cairan yang cukup juga penting untuk proses metabolisme, transportasi nutrisi, serta pembuangan sisa metabolisme melalui urin dan keringat.

4. Implementasi

a. Tindakan keperawatan yang dilakukan saat di IGD :

1) Melakukan pengkajian pada pasien dan keluarga

Dalam pengkajian tersebut penulis melakukan monitor tanda-tanda vital, hasil pengkajian pasien mengatakan pasien badan demam, terasa pegal. Hasil pengamatan pasien tampak lemah.

2) Memberikan terapi obat

Pemberian terapi obat dilakukan untuk menanggulangi tingkat keparahan pasien yang telah dilakukan pengkajian. Dari data yang diperoleh didapatkan hasil pasien mendapat terapi RL 20 tpm yang digunakan untuk menggantikan cairan tubuh yang hilang dan juga mendapatkan terapi Ranitidine 50mg dan Sanmol 1gr melalui IV yang digunakan untuk nyeri dan untuk meredakan demam.

b. Tindakan keperawatan saat pengelolaan kasus tindakan yang penulis lakukan saat mengelola kasus adalah :

1) Melakukan pengkajian pada pasien dan keluarga

Dalam pengkajian tersebut penulis melakukan monitor tanda-tanda vital, hasil pengkajian pasien mengatakan pasien badan lemas, terasa perut sebah, dan bintik bintik pada ekstremitas. Hasil pengamatan pasien tampak lemah, terdapat distensi abdomen, dan tampak ruam bintik bintik pada ekstremitas pasien.

2) Memberikan terapi obat

Pemberian terapi obat dilakukan untuk mengurangi keluhan pasien. Dari data yang diperoleh didapatkan hasil pasien

mendapat terapi RL 20 tpm yang digunakan untuk menggantikan cairan tubuh yang hilang dan juga mendapatkan terapi yang diberikan melalui IV per infus yaitu, Broadced 250mg (antibiotik) dengan tujuan untuk mencegah infeksi bakteri.

5. Evaluasi

a. Hasil evaluasi

Setelah dilakukan Tindakan keperawatan, hasil evaluasi yang dilakukan pada tanggal 7 Februari 2024 jam 13.00 WIB dengan metode SOAP dari diagnosa keperawatan risiko perdarahan yang berhubungan dengan gangguan koagulasiNy.Y mengatakan badan lebih segar, ruam kemerahan sudah mereda, dan dokter sudah mengizinkan pulang,hasil pemeriksaan lab pagi trombosit meningkat menjadi 142.000/mm³ sehingga dapat disimpulkan bahwa kehilangan darah baik internal maupun eksternal sudah menurun, karena evaluasi dilakukan setelah mengelola pasien sehingga indikator yang ditetapkan sudah tercapai.

b. Rencana tindak lanjut

Dikarenakan tujuan yang ditetapkan sudah tercapai maka beberapa rencana tindakan keperawatan yang telah dibuat akan tetap dilanjutkan dengan melanjutkan perawatan di rumah dengan menganjurkan pasien dan keluarga memonitor suhu tubuh, perbanyak konsumsi cairan oral untuk memenuhi cairan

ubuh dan mengatasi konstipasi, anjurkan istirahat selama beberapa hari, minum obat sesuai anjuran dokter dan kontrol sesuai jadwal.

BAB V

PENUTUP

Setelah penulis melakukan studi kasus masalah Risiko Perdarahan pada pasien DHF di Rumah Sakit Dr Oen Solo Baru, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

A. Kesimpulan

1. Data fokus yang ditemukan adalah badan lemas, tangan gatal dan kemerahan, Perut mules dan begah tapi tidak bisa BAB, tidak bisa BAB sudah 4 hari. Bintik bintik kemerahan pada kulit (*petekie*), bising usus 7x/ menit, terdapat distensi abdomen ,TD: 188/94 mmHg. HR 82x/menit, RR ; 20x/menit, S: 36,2°C dan SPO 99%. Hasil pemeriksaan laboratorium Leukosit : 4.350, Hematokrit: 37.9%,dan Trombosit : 111.000/mm³
2. Diagnosa keperawatan yang ditemukan adalah resiko perdarahan dengan faktor resiko trombositopeni
3. Perencanaan tindakan yang dirumuskan untuk mengatasi resiko perdarahan menggunakan SLKI : tingkat perdarahan dan SIKI : manajemen perdarahan.
4. Tindakan yang diberikan pada pasien yaitu memberikan injeksi IV per infus antibiotik Broadced 1000mg dan mngobservasi angka trombosit pasien.
5. Hasil evaluasi yang didapatkan penulis selama mengelola kasus adalah pasien sudah mampu mencapai tingkat perdarahan yang menurun.

B. Implikasi Perawatan

Sesuai dengan hasil penulisan Studi Kasus Masalah Risiko Perdarahan Pada Pasien Ny . Y dengan DHF (*Demam Hemoragic Fever*) di Rumah Sakit Dr. Oen Solo Baru, maka implikasi untuk perawat yaitu:

1. Pasien dengan DHF (*Demam Hemoragic Fever*) tentu mengalami gangguan risiko perdarahan. Gangguan risiko perdarahan yang muncul sehubungan dengan trombositopeni / penurunan trombosit pada pasien. Namun bisa juga karena penurunan nilai leukosit dan tanda tanda seperti petekie. Sehingga disarankan pada perawat untuk melakukan pengkajian secara mendetail untuk menggali adakah faktor lain yang dapat berpengaruh pada tingkat perdarahan klien sehingga dapat dirumuskan rencana keperawatan yang sesuai dengan kondisi pasien.
2. Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan bagi DHF untuk dapat menurunkan tingkat perdarahan nya antara lain dengan melakukan intervensi manajemen perdarahan sesuai dengan SIKI yang berlaku agar tercapainya asuhan keperawatan yang baik pada pasien DHF yang mengalami masalah gangguan risiko perdarahan.

DAFTAR PUSTAKA

- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2018). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: DPP PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: DPP PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: DPP PPNI.
- Charisma.,et.al. (2020). Hubungan Pemeriksaan IgM dan IgG Anti Dengue. *Borneo Jurnal Of Medical Laboratory Tecnology*, 14-17.
- Kemenkes. (2021). *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata laksana Infeksi Dengue Anak dan Remaja*. Jakarta: jdih.Kemenkes.go.id.
- Maryani.Y.,&Mamlukah. (2023). *GERAKAN MASYARAKAT ANTISIPASI JENTIK DEMAM BERDARAH*. CV Mitra Edukasi Negeri.
- Maryani.Y.,Fahmi.F.,Pasaribu.A.P.,Yamin.M.,&Tsheten.T. (2023). Kolerasi Spasial Kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) Menggunakan Metode Indeks Moran di Kabupaten Murao Jambi. *Jurnal Penelitian Kesehatan Global Indonesia*, 39-49.
- Muwarni. (2018). *Patofisiologi Dengue Hemorrhagic Fever*. Jakarta.
- Ni'mah.L.,Sukartini.T.,Suarilah.I.,Mariyanti.H.,Qona'ah.A.,Hidayati.L.,Pratiwi.I.K.,Dewi.L.C.,&Pradipta.O.B. (2024). *Buku Ajar KEPERAWATAN KLIEN DEWASA SISTEM KARDIOVASKULER,RESPIRATORY,HEMATOLOGI*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Rasihku.M.,Manoharan.K.,Rani.N.,Samal.J.,&Gupta.E. (2023). Performance Evaluation of a Rapid Dengue NS1 Antigen Lateral Flow Immunoassay Test With Reference to Dengue NS1 Antigen - Capture ELISA. *Jurnal of Clinical Virology Plus*, 13-17.
- Rehatta et.al. (2019). *Anastesiologi dan Terapi Intensif Buku Teks KATEPERDATIN*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Soegijanto.S. (2020). *Demam Berdarah Dengue edisi 2*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Syaifuddin., e. (2016). *Anatomi Fisiologi*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Tjokoprawiro.A.,Setiawan.P/B.,santoso.D.,Soegiarto.G.,&Rahmawati.L.D. (2015). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Surabaya: Airlangga University Press.

Nursalam (2020). Proses dan Dokumentasi Keperawatan: Teori dan Praktik Klinik. Jakarta: Salemba Medika.