

Jurnal Ilmiah Kebidanan Delima
Vol.9 No.1 – Januari – Juni 2021
p-ISSN : 2337-8158
e-ISSN : 2580-295X
Hal 40-49

journal homepage: <http://ejournal.stikessalsabilaserang.ac.id>

Asuhan Keperawatan pada Klien Ny.A Dengan DHF di Ruang Penyakit Dalam Lt-III di RSUD Koja

Hernida Dwi Lestari
STIKes Sismadi, Jakarta-Indonesia
e-mail: hernida.dl@gmail.com

Abstrak

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk memperoleh pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan dengan kasus DHF. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif, Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Kesimpulan penelitian ini adalah pada tahap pengkajian ada kesenjangan antara teori dan kasus. Pemeriksaan fisik pada teori pada pasien DHF pada sistem pencernaan klien mengeluh sulit buang air besar(BAB), sedangkan pada kasus ditemukan keluarga klien mengatakan klien BAB nya 4x/sehari dengan konsistensi cair. Dalam penatalaksanaan medis terdapat kesenjangan antara teori dan kasus. Pada teori untuk pemeriksaan diagnostic klien dengan DHF harus dilakukan pemeriksaan Darah, Urine, Sumsu tulang, Pemeriksaan serologi, Foto thorak, USG, sedangkan di kasus klien hanya di lakukan pemeriksaan darah. Terdapat kesenjangan antara teori dan kasus, jika pada teori terdapat 9 diagnosa keperawatan, sedangkan pada kasus terdapat 5 diagnosa keperawatan. Pada tahap pelaksanaan tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus. Perawat melakukan tindakan keperawatan secara independent, dependent, interdependent. Dalam tahap pelaksanaan penulis dapat mengimplementasikan semua intervensi keperawatan sesuai dengan perencanaan yang dibuat.

Kata Kunci: DHF; Promotif; Preventif; Kuratif; Rehabilitative

Abstract

The general purpose of this study was to gain real experience in providing nursing care for cases of DHF. This research uses descriptive method, data collection is done by taking one case and data collection is done by: literature study, case study, interview, observation, and documentation study. The conclusion of this study is that at the assessment stage there is a gap between theory and case. Physical examination on the theory of DHF patients on the client's digestive system complains of difficulty in defecating (BAB), while in the case it was found that the client's family said the client was defecating 4x/day with a liquid consistency. In medical management there is a gap between theory and case. In theory, for diagnostic examinations of clients with DHF, blood, urine, bone marrow, serological examinations, chest radiographs, ultrasound examinations should be carried out, while in the case of clients only blood tests are performed. There is a gap between theory and case, if in theory there are 9 nursing diagnoses, while in case there are 5 nursing diagnoses. At the implementation stage, there is no gap between theory and case. Nurses perform nursing actions independently, dependent, interdependent. In the implementation stage the author can implement all nursing interventions according to the plans made.

Keywords: DHF; Promotive; Preventive; Curative; Rehabilitative

Pendahuluan

Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh satu dari 4 virus dengue berbeda dan ditularkan melalui nyamuk terutama *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus* yang ditemukan di daerah tropis dan subtropis di antaranya kepulauan di Indonesia hingga bagian utara Australia. Menurut data (WHO 2016) Penyakit demam berdarah dengue pertama kali dilaporkan di Asia Tenggara pada tahun 1954 yaitu di Filipina, selanjutnya menyebar ke berbagai negara. Sebelum tahun 1970, hanya 9 negara yang mengalami wabah DHF, namun sekarang DHF menjadi penyakit endemik pada lebih dari 100 negara, diantaranya adalah Afrika, Amerika, Mediterania Timur, Asia Tenggara dan Pasifik Barat. Amerika, Asia Tenggara dan Pasifik Barat memiliki angka tertinggi kasus DHF. Jumlah kasus di Amerika, Asia Tenggara dan Pasifik Barat telah melewati 1,2 juta kasus di tahun 2008 dan lebih dari 2,3 juta kasus di 2010. Pada tahun 2013 dilaporkan terdapat sebanyak 2,35 juta kasus di Amerika, dimana 37.687 kasus merupakan DHF berat (Kementerian Kesehatan RI 2016).

Saat ini bukan hanya terjadi peningkatan jumlah kasus DHF, tetapi penyebaran di luar daerah tropis dan subtropis, Setidaknya 500.000 penderita DHF memerlukan rawat inap setiap tahunnya, dimana proporsi penderita sebagian besar adalah anak-anak dan 2,5% di antaranya dilaporkan meninggal dunia. Morbiditas dan mortalitas DHF bervariasi dan dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain status imun, kondisi vector nyamuk, transmisi virus dengue, virulensi virus, dan kondisi geografi setempat (Kemenkes RI 2018). Menurut data WHO, Asia Pasifik menanggung 75 persen dari beban dengue di dunia antara tahun 2004 dan 2010, sementara Indonesia dilaporkan sebagai negara ke-2 dengan kasus DHF terbesar diantara 30 negara wilayah endemis. Kasus DHF yang terjadi di Indonesia dengan jumlah kasus 68.407 tahun 2017 mengalami penurunan yang signifikan dari tahun 2016 sebanyak 204.171 kasus (WHO 2018)

Setiap tahunnya, diperkirakan terdapat 50 juta-100 juta kasus demam dengue dan lebih dari 500.000 kasus demam berdarah dengue di dunia. Penyakit infeksi virus Dengue banyak menyerang kelompok umur 5-9 Tahun, 10-15 tahun, dan 15- 44, berarti kelompok masyarakat yang mempunyai potensi dalam pembangunan. Hasil-hasil penelitian para peneliti menunjukkan adanya hubungan perubahan iklim, kelembaban nispi, kepadatan larva *Aedes aegypti*, perilaku bersih dan sehat belum terwujud dan lingkungan hidup yang belum memadai dengan kejadian luar biasa penyakit DBD. Penyakit DHF (*Dengue Haemorrhagic Fever*) jika tidak mendapat perawatan yang memadai dapat mengalami perdarahan yang hebat, syok dan dapat menyebabkan kematian. Oleh karena itu, semua kasus DHF (*Dengue Haemorrhagic Fever*) sesuai dengan kriteria WHO harus mendapat perawatan di tempat pelayanan kesehatan/rumah sakit.

Demam Berdarah Dengue (DBD) masih merupakan masalah di Indonesia. Strategi untuk mencegah meluasnya dan bertambahnya kasus DBD ini masih perlu melibatkan peran serta masyarakat (Ditjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Infeksi virus Dengue telah menjadi masalah kesehatan yang serius pada banyak Negara tropis dan sub tropis. Semakin tahun penderita DHF (*Dengue Haemorrhagic Fever*) semakin bertambah. Antara tahun 1975-1995 DHF (*Dengue Haemorrhagic Fever*)/DBD (Demam Berdarah Dengue) terdeteksi keberadaannya di 102 negara dari 5 wilayah WHO yaitu: 20 negara Afrika, 42 negara Amerika, 7 negara Asia Tenggara, 4 negara Mediterania timur, 29 negara

Pasifik Barat. Seluruh wilayah tropis di dunia saat ini telah menjadi hiperendemis dengan ke-4 serotipe virus secara bersama-sama di wilayah Amerika, Thailand, Asia Pasifik dan Afrika, Indonesia. Tahun 2006 DHF kembali merebak dengan jumlah kasus yang cukup banyak. Hal ini mengakibatkan sejumlah RS menjadi kewalahan dalam menerima pasien DHF (www.digilib.uns.ac.id).

Jumlah kasus DBD cenderung meningkat dari tahun ke tahun, jumlah kasus tersebut tahun 2002, 2003, 2004 masing-masing sebanyak 40.377; 52.000; 79.462 kasus. Orang dan pada tahun tercatat Jawa Barat dengan 17.797 kasus dan 191 kematian sementara selama 2006, DBD telah menyerang 113.640 korban dan 1.184 diantaranya meninggal dunia, meningkat dari jumlah kasus tahun 2005 yang total sebanyak 95.000 kasus dan 1.350 di antaranya berakibat kematian. Pada empat bulan pertama tahun 2007 angka kejadian DBD melonjak drastis. Kasus penyakit DBD di seluruh Indonesia diperkirakan mencapai 125.000 selama. Pada tahun 2008, kasus DBD di Indonesia tercatat 137.469 kasus. Sedangkan tahun 2009, dari Januari–Juli kasus DBD di Indonesia tercatat sebanyak 77.489 orang dan pada tahun 2004 tercatat Jawa Barat dengan 17.797 kasus dan 191 kematian (Ditjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, DepKes RI, 2007). Sedangkan berdasarkan data yang didapat dari Medical Record RSUD Koja, dari bulan Januari – juni 2011, dari 67 orang yang mengalami DHF (*Dengue Haemorrhagic Fever*).

Untuk mencegah komplikasi tersebut maka dibutuhkan peran dan fungsi perawat dalam melakukan asuhan keperawatan dengan benar meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative yang dilakukan secara komprehensif dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan, antara lain dengan memberikan pendidikan kesehatan untuk meningkatkan status kesehatan klien, memeriksakan kondisi secara dini, memberikan obat anti mikroba sesuai dengan jangka waktu tertentu untuk mengobati penyebab dasar dan dalam perawatan diri klien secara optimal, sehingga muncul pentingnya asuhan keperawatan dalam menanggulangi klien dengan tuberkulosis paru yang dirawat diruang penyakit dalam RSUD Koja.

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk memperoleh pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan dengan kasus DHF. Sementara tujuan khususnya adalah mampu melakukan pengkajian, menentukan masalah keperawatan, merencanakan asuhan keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan, melakukan evaluasi pada klien Ny. A dengan DHF, mampu mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat serta mencari solusi dan alternatif pemecahan masalah pada klien dengan DHF, serta mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien Ny. A dengan DHF.

Metode

Jenis penelitian ini adalah deskriptif dalam bentuk review kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan dengan DHF. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi

Hasil Diagnosa

1. Pengkajian

Klien masuk ke IGD RSUD Koja dengan nomor register 501980 pada tanggal 02 juni 2018 pukul 01.33 WIB. Tanggal pengkajian 03 juni 2018 pukul 11.00 WIB dengan klien bernama Ny. A umur 43 tahun, jenis kelamin perempuan, agama Islam

pendidikan terakhir SD, suku bangsa Sunda, bahasa yang digunakan sehari-hari adalah bahasa Indonesia dan bahasa daerah, klien bekerja sebagai ibu rumah tangga, klien bertempat tinggal di Tegal Sumur, Dusun Suku Bungah kec. Bojong Mangu.

Masalah keperawatan yang muncul sebelum dikaji oleh penulis adalah gangguan pemenuhan nutrisi, infeksi, gangguan rasa nyaman : nyeri. Tindakan keperawatan yang telah dilakukan adalah memberikan terapi infus RL 500/ 4jam, injeksi IV ranitidin 2 X 1 amp, ondansentron 1X 1 amp, neorubion 2 X 1 amp. Pada tanggal 02 juni 2018 pukul 03.00 WIB klien dipindahkan ke ruang perawatan lantai 3 Ruang Penyakit Dalam.

Riwayat kesehatan sekarang : Keluhan utama yang di alami klien saat ini adalah lemah, nyeri tekan di perut, mual setelah makan, mengigil pada malam hari. Faktor pencetus klien mengatakan karena baring. Timbul nya keluhan secara bertahap, lama nya 1 jam, upaya mengatasi duduk. Klien mempunyai riwayat penyakit sebelumnya yaitu Diabetes Melitus tipe II. Klien tidak mempunyai riwayat alergi terhadap obat makanan binatang dan lingkungan.

Sebelum sakit klien biasa makan 3x/hari dengan nafsu makan kurang , dengan jenis makanan : nasi beserta sayuran, lauk-pauk dan buah-buahan. porsi makan yang tidak dihabiskan hanya ¼ porsi setiap kali makan. Klien menyukai semua makanan serta tidak ada makanan pantangan, tidak ada makanan yang membuat klien alergi. Klien tidak pernah diet terhadap makanan, dan tidak pernah menggunakan obat-obatan klien di bantu oleh anak nya pada saat makan.

Dirumah klien BAK 4 x/ hari dengan warna kuning dan tidak mempunyai keluhan saat BAK, serta tidak menggunakan alat bantu. Frekwensi klien BAB 2 x dalam sehari dengan waktu : pagi, malam, berwarna kuning, konsistensi setengah padat. Pada saat BAB klien tidak merasakan adanya keluhan dan klien juga tidak menggunakan laxatif sebagai pencahar. Waktu dirumah sakit, klien juga BAK sebanyak 3000cc hari dan tidak merasakan adanya keluhan saat BAK, menggunakan alat bantu kateter. Di rumah sakit setiap hari klien BAB 4 x/ sehari, waktunya juga tidak tentu kan kadang pagi, siang, malam, feses berwarna kuning dengan konsistensi cair. Klien juga tidak mengeluh saat BAB, serta tidak menggunakan laxatif sebagai pencahar : oralit.

Berat badan klien saat ini adalah 36 kg, sedangkan berat badan sebelum masuk rumah sakit klien mengatakan 40 kg, dengan tinggi badan 155 cm. Tekanan darah klien 130/80 mmHg, nadi 88 x/ menit, frekwensi napas klien 25 x/ menit, dengan suhu tubuh 37,5° C, tingkat kesadaran klien apatis, keadaan umum klien sedang dan tidak ditemukan adanya pembesaran kelenjar getah bening. Posisi mata klien simetris dengan kelopak mata , pergerakan bola mata, dan kornea mata dalam keadaan normal. Konjungtiva klien anemis, kornea normal, sklera anikterik, pupil klien isokor, serta tidak ada kelainan pada otot-otot mata, reaksi mata terhadap cahaya silau, namun fungsi penglihatan klien baik, tidak ada radang tidak memakai kacamata dan klien tidak menggunakan lensa kontak.

Daun telinga klien normal dan tidak mempunyai serumen, kondisi telinga tengah juga baik, serta tidak ada cairan dari telinga. Klien juga mengatakan tidak merasakan adanya perasaan penuh dan tinitus ditelinga. Fungsi pendengaran klien normal sehingga tidak memerlukan alat bantu dengar, dan tidak mengalami gangguan keseimbangan, dan klien tidak menggunakan alat bantu pendengaran. Klien mengalami gangguan dalam berbicara atau berkomunikasi (aphasia), Jalan nafas klien ada sumbatan, klien merasakan nafas pada saat bernafas, klien menggunakan

otot bantu dalam bernafas. Frekwensi nafas klien 25 x/ menit, irama tidak teratur, dengan kedalaman nafas dangkal. Klien batuk, ada sputum, tidak ada darah pada saat dipalpasi dada klien simetris, perkusi dada terdengar redup pada daerah paru kiri, tidak ada nyeri saat bernafas dan menggunakan alat bantu nafas O₂ : 2 liter/menit.

Dari sirkulasi perifer, teraba nadi 88 x/ menit, irama teratur. Tekanan darah 130/80 mmHg, tidak ada distensi vena jugularis baik kiri maupun kanan. Temperatur kulit hangat, warna kulit klien pucat, pengisian kapiler 2 detik, tidak ada edema. Pada sirkulasi jantung, kecepatan denyut apical klien 88 x/ menit dengan irama teratur, tidak ditemukan adanya kelainan bunyi jantung, sakit kepala tidak ada dan tidak ada nyeri. Klien pucat dan ada tanda-tanda perdarahan seperti petekie, purpura. Klien tidak mengeluh adanya sakit kepala baik Vertigo maupun Migrain, kesadaran klien apatis, Eye 3, Motorik 4, Verbal 3. Tidak ada tanda-tanda TIK, tidak ada gangguan persyarafan.

Keadaan mulut klien baik, gigi klien terdapat caries, tidak menggunakan gigi palsu, ada stomatitis, lidah kotor, saliva klien normal, mual/muntah, ada nyeri daerah perut, bising usus klien 25 kali/menit, klien mengalami diare, klien tidak mengalami konstipasi, dan pada saat di palpasi hepar klien tidak teraba. Tidak terdapat pembesaran tiroid, nafas klien tidak berbau keton dan tidak terdapat luka ganggren pada klien. Perhitungan balance cairan, dimana intake didapat dari minum 2200 ml/24 jam, output 3000. Tidak ada perubahan pola dalam berkemih seperti retensi, urgency, disuria, tidak lampias, nokturia, inkontinensia maupun anuria. Warna urin kuning jernih, tidak ada distensi/ketegangan kandung kemih, serta tidak ada keluhan sakit pinggang, klienterpasang kateter.

Turgor kulit klien tidak elastis, temperatur kulit hangat, warna kulit pucat, keadaan kulit baik tidak ada lesi dan ulkus, tidak ada gatal-gatal, memar, kelainan pigmen, serta tidak ada luka bakar maupun dekubitus. Kondisi kulit pada daerah pemasangan infus, tidak ada tanda-tanda infeksi pada area pemasangan infus. Keadaan kulit kepala kotor, keadaan rambut tekstur dan kebersihan rambut baik dan bersih. Klien tidak mengalami kesulitan dalam pergerakan. Klien juga tidak mengalami sakit pada tulang, sendi maupun kulit, tidak ada fraktur, dan tidak ada kelainan bentuk tulang. Tidak ada kelainan struktur tulang belakang Keadaan tonus otot hipotoni. Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 4 juni 2011 dengan hasil hemoglobin 9,5 g/dl, leukosit 15700 /uL, HT 26,1 %, trombosit 19 ribu/mm³, GDS 279 mg/dl. Klien mendapatkan terapi IVFD dextrose 10% /8jam 20 tpm, ranitidine 2 X 1 amp, Neurobion (drip 2 X 1 amp), actrapid 10 uL.

2. Diagnosa Keperawatan

Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan sekret yang berlebihan. Tanggal ditemukan 2 juni 2018. Defisit volume cairan kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan peningkatan permeabilitas dinding plasma. Tanggal ditemukan 2 juni 2018. Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat mual dan nafsu makan yang menurun. Tanggal ditemukan 2 juni 2018. Resiko terjadi syok hipovolemik berhubungan dengan perdarahan yang berlebihan penurunan faktor-faktor pembekuan darah (trombositopenia). Tanggal ditemukan 2 juni 2018. Infeksi berhubungan dengan Proses penyebaran virus dengue. Tanggal ditemukan 2 juni 2018.

Implementasi Sabtu, 4 juni 2018

Pada pukul 10.00 WIB mengkaji keluhan klien respon hasil : klien mengeluh sesak napas dan batuk berdahak, pukul 10.20 mengkaji fungsi pernafasan : bunyi nafas, kecepatan, irama, kedalaman respon hasil : klien masih tampak sesak, irama tidak teratur dan dangkal, pukul 10.30 WIB memberikan klien posisi semi dan fowler respon hasil : keluarga klien membantu klien duduk dan klien tampak merasa sesak nya sedikit berkurang pada saat duduk, pukul 10.40 WIB mencatat kemampuan klien mengeluarkan sekret respon hasil : klien belum bisa mengeluarkan sekret, pukul 11.00 WIB menganjurkan klien minum air hangat respon hasil : klien tampak minum air hangat, pukul 11.30 memberikan O₂ : 2 liter /menit respon hasil : klien terpasang O₂ : 2 liter/ menit.

Implementasi Minggu, 5 juni 2018

Pada pukul 08.00 WIB mengkaji keluhan klien respon hasil : klien mengeluh sesak napas dan batuk berdahak, pukul 08.10 WIB mengkaji fungsi pernafasan : bunyi nafas, kecepatan, irama, kedalaman respon hasil : klien masih tampak sesak, irama tidak teratur dan dangkal, pukul 08.30 WIB mencatat kemampuan klien mengeluarkan sekret respon hasil : klien belum bisa mengeluarkan sekret, pukul 09.00 WIB memberikan O₂ : 2 liter /menit respon hasil : klien terpasang O₂ : 2 liter/ menit, pukul 11.45 melakukan boeing respon hasil : klien apnoe .

Pembahasan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan yang dilakukan dimana penulis berusaha mengkaji secara menyeluruh melalui aspek bio-psiko-sosial dan spiritual. Hasil pengkajian berupa data dasar, data khusus, data penunjang, pemeriksaan fisik, membaca catatan medik dan catatan keperawatan. Pada tahap pengkajian ada kesenjangan antara teori dan kasus. Pemeriksaan fisik pada teori pada sistem pencernaan klien mengeluh sulit buang air besar (BAB), sedangkan pada kasus ditemukan keluarga klien mengatakan klien BAB nya 4x/sehari dengan konsistensi cair.

Dalam penatalaksanaan medis terdapat kesenjangan antara teori dan kasus. Pada teori untuk pemeriksaan diagnostik klien dengan DHF harus dilakukan pemeriksaan Darah , Urine, Sumsum tulang, Pemeriksaan serologi, Foto thorak, USG, sedangkan di kasus klien hanya di lakukan pemeriksaan darah, kemudian pada pemeriksaan darah pada teori HT(hematokrit) meningkat lebih 20 % sedangkan pada kasus ditemukan hasil laboratorium menunjukkan HT(hematokrit) menurun sampai 26,1%. Faktor pendukung tersedianya buku referensi yang mendukung dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini, faktor penghambat dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini klien kurang terbuka dalam memberikan keterangan dan alternatif yang digunakan penulis adalah melakukan pendekatan lagi kepada klien dan keluarga klien.

2. Diagnosa Keperawatan

Pada teori terdapat sembilan diagnosa keperawatan, yaitu : Peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan proses penyakit (viremia), Nyeri berhubungan dengan proses patologis penyakit, Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan mual, muntah, anoreksia, Kurangnya volume cairan tubuh berhubungan dengan peningkatan permeabilitas dinding plasma, Gangguan aktivitas sehari-hari berhubungan dengan kondisi tubuh yang lemah, Resiko terjadi syok hypovolemik berhubungan dengan kurangnya volume cairan tubuh, Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif (pemasangan infus), Resiko terjadi

perdarahan lebih lanjut berhubungan dengan Penurunan Kadar Trombosit dalam darah, Kecemasan berhubungan dengan kondisi klien yang memburuk dan perdarahan yang dialami klien.

Sedangkan pada kasus ditemukan lima diagnose keperawatan yaitu ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan sekret yang berlebihan, defisit volume cairan kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan peningkatan permeabilitas dinding plasma, gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat mual dan nafsu makan yang menurun, resiko terjadi perdarahan berhubungan dengan penurunan faktor-faktor pembekuan darah (trombositopenia), infeksi berhubungan dengan proses penyebaran virus dengue.

Terdapat kesenjangan antara teori dan kasus, jika di teori terdapat sembilan diagnosa keperawatan, sedangkan dikasus terdapat enam diagnosa keperawatan. Pada kasus ditegakkan diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan sekret yang berlebihan, rasionalnya karena pada saat pengkajian ditemukan data keluarga klien mengatakan klien sesak, keluarga klien, mengatakan klien batuk berdahak, keluarga klien mengatakan klien susah tidur pada malam hari, keluarga klien mengatakan klien gelisah, klien tampak batuk berdahak Klien tampak lemas, keadaan umum sedang, klien tampak sesak,, pernapasan 25 x/menit, klien terpasang O₂ : 2 liter/menit. Pada diagnosa kedua yaitu defisit volume cairan kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan peningkatan permeabilitas dinding plasma, rasionalnya karena pada saat pengkajian ditemukan data Keluarga klien mengatakan klien lemah, keluarga klien mengatakan klien hanya makan 2 sendok makan saja, Klien tampak lemas, keadaan umum sedang, turgor kulit tidak elastis, mukosa bibir kering, porsi makan tidak di habiskan, klien tampak makan hanya 2 sendok.

Pada diagnosa ketiga yaitu gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat mual dan nafsu makan yang menurun, rasionalnya karena pada saat pengkajian ditemukan data keluarga klien mengatakan klien lemah, keluarga klien mengatakan klien berat badannya menurun semenjak sakit., Klien tampak lemas, keadaan umum sedang, konjungtiva anemis, turgor kulit tidak elastis, klien tampak pucat, klien tampak mual setelah makan, klien tampak makan hanya 2 sendok, porsi makan tidak di habiskan, klien tampak gelisah, BB sebelum sakit 40kg, BB sudah sakit 36 kg, pemeriksaan laboratorium: hemoglobin 9,5 g/dl. Pada diagnosa empat yaitu resiko terjadi perdarahan berhubungan dengan penurunan faktor-faktor pembekuan darah (trombositopenia) rasionalnya karena pada saat pengkajian ditemukan data keluarga klien mengatakan klien lemah, klien tampak lemas, keadaan umum sedang, kesadaran apatis, klien tampak pucat , tangan klien tampak bercak-bercak darah (petechie, purpura), klien terpasang transfusi darah PRC 100cc, pemeriksaan laboratorium : hemoglobin 9,5 g/dl, leukosit 15700/mmHT 26,1%, trombosit 19 ribu/mm³.

Pada diagnosa ke lima yaitu infeksi berhubungan dengan proses penyebaran virus dengue, rasionalnya karena pada saat pengkajian ditemukan data keluarga klien mengatakan klien lemah, keluarga klien mengatakan klien berat badannya menurun semenjak sakit, keluarga klien mengatakan klien lemah, keluarga klien mengatakan klien badan klien panas dingin, keluarga klien mengatakan klien menggigil pada malam hari, klien tampak lemas, keadaan umum sedang, klien tampak pucat, badan klien panas, turgor kulit tidak elastis, mukosa bibir kering, adanya petechie, purpura,

hasil pemeriksaan TTV : suhu 37,5°C, hasil pemeriksaan laboratorium : leukosit : 15700 /mm.

Diagnosa keperawatan yang terdapat pada teori dan tidak terdapat pada kasus adalah peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan proses penyakit (viremia), gangguan aktivitas sehari-hari berhubungan dengan kondisi tubuh yang lemah, resiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif (pemasangan infus), Nyeri berhubungan dengan proses patologis penyakit, kecemasan berhubungan dengan kondisi klien yang memburuk dan perdarahan yang dialami klien. Faktor pendukung tersedianya buku referensi yang mendukung dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini, faktor penghambat dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini klien kurang terbuka dalam memberikan keterangan dan alternative yang digunakan penulis adalah melakukan pendekatan lagi kepada klien dan keluarga klien.

3. Perencanaan keperawatan

Setelah diagnose keperawatan dapat ditegakan, maka perlu penetapan rencana keperawatan untuk mengatasi masalah keperawatan tersebut. Kegiatan perencanaan ini meliputi : memprioritaskan masalah, merumuskan tujuan, kriteria hasil, serta tindakan.

Dalam perencanaan tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus dalam memprioritaskan masalah, merumuskan masalah, merumuskan tujuan, kriteria hasil, serta tindakan. Penulis berusaha memprioritaskan masalah berdasarkan kebutuhan Maslow yaitu mulai dari kebutuhan dasar. Perumusan tujuan pada asuhan keperawatan berdasarkan pada metode SMART (spesifik, measurable, asureble, reality and time) yaitu secara spesifik dapat diukur maupun diatasi dengan tindakan keperawatan. Faktor pendukung terdapat kerjasama yang baik dalam melaksanakan perencanaan yang telah dibuat antara mahasiswa dan perawat ruangan. Faktor penghambat dalam menetapkan rencana asuhan keperawatan karena kurangnya pemahaman penulis dalam membuat rencana tindakandalam kasus ini, pemecahan masalah penulis akan lebih giat lagi belajar agar dapat menetapkan masalah sesuai dengan rencana.

4. Pelaksanaan keperawatan

Dalam tahap pelaksanaan penulis dapat melaksanakan semua rencana keperawatan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat. Pelaksanaan keperawatan dilakukan secara dependent yaitu memberikan terapi injeksi ranitidin, dan drip neurobion pada Ny. A. Pada kasus, rencana keperawatan pada keenam diagnosa dapat dilaksanakan dalam waktu yang telah dilakukan. Dalam melakukan rencana keperawatan tidak menemukan kesulitan karena penulis melakukan rencana keperawatan bekerja sama dengan perawat ruangan. Faktor pendukung dari tindakan keperawatan adalah adanya kerjasama yang baik antara penulis dan perawat ruangan dalam melakukan tindakan keperawatan. Sedangkan faktor penghambat dalam melakukan tindakan keperawatan kurang lengkapnya pendokumentasian tindakan yang sudah dilakukan di ruangan dan kurang kooperatifnya klien. Solusi untuk mengatasi hal tersebut, penulis lebih melakukan pendekatan kepada klien serta melakukan pencatatan tindakan yang telah dilakukan. Dan bekerja sama dengan perawat ruangan untuk melanjutkan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah dibuat dan mendokumentasikannya.

5. Evaluasi

Pada diagnosa keperawatan pertama ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan sekret yang berlebihan, tujuan belum tercapai maka masalah

bersihkan jalan nafas teratasi sebagian, pada diagnosa kedua defisit volume cairan kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan peningkatan permeabilitas dinding plasma, dan tujuan belum tercapai maka masalah defisit volume cairan kurang dari kebutuhan tubuh teratasi sebagian, pada diagnosa ketiga gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat mual dan nafsu makan yang menurun, tujuan belum tercapai maka masalah gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh teratasi sebagian, pada diagnosa empat resiko terjadi perdarahan berhubungan dengan penurunan faktor-faktor pembekuan darah (trombositopenia), tujuan belum tercapai masalah resiko perdarahan belum teratasi, pada diagnosa kelima infeksi berhubungan dengan proses penyebaran virus dengue, tujuan belum tercapai masalah infeksi teratasi sebagian. Adapun faktor pendukung adalah adanya kerjasama yang baik antara penulis dengan perawat ruangan, faktor penghambat adalah kurangnya kooperatifnya klien. Alternatif permasalahan adalah lebih mendekatkan diri lagi kepada klien.

Kesimpulan

Pada diagnosa keperawatan pertama ketidakefektifan bersihkan jalan nafas berhubungan dengan sekret yang berlebihan, tujuan belum tercapai maka masalah bersihkan jalan nafas teratasi sebagian, pada diagnosa kedua defisit volume cairan kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan peningkatan permeabilitas dinding plasma, dan tujuan belum tercapai maka masalah defisit volume cairan kurang dari kebutuhan tubuh teratasi sebagian, pada diagnosa ketiga gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat mual dan nafsu makan yang menurun, tujuan belum tercapai maka masalah gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh teratasi sebagian, pada diagnose keempat resiko terjadi perdarahan berhubungan dengan penurunan faktor-faktor pembekuan darah (trombositopenia), tujuan belum tercapai masalah resiko perdarahan belum teratasi, pada diagnosa kelima infeksi berhubungan dengan proses penyebaran virus dengue, tujuan belum tercapai masalah infeksi teratasi sebagian, pada diagnosa kelima, pada diagnosa kelima.

Daftar Pustaka

1. Amin & Hardhi. (2015). NANDA NIC NOC. Yogyakarta : Mediacion Jogja
2. Doengoes, M. E. (2002). Rencana Asuhan keperawatan: Pedoman untuk perencanaan dan pendokumentasian perawatan pasien. Edisi 3. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
3. Elyas, Y, 2013. Asuhan Keperawatan dengan Masalah DBD. Jakarta Fakultas Indonesia.
4. Kemenkes RI. 2018. Profil Kesehatan Indonesia. Jakarta.
5. Kementrian Kesehatan RI. 2018. Profil Anak Indonesia. Jakarta: Pemberdayaan, Kementerian Perempuan dan Perlindungan Anak (KPPPA).
6. Nurarif AH & Kusuma AH 2015, Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis, Jogjakarta : Penerbit Mediacion.
7. Prince, S. A. (2005). Pathofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit. Jakarta: EGC.
8. Smeltzer, C. S. (2002). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth, Edisi 8 volume 1. Jakarta: EGC.

9. Sudoyo, Aru. W dkk. (2006). Buku ajar penyakit dalam jilid II Edisi IV. Jakarta : Balai Penerbit FKUI.
10. Tarwoto dan Wartonah (2015). Kebutuhan dasar Manusia dan Proses Keperawatan.
11. Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik (I). Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
12. Tjay Hoan Tan. (2007). Obat-obatan Penting. Edisi ke-6. Jakarta: Gramedia.
13. Wardiyah, Aryanti, Setiawati, dan Umi Romayati. 2016. "Perbandingan Efektifitas Pemberian Kompres Hangat Dan Tepid Sponge Terhadap Penurunan Suhu Tubuh Anak Yang Mengalami Demam Di Ruang Alamanda Rsud Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2015." *Kesehatan Holistik* 10(1): 36–44. <http://malahayati.ac.id/wpcontent/uploads/2016/07/Jurnal-AryantiSetiawati-Umi-Romayati.pdf>.
14. WHO. 2016. Prevention and Control of Dengue and Dengue Haemorrhagic Fever.
15. World Health Organisation, Regional Office for South East Asia. (2015). Dengue and Severe Dengue. Diakses 12 Mei 2017 dari www.searo.who.in
16. WHO. 2018. Dengue Haemorrhagic Fever. Jakarta.
17. www.digilib.uns.ac.id