

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

Dalam bab ini berisi dua pasien dengan Dengue Hemoragic Fever (DHF) dengan masalah keperawatan Risiko syok, di Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang yang menggunakan 5 tahap proses keperawatan yaitu pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran lokasi pengambilan data

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang dengan asuhan keperawatan pada pasien Dengue Hemoragic Fever dengan masalah keperawatan risiko syok. Penelitian pada pasien pertama Tn. E dilakukan pada tanggal 10-14 Maret 2024. Sedangkan pada pasien kedua Sdr. A dilakukan pada tanggal 28-30 Maret 2024. Rumah Sakit Siti Khodijah memiliki fasilitas IGD 24 jam, rehabilitasi medik, endoscopy, kemoterapi, klinik eksekutif, laboratorium, radiologi, medical check up dan rawat inap. Rawat inap RS Siti khodijah Sepanjang terdapat 204 bed yang dibagi menjadi 9 paviliun.

4.1.2 Pengkajian

1. Identitas

Pasien Pertama

Tn. E umur 46 tahun berjenis kelamin laki-laki suku bangsa Jawa Indonesia.

Pekerjaan wiraswasta, pendidikan terakhir SMA, alamat Griya kartika C28

RT 19 RW 5 Sedati Cemandi, pasien masuk Rumah Sakit tanggal 9 Maret 2024 dengan diagnosa medis *Dengue Hemoragic Fever* (DHF).

Pasien Kedua

Sdr. A umur 20 tahun berjenis kelamin laki-laki suku bangsa Jawa Indonesia. Pekerjaan wiraswasta, pendidikan terakhir SMA, alamat Ikan mungsing 7/27 RT 10 RW 4 Perak Barat, pasien masuk Rumah Sakit tanggal 27 Maret 2024 dengan diagnosa medis *Dengue Hemoragic Fever* (DHF).

2. Keluhan Utama

Pasien Pertama : Pada saat dilakukan pengkajian Tn. E mengatakan demam 3 hari dan pusing.

Pasien Kedua : Pada saat pengkajian Sdr. A mengatakan pusing.

3. Riwayat Penyakit sekarang

Pasien Pertama : Tn. E mengatakan demam sejak 3 hari yang lalu, menggigil, pusing, mual, badan terasa sakit semua kemudian pasien minum obat panadol dan paracetamol tetapi tidak ada perubahan, kemudian pada hari Sabtu 9 Maret 2024 siang pasien datang ke IGD Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang kemudian dilakukan pemeriksaan cek laboratorium dan disarankan oleh dokter untuk rawat inap.

Pasien Kedua : Sdr. A mengatakan demam sejak 5 hari yang lalu, batuk pilek sejak 3 hari yang lalu, badan terasa lemas, pusing berputar, sudah periksa ke fasilitas kesehatan 1 tetapi tidak ada perubahan kemudian tanggal 27 Maret 2024 pasien datang ke IGD Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang jam 09.30 setelah dilakukan cek laboratorium pasien mengalami DHF dan disarankan oleh Dokter untuk rawat inap.

4. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien Pertama : Tn. E mengatakan tahun 2021 sakit jantung dan sudah melakukan operasi pemasangan ring jantung.

Pasien Kedua : Sdr. A mengatakan mempunyai riwayat penyakit vertigo.

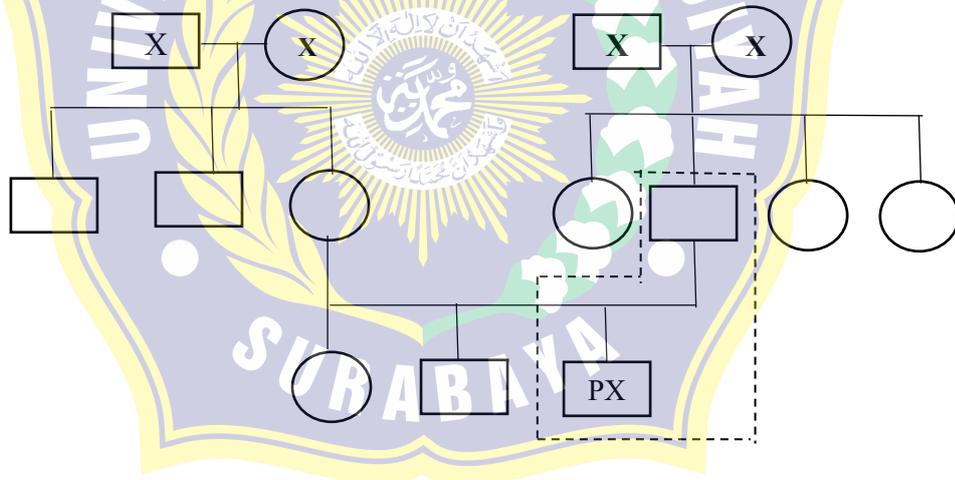
5. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien Pertama : Tn. E mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit keluarga

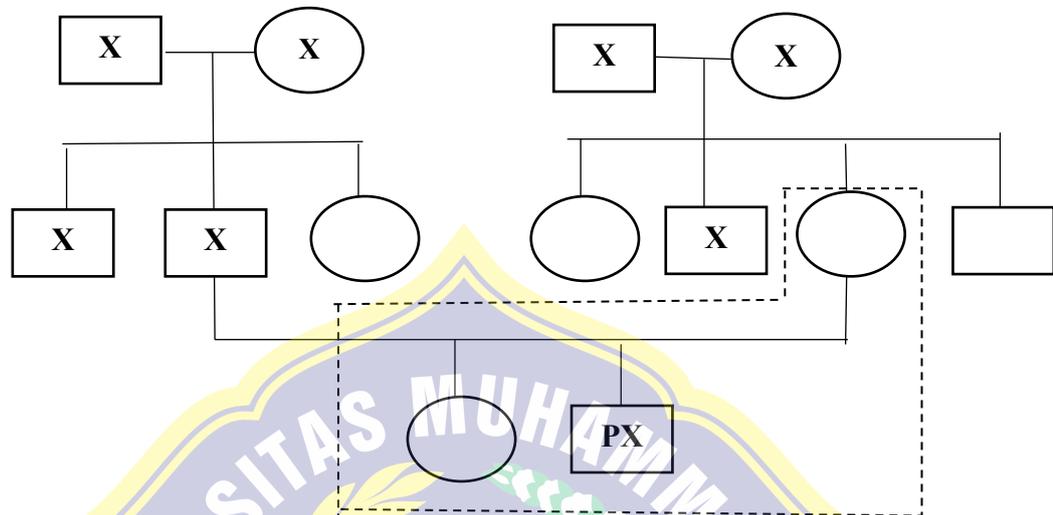
Pasien Kedua : Sdr. A mengatakan mempunyai riwayat penyakit dari keluarga yaitu Diabetes Melitus.

6. Genogram

Pasien Pertama :



Pasien Kedua :



Keterangan :

-  : Laki – laki
-  : Perempuan
-  : Meninggal
-  : Garis perkawinan
-  : Tinggal serumah

7. Pola Fungsi Kesehatan

1) Pola Persepsi dan Tata Laksana Hidup Sehat

Pasien Pertama : Pasien mengatakan jika sakit akan minum obat yang dibelinya sendiri, jika dirasa keluhannya tidak membaik atau berkurang pasien akan berobat ke dokter atau Rumah sakit terdekat.

Pasien Kedua : Pasien mengatakan jika sakit akan periksa ke fasilitas kesehatan pertama, jika dirasa keluhannya tidak membaik atau berkurang pasien akan berobat ke Rumah sakit terdekat.

2) Pola Nutrisi dan Metabolisme

Pasien Pertama

SMRS : Pasien mengatakan di rumah makan 3 kali sehari dihabiskan dengan porsi sedang dengan takaran tiap porsi terdiri dari nasi, sayur dan lauk pauk lainnya.

MRS : Pasien mengatakan makan 3 kali sehari dengan jenis diet TKTP tidak dihabiskan hanya makan 3-5 sedok saja dari yang disediakan karena merasa mual, lidah terasa pahit, nafsu makan menurun. Minum $\pm 500 - 600$ ml/hari air putih.

A : BB = 75 TB = 169

B : Hemoglobin 15.2 g/dL, Gula darah acak 87 mg/dL

C : Pasien tampak lemas, mukosa bibir kering, tampak pucat

D : TKTP

Masalah keperawatan : Risiko defisit nutrisi dan risiko syok

Pasien Kedua

SMRS : Pasien mengatakan di rumah makan 3 kali sehari dihabiskan dengan porsi sedang dengan takaran tiap porsi terdiri dari nasi, sayur dan lauk pauk lainnya biasanya diselingi dengan buah.

MRS : Pasien mengatakan makan 3 kali sehari dengan jenis diet TKTP tidak dihabiskan hanya makan $\frac{1}{2}$ porsi yang disediakan karena merasa mual. Minum $\pm 600 - 700$ ml/hari air putih.

A : BB = 65 TB = 172

B : Hemoglobin 14.8 g/dL

C : Pasien tampak lemas, mukosa bibir kering

D : TKTP

Masalah keperawatan : Risiko defisit nutrisi dan Risiko syok

3) Pola Eliminasi

(1) Eliminasi Alvi

Pasien Pertama

SMRS : Pasien mengatakan di rumah BAB lancar sebanyak 1 kali sehari dengan bentuk padat, berbau khas, pasien tidak ada kesulitan saat buang air besar, bentuk padat, tidak ada perdarahan.

MRS : Pasien mengatakan belum BAB sama sekali sejak MRS

Pasien Kedua

SMRS : Pasien mengatakan di rumah BAB lancar sebanyak 1 kali sehari atau 2 hari sekali dengan bentuk padat, berbau khas, pasien tidak ada kesulitan saat buang air besar, tidak ada perdarahan, warna kuning kecoklatan.

MRS : Pasien mengatakan belum BAB 2 hari.

(2) Eliminasi Uri

Pasien Pertama

SMRS : Pasien mengatakan BAK 5-6 kali dalam sehari berwarna kuning jernih dan tidak ada kesulitan saat BAK dan tidak ada nyeri saat BAK.

MRS : Pasien mengatakan BAK 2-3 kali dalam sehari, berwarna kuning, tidak ada perdarahan pada saat BAK, tidak ada hematuria, tidak terpasang kateter.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah Keperawatan

Pasien Kedua :

SMRS : Pasien mengatakan BAK 4-5 kali dalam sehari berwarna kuning jernih dan tidak ada kesulitan kesulitan saat BAK.

MRS : Pasien mengatakan BAK 3-4 kali dalam sehari, berwarna kuning, tidak ada hematuria, tidak terpasang kateter, tidak ada perdarahan pada saat BAK.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah Keperawatan

4) Pola Istirahat dan Tidur

Pasien Pertama

SMRS : Pasien mengatakan biasanya tidur pada malam hari jam 21.00/22.00 dan bangun saat subuh jam 05.00 jarang terbangun tengah malam dan pasien jarang tidur siang karena sibuk bekerja.

MRS : Pasien mengatakan semalam bisa tidur tetapi sering terbangun karena pusing dan badan terasa sakit semua dan pasien mengeluh sering mengantuk. Pada malam hari pasien tidur jam 23.00 s/d 06.00.

Masalah keperawatan : Gangguan polas istirahat tidur

Pasien Kedua

SMRS : Pasien mengatakan biasanya tidur pada malam hari jam 21.00/22.00 dan bangun saat subuh jam 05.00 jarang terbangun tengah malam dan pasien jarang tidur siang karena sibuk bekerja.

MRS : Pasien mengatakan semalam bisa tidur nyenyak tidak terbangun tengah malam. Pada malam hari pasien tidur jam 22.00 s/d 07.00.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

5) Pola Aktivitas dan Latihan

Pasien Pertama

SMRS : Pasien mengatakan aktivitas sehari hari bekerja sebagai wiraswasta pulang pada sore atau malam hari setelah pulang bekerja mandi, makan dilakukan secara mandiri tanpa bantuan orang lain, pasien jarang berolahraga.

MRS : Pasien mengatakan aktivitas seperti makan, minum dan ke kamar mandi di bantu oleh keluarganya. Pasien lebih sering berbaring di tempat tidur dan lebih sering tidur karena di anjurkan untuk dokter untuk tidak banyak beraktivitas. *Activity Daily Living* (ADL) pasien seperti ke kamar mandi dan toileting dibantu oleh keluarga sedangkan untuk berpakaian dan makan pasien melakukan secara mandiri

Masalah keperawatan : Intoleransi aktivitas dan Risiko syok

Pasien Kedua

SMRS : Pasien mengatakan aktivitas sehari hari bekerja sebagai wiraswasta pulang pada sore atau malam hari setelah pulang bekerja mandi, makan, pasien jarang berolahraga.

MRS : Pasien mengatakan aktivitas seperti makan, minum dan ke kamar mandi di dampingi oleh keluarganya. Pasien lebih sering berbaring di tempat tidur karena di anjurkan untuk dokter untuk tidak banyak beraktivitas. *Activity Daily Living* (ADL) pasien seperti ke kamar mandi dan toileting dibantu oleh keluarga sedangkan untuk berpakaian dan makan pasien melakukan secara mandiri.

Masalah keperawatan : Intoleransi aktivitas dan Risiko syok

6) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Pasien Pertama

Gambaran diri : Pasien mengatakan menyukai seluruh bagian tubuhnya karena merupakan pemberian dari Tuhan, pasien mampu menerima kondisi tubuhnya yang sedang sakit dan berharap agar dirinya cepat sembuh.

Harga diri : Pasien mengatakan tidak merasa malu dengan apa yang di alami, Tn. E menganggap bahwa sakitnya merupakan peristiwa

dari Tuhan yang maha kuasa agar lebih taat menjalankan perintah agama.

Ideal diri : Pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan beraktivitas seperti biasanya.

Peran : Pasien mengatakab berperan sebagai seoran kepala rumah tangga bekerja mencari nafkah untuk keluarganya dan pada saat di rawat di Rumah sakit pasien tidak bisa melakukan perannya hanya bisa berbaring diatas tempat tidur.

Identitas diri : Pasien mengatakan bahwa dirinya adalah seorang laki-laki berumur 46 tahun sudah menikah dan mempunyai anak.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah Keperawatan

Pasien Kedua

Gambaran diri : Pasien mengatakan tidak malu dengan dirinya dan bersyukur atas pemberian dari Tuhan

Harga diri : Pasien mengatakan tidak malu dengan penyakit yang dideritanya saat ini

Ideal diri : Pasien mengatakan ingin cepat sembuh agar bisa bekerja kembali

Peran : Pasien mengatakan anak kedua dari 2 bersaudara dan bekerja untuk membantu perekonomian keluarganya

Identitas diri : Pasien mengatakan bernama Sdr. A umur 20 tahun dan belum menikah

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah Keperawatan

7) Pola Sensori dan Kognitif

Pasien Pertama : Pasien mengatakan kelima panca indera tidak mengalami gangguan apapun serta dapat berfungsi dengan baik. Pasien mengatakan pusing cekot-cekot Pasien sudah mengetahui tentang penyakit yang dideritanya yaitu DHF.

Masalah keperawatan : Nyeri Akut

Pasien Kedua : Pasien mengatakan kelima panca indera dapat berfungsi dengan baik. Pasien sudah mengetahui tentang penyakit yang dideritanya yaitu DHF.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

8) Pola Reproduksi Seksual

Pasien Pertama : Pasien mengatakan bahwa dirinya seorang laki-laki sudah menikah dan mempunyai anak.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

Pasien Kedua : Pasien mengatakan bahwa dirinya seorang laki-laki dan pasien belum menikah.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

9) Pola Hubungan Peran

Pasien Pertama : Pasien mengatakan di dalam keluarganya berperan sebagai kepala rumah tangga dan menjalin hubungan yang baik dengan anggota keluarga lainnya.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

Pasien Kedua : Pasien mengatakan didalam keluarganya pasien berperan sebagaianak dan menjalin hubungan baik dengan keluarganya, teman, maupun masyarakat lainnya.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

10) Pola Penanggulangan Stress

Pasien Pertama : Pasien mengatakan apabila ada masalah selalu dibicarakan dengan istrinya dan pasien mengatakan sumber pendukungnya adalah keluarga.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

Pasien Kedua : Pasien mengatakan apabila ada masalah selalu dibicarakan dengan ibunya dan kakaknya, pasien mengatakan sumber pendukungnya adalah keluarga.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

11) Pola Tata Nilai dan Kepercayaan

Pasien Pertama

SMRS : Pasien mengatakan di rumah sholat 5 waktu dan setiap hari Jumat mengikuti kegiatan tahlilan di rumahnya

MRS : Pasien mengatakan melakukan ibadah sholat diatas tempat tidur dan selalu berdoa agar diberi kesembuhan

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah Keperawatan

Pasien Kedua

SMRS : Pasien mengatakan di rumah sholat 5 waktu dan biasanya sholat berjamaah di masjid

MRS : Pasien mengatakan melakukan ibadah sholat diatas tempat tidur dan dibantu oleh keluarganya

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah Keperawatan

8. Pemeriksaan Fisik

1) Kesehatan umum

Pasien Pertama : Pada pasien pertama kesadaran kompos mentis, suara bicara jelas, pasien kooperatif, tekanan darah 101/62 mmHg, frekuensi pernafasan 20 kali/menit, nadi 74 kali/menit, suhu 37,8°C, GCS 4-5-6, tidak ada penurunan kesadaran, saturasi 99%.

Pasien Kedua : Pada pasien pertama kesadaran kompos mentis, suara bicara jelas, pasien kooperatif, tekanan darah 120/80 mmHg, frekuensi pernafasan 20 kali/menit, nadi 75 kali/menit, suhu 36,1°C, GCS 4-5-6, tidak ada penurunan kesadaran, saturasi 99%.

2) Kepala

Pasien Pertama :

Inspeksi : Rambut berwarna hitam sedikit beruban, tidak ada lesi, kulit kepala bersih.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan.

Pasien Kedua :

Inspeksi : Rambut berwarna hitam, tidak ada lesi, kulit kepala bersih.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan.

3) Muka

Pasien Pertama :

Inspeksi : Muka simetris, bentuk oval, tidak ada lesi, tampak bersih

Palpasi : Tidak ada benjolan dan tidak ada nyeri tekan

Pasien Kedua :

Inspeksi : Muka simetris, bentuk oval, tidak ada lesi, tampak bersih

Palpasi : Tidak ada benjolan dan tidak ada nyeri tekan

4) Mata

Pasien Pertama :

Inspeksi : Mata simetris, pupil isokor, terdapat refleks cahaya, kornea simetris berwarna hitam, konjungtiva merah muda, tidak terdapat gangguan penglihatan.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Pasien Kedua :

Inspeksi : Mata simetris, pupil isokor, terdapat refleks cahaya, kornea simetris berwarna hitam, konjungtiva merah muda, tidak terdapat gangguan penglihatan.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

5) Telinga

Pasien Pertama :

Inspeksi : Telinga simetris, telinga tampak bersih, tidak ada serumen, tidak ada gangguan pendengaran

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Pasien Kedua :

Inspeksi : Telinga simetris, telinga tampak bersih, tidak ada serumen, tidak ada gangguan pendengaran

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

6) Hidung

Pasien Pertama :

Inspeksi : Bentuk simetris, tidak ada polip, tidak epitaksis, tidak ada secret, tidak terpasang oksigen

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Pasien Kedua :

Inspeksi : Bentuk simetris, tidak ada polip, tidak epitaksis, tidak ada secret, tidak terpasang oksigen

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

7) Mulut dan Faring

Pasien Pertama :

Inspeksi : Mukosa bibir kering, tidak kotor, tidak ada perdarahan gusi, tidak ada stomatitis

Palpasi : Terdapat nyeri telan

Pasien Kedua :

Inspeksi : Mukosa bibir kering, tidak kotor, tidak ada perdarahan gusi, tidak ada stomatitis

Palpasi : Tidak terdapat nyeri telan

8) Leher

Pasien Pertama :

Inspeksi : Nadi karotis teraba, tidak ada lesi

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid

Pasien Kedua :

Inspeksi : Nadi karotis teraba, tidak ada lesi

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid

9) Thorax

Pasien Pertama :**Jantung**

Inspeksi : Bentuk dada tampak simetris, tidak ada tarikan otot bantu nafas

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Perkusi : Terdengar suara pekak

Auskultasi : Suara S1-S2 tunggal

Paru – paru

Inspeksi : Bentuk dada tampak simetris, tidak ada tarikan otot bantu nafas, pengembangan dada kanan dan kiri sama

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Perkusi : Terdengar suara sonor

Auskultasi : Terdengar suara vesikuler

Pasien Kedua :**Jantung**

Inspeksi : Bentuk dada tampak simetris, tidak ada tarikan otot bantu nafas

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Perkusi : Terdengar suara pekak

Auskultasi : Suara S1-S2 tunggal

Paru – paru

Inspeksi : Bentuk dada tampak simetris, tidak ada tarikan otot

bantu nafas, pengembangan dada kanan dan kiri sama

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Perkusi : Terdengar suara sonor

Auskultasi : Terdengar suara vesikuler

10) Abdomen

Pasien Pertama :

Inspeksi : Bentuk abdomen simetris, tidak ada benjolan, tidak ada lesi,
tidak ada bekas jahitan

Auskultasi : Bising usus 14 kali/menit

Palpasi : Tidak ada pembesaran hepar, tidak ada nyeri tekan

Perkusi : Terdengar suara timpani

Pasien Kedua :

Inspeksi : Bentuk abdomen simetris, tidak ada benjolan, tidak ada lesi,
tidak ada bekas jahitan tidak ada pembesaran hepar, tidak ada nyeri
tekan

Auskultasi : Bising usus 12 kali/menit

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Perkusi : Terdengar suara timpani

11) Inguinal, Genital dan Anus

Pasien Pertama :

Inspeksi : Inguinal bersih, tidak ada lesi, tidak terpadang kateter, anus
bersih, tidak ada hemoroid

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Pasien Kedua :

Inspeksi : inguinal bersih, tidak ada lesi, tidak terpadang kateter, anus
bersih, tidak ada hemoroid

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

12) Integumen

Pasien Pertama :

Inspeksi : Kulit sawo matang, kulit tambak kering, terdapat bintik-bintik merah pada lengan kiri

Palpasi : Akral hangat, turgor kulit menurun, CRT >2 detik

Pasien Kedua :

Inspeksi : Kulit sawo matang, kulit tambak kering, terdapat bintik-bintik merah pada lengan kiri

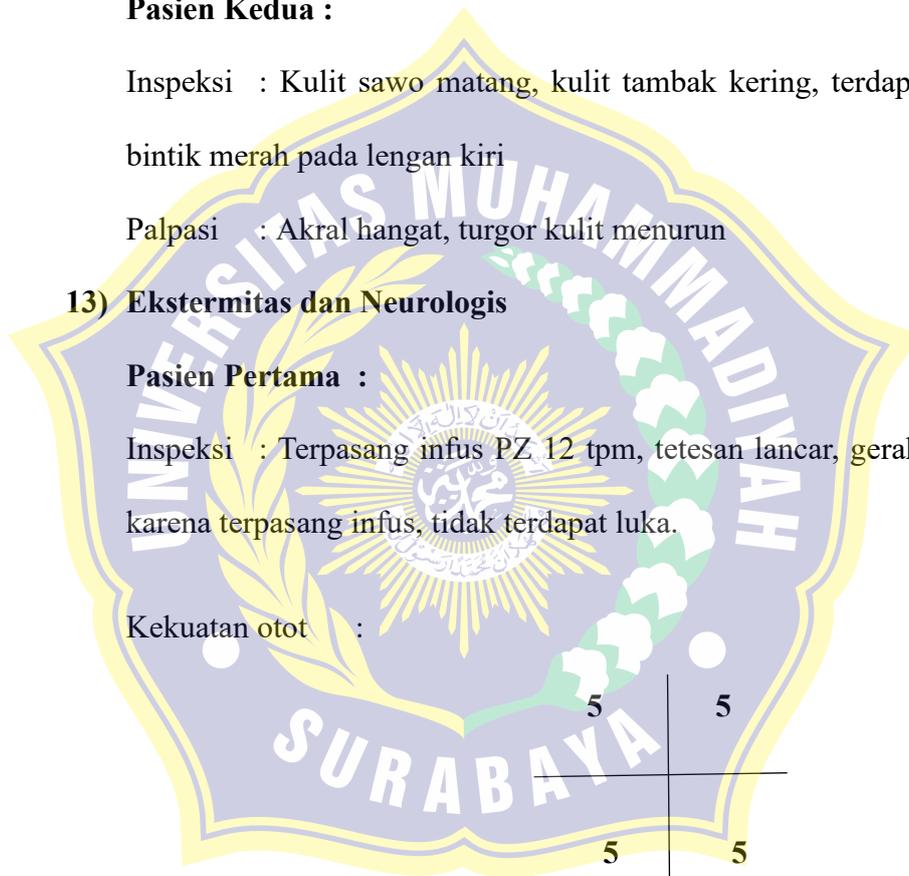
Palpasi : Akral hangat, turgor kulit menurun

13) Ekstermitas dan Neurologis

Pasien Pertama :

Inspeksi : Terpasang infus PZ 12 tpm, tetesan lancar, gerak terbatas karena terpasang infus, tidak terdapat luka.

Kekuatan otot :



Pasien Kedua :

Inspeksi : Terpasang infus PZ 12 tpm, tetesan lancar, gerak terbatas karena terpasang infus, tidak terdapat luka.

Kekuatan otot :

5	5
5	5

9. Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan Laboratorium

Pasien Pertama :

Hasil pemeriksaan laboratorium pada pasien pertama Tn. E tanggal 11 Maret 2024.

Tabel 4.1 Pemeriksaan Laboratorium Tn. E

Parameters	Hasil	Nilai Rujukan
HGB	15.2 g/dL	13.7 – 17.5 g/dL
RBC	4.83 $10^6/uL$	4.63 – 6.08 $10^6/uL$
HCT	43.5 %	40.1 – 51.0 %
MCV	90.1 fl	79.0 – 92.2 fl
MCH	31.5 pg	25.7 – 32.2 pg
MCHC	34.9 g/dL	32.3 - 36.5 g/dL
RDW-SD	44.2 fl	35.1 – 43.9 fl
RDW-CV	13.1 %	11.6 – 14.4 %
WBC	1.79 $10^3/uL$	4.23 – 9.07 $10^3/uL$
EO%	0.6 %	0.8 – 7.0 %
BASO%	0.6 %	0.2 – 1.2 %
NEUT%	69.2 %	34.0 – 67.9 %
LYMPH%	22.9 %	21.8 – 53.1 %
MONO%	6.7 %	5.3 – 12.2 %

IG%	0.6 %	0.17 – 0.61%
EO#	0.01 10 ³ /uL	0.04 – 0.54 10 ³ /uL
BASO#	0.01 10 ³ /uL	0.01 – 0.08 10 ³ /uL
NEUT#	1.24 10 ³ /uL	1.78 – 5.38 10 ³ /uL
LYMPH#	0.41 10 ³ /uL	1.32 – 3.57 10 ³ /uL
MONO#	0.12 10 ³ /uL	0.30 – 0.82 10 ³ /uL
IG#	0.01 10 ³ /uL	163.01 – 0.03 10 ³ /uL
PLT	27 10 ³ /uL	163 – 337 10 ³ /uL
PDW	14.0 fl	9.5– 15.5 fl
MPV	12.1 fl	9.4 – 12.4 fl
P-LCR	39.2 %	17.9 – 43.7 %
PCR	0.03 %	0.19 – 0.36 %

Tabel 4. 2 Pemeriksaan laboratorium Sdr. A

Pasien Kedua :

Parameters	Hasil	Nilai Rujukan
HGB	14.8 g/dL	11.0 – 18.0 g/dL
RBC	4.66 10 ⁶ /uL	3.74 – 6.1 10 ⁶ /uL
HCT	41.6 %	31.4 – 52.0 %
MCV	89.3 fl	79.0 – 99.0 fl
MCH	31.8 pg	25.0 – 35.0 pg
MCHC	35.6 g/dL	32.0 – 36.7 g/dL
RDW-SD	42.9 fl	35.1 – 46.1 fl
RDW-CV	12.9%	11.5 – 14.6 %
WBC	4.03 10 ³ /uL	3.7 – 13.0 10 ³ /uL
EO%	0.5 %	0 – 6.2 %
BASO%	0.2 %	0 – 1.3 %
NEUT%	80.7 %	33.0 – 80.0 %
LYMPH%	10.7 %	8 – 45.8 %
MONO%	7.9 %	2 – 9.2 %

IG%	0.5 %	
EO#	0.02 10 ³ /uL	0 – 0.4 10 ³ /uL
BASO#	0.01 10 ³ /uL	0 -0.1 10 ³ /uL
NEUT#	3.25 10 ³ /uL	1.92 – 8.610 ³ /uL
LYMPH#	0.43 10 ³ /uL	0.40 – 3.90
MONO#	0.32 10 ³ /uL	0.20 – 1.30
IG#	0.02 10 ³ /uL	
PLT	86 10 ³ /uL	150 – 45010 ³ /uL
PDW	10.4 fl	
MPV	9.2 fl	6.1 – 12.4 fl
P-LCR	19.1 %	
PCR	0.08 %	

2) Terapi

Pasien Pertama

1. Injeksi Omeprazole 2x1
2. Injeksi Ondancetron 2x2mg
3. Injeksi Antrain 3x1
4. Infus PZ 14 tetes per menit
5. *Thrombocyte concentrates* (TC) 1 bag dalam 24 jam

Pasien Kedua

1. Injeksi Ondancetron 2 x 8 mg
2. Injeksi Pantoprazole
3. Injeksi Santagesik 3 x 1
4. Injeksi Methylprednisolone 3 x 62,5
5. Infus Pz : D5 2:1

3) Daftar masalah

Pasien pertama

1. Risiko defisit nutrisi
2. Risiko syok
3. Gangguan pola tidur
4. Nyeri Akut
5. Intoleransi aktivitas

Pasien kedua

1. Risiko defisit nutrisi
2. Risiko syok
3. Intoleransi aktivitas

4.1.3 Analisa Data

Pasien Pertama :

Tabel 4. 3 Analisa data Tn. E

Tanggal	Data	Etiologi	Masalah
11 Maret 2024	Ds : Pasien mengatakan tidak nafsu makan, pusing, mual, demam, sering mengantuk Do : 1. Tampak bintik merah di ekstermitas atas sinistra 2. Mukosa bibir kering 3. Tampak lemah 4. Tampak pucat 5. Turgor kulit menurun 6. Suhu 37,8°C 7. PLT $27 \cdot 10^3/uL$	↑Pembuluh darah ↓ Menghilangnya plasma melalui endotel dinding pembuluh darah ↓ Kebocoran plasma ↓ Risiko syok	Risiko Syok

Pasien Kedua :

Tabel 4. 4 Analisa Data Sdr. A

Tanggal	Data	Etiologi	Masalah
27 Maret 2024	Ds : Pasien mengatakan batuk, pilek, pusing, tidak nafsu makan Do : 1. Tampak bintik merah di ekstermitas atas sinistra 2. Mukosa bibir kering 3. Tampak lemah 4. Turgor kulit menurun 5. PLT $64 \cdot 10^3/uL$	↑Pembuluh darah ↓ Menghilangnya plasma melalui endotel dinding pembuluh darah ↓ Kebocoran plasma ↓ Risiko syok	Risiko Syok

4.1.4 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada pasien pertama dan kedua yaitu Risiko Syok ditandai dengan kekurangan volume cairan.

4.1.4 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada pasien pertama Tn.E

Risiko syok ditandai dengan kekurangan volume cairan D.0039

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat syok menurun dengan kriteria hasil : L.03032

1. Kekuatan nadi dalam batas normal
2. Pucat menurun
3. Output urin dalam batas normal

4. Frekuensi napas dalam batas normal
5. Tekanan darah sistolik dalam batas normal
6. Tekanan darah diastolik dalam batas normal
7. Frekuensi nadi dalam batas normal

Intervensi Keperawatan : Pemantauan cairan I.03121

1. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi
R/ untuk mengetahui bagaimana frekuensi dan kekuatan nadi
2. Monitor frekuensi napas
R/ mengetahui bagaimana frekuensi nafas (cepat atau lambat)
3. Memonitor berat badan
R / mengetahui dan memantau berat badan pasien
4. Monitor tekanan darah
R/ untuk mengetahui ada atau tidak nya hipertensi dan hipotensi
5. Monitor elastisitas atau turgor kulit
R/ untuk mengetahui apa pasien mengalami dehidrasi
6. Monitor hasil pemeriksaan serum
R/untuk mengetahui ada atau tidaknya masalah pada hasil pemeriksaan serum
7. Monitor intake dan output cairan
R/ untuk mengetahui kadar asupan cairan tubuh
8. Identifikasi tanda-tanda hipovolemia
R/ untuk mengetahui ada atau tidaknya tanda-tanda hypovolemia
9. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien
R/ untuk mengatur waktu pemantauan cairan pada pasien

10. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

R/ agar pasien mengetahui tujuan dari pemantauan yang dilakukan

11. Dokumentasikan hasil pemantauan

R/ agar mengetahui ada atau tidaknya perkembangan pasien

12. Edukasi pemenuhan kebutuhan cairan pada pasien DHF.

R/ untuk mencegah terjadinya syok hipovolemik dan mengganti cairan yang telah hilang akibat perdarahan yang terjadi

Intervensi keperawatan pada pasien kedua Sdr. A

Risiko syok ditandai dengan kekurangan volume cairan D.0039

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat syok menurun dengan kriteria hasil : L.03032

1. Kekuatan dalam batas normal
2. Pucat menurun
3. Output urin dalam batas normal
4. Frekuensi napas dalam batas normal
5. Tekanan darah sistolik dalam batas normal
6. Tekanan darah diastolik dalam batas normal
7. Frekuensi nadi dalam batas normal

Intervensi Keperawatan : Pemantauan cairan I.03121

1. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi

R/ untuk mengetahui bagaimana frekuensi dan kekuatan nadi

2. Monitor frekuensi napas

R/ mengetahui bagaimana frekuensi nafas (cepat atau lambat)

3. Memonitor berat badan
R / mengetahui dan memantau berat badan pasien
4. Monitor tekanan darah
R/ untuk mengetahui ada atau tidak nya hipertensi dan hipotensi
5. Monitor elastisitas atau turgor kulit
R/ untuk mengetahui apa pasien mengalami dehidrasi
6. Monitor hasil pemeriksaan serum
R/ untuk mengetahui ada atau tidaknya masalah pada hasil pemeriksaan serum
7. Monitor intake dan output cairan
R/ untuk mengetahui kadar asupan cairan tubuh
8. Identifikasi tanda-tanda hipovolemia
R/ untuk mengetahui ada atau tidaknya tanda-tanda hypovolemia
9. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien
R/ untuk mengatur waktu pemantauan cairan pada pasien
10. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
R/ agar pasien mengetahui tujuan dari pemantauan yang dilakukan
11. Dokumentasikan hasil pemantauan
R/ agar mengetahui ada atau tidaknya perkembangan pasien
12. Edukasi pemenuhan kebutuhan cairan pada pasien DHF.
R/ untuk mencegah terjadinya syok hipovolemik dan mengganti cairan yang telah hilang akibat perdarahan yang terjadi

4.1.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi hari pertama

Pemantauan cairan I.03121**Pasien pertama tanggal 11 Maret 2024**

04.30 : Mengobservasi TTV TD : 100/62 mmHg S : 37,8°C Nadi : 75 kali/menit

RR : 20 kali/menit

04.45 : Mengobservasi keluhan pasien saat ini

R/ pasien mengatakan mual dan tidak nafsu makan

05.00 : Memonitor elastisitas atau turgor kulit

R/ turgor kulit menurun

05.05 : Memonitor berat badan

R/ BB 75 Kg

05.15 : Memonitor hasil pemeriksaan serum

R/ hasil pemeriksaan darah lengkap hematokrit 43.5 %, hemoglobin 15.2 g/dL

05.30 : Memonitor intake dan output cairan

R/ pasien mengatakan jarang pipis, merasa badannya lemas. Intake cairan infus ± 1000 cc dalam 24 jam, minum $\pm 500 - 600$ ml dalam 24 jam dan output yaitu eliminasi uri hanya 2-3 kali dalam sehari $\pm 600-00$ cc

06.00 : Mengidentifikasi tanda-tanda hipovolemia

R/ mukosa bibir kering, nadi teraba lemah, pasien tampak lemas

06.15 : Mengatur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien

R/ melakukan kontrak waktu yang telah disepakati antara perawat dan pasien

06.30 : Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

R/ pasien dan keluarga bersedia atas prosedur yang akan dilakukan

07.00 : Menganjurkan pasien makan TKTP yang disediakan oleh ahli gizi
R/ pasien makan 3-5 sendok saja dari porsi yang telah diberikan karena pasien merasa mual

07.00 : Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat dan pemeriksaan laboratorium
R/ terpasang infus di ekstermitas atas dextra PZ 14 tpm, injeksi Omeprazole 2 x 1, injeksi Ondancetron 2x4mg, injeksi Antrain 3x1

Pasien kedua tanggal 28 Maret 2024

11.30 : Mengobservasi TTV TD : 120/80 mmHg S : 36°C Nadi : 75 kali/menit
RR : 20 kali/menit

12.00 : Menganjurkan pasien makan TKTP yang disediakan oleh ahli gizi
R/ pasien makan 4-5 sendok saja dari porsi yang telah diberikan

12.15 : Memonitor elastisitas atau turgor kulit
R/ turgor kulit menurun

12.20 : Memonitor berat badan
R/ Berat badan pasien 65 Kg

12.30 : Memonitor hasil pemeriksaan serum
R/ hasil pemeriksaan darah lengkap hematokrit 41.6 %, hemoglobin 14.8 g/dL

13.00 : Memonitor intake dan output cairan

R/ pasien mengatakan merasa badannya lemas. Intake \pm 1000 cc dalam 24 jam, minum \pm 600-700 ml dan output yaitu eliminasi uri hanya 3-5 kali dalam sehari \pm 600-900 cc

13.15 : Mengidentifikasi tanda-tanda hipovolemia

R/ mukosa bibir kering, nadi teraba lemah, pasien tampak lemas

13.25 : Mengatur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien

R/ melakukan kontrak waktu yang telah disepakati antara perawat dan pasien

13.30 : Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

R/ pasien dan keluarga bersedia atas prosedur yang akan dilakukan

13.45 : Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat dan pemeriksaan laboratorium

R/ terpasang infus di ekstermitas atas dextra PZ 14 tpm, injeksi

Pantoprazole, injeksi Santagesik 3x1, injeksi Ondancetron 2x8mg, injeksi

Methylprednisolone 3x62,5

Implementasi hari kedua

Pemantauan cairan I.03121

Pasien pertama tanggal 12 Maret 2024

07.30 : Menganjurkan pasien makan TKTP yang disediakan oleh ahli gizi

R/ pasien makan $\frac{1}{2}$ porsi saja dari porsi yang telah diberikan

09.00 : Memonitor intake dan output cairan

R/ pasien mengatakan badannya sedikit terasa lemas. Intake \pm 1000 cc dalam 24 jam, minum \pm 800 ml dalam sehari dan output yaitu eliminasi uri hanya 3-4 kali dalam sehari \pm 900 cc

09.15 : Memonitor elastisitas atau turgor kulit

R/ turgor kulit membaik

09.30 : Memonitor hasil pemeriksaan serum

R/ hasil pemeriksaan darah lengkap hematokrit 41.6 %, hemoglobin 14.8 g/dL

11.30 : Mengobservasi TTV TD : 105/62 mmHg S : 36,1°C Nadi : 60 kali/menit

RR : 20 kali/menit Spo2 : 99%

11.15 : Mengobservasi keluhan pasien saat ini

R/ pasien mengatakan masih mual tetapi sudah berkurang

12.00 : Mengedukasi pasien dan keluarga tentang penyebab, tanda gejala, penatalaksanaan serta pentingnya kebutuhan cairan pada pasien *Dengue Hemoragic Fever*

R/ pasien dan keluarga paham dan mampu menjelaskan kembali mengenai DHF dan pentingnya kebutuhan cairan.

13.00 : Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat dan pemeriksaan

laboratorium

R/ terpasang infus di ekstermitas atas dextra PZ 14 tpm, injeksi

Omeprazole 2x1, injeksi Ondancetron 2x4mg, injeksi Antrain 3x1, injeksi

Methylprednisolone 1x125 mg, transfusi *Trombocyte Concentrate* (TC) 5

bag dan hasil cek laboratorium trombosit $11 \cdot 10^3/uL$ (sebelum tranfusi)

Pasien kedua tanggal 29 Maret 2024

14.00 : Menganjurkan pasien makan TKTP yang disediakan oleh ahli gizi

R/ pasien makan menghabiskan porsi makan yang telah diberikan

15.00 : Memonitor intake dan output cairan

R/ pasien mengatakan badannya sudah tidak terasa lemas. Intake ± 1000 cc dalam 24 jam, minum ± 900 ml dalam sehari dan output yaitu eliminasi uri hanya 4-5 kali dalam sehari ± 900 cc

15.15 : Memonitor elastisitas atau turgor kulit

R/ turgor kulit membaik

15.30 : Memonitor hasil pemeriksaan serum

R/ hasil pemeriksaan darah lengkap hematokrit 48.7 %, hemoglobin 16.9 g/dL

16.00 : Mengobservasi TTV TD : 105/62 mmHg S : 36,1°C Nadi : 60 kali/menit

RR : 20 kali/menit Spo2 : 99%

16.20 : Mengedukasi pasien dan keluarga tentang penyebab, tanda gejala, penatalaksanaan serta pentingnya kebutuhan cairan pada pasien *Dengue Hemoragic Fever*

R/ pasien dan keluarga paham dan mampu menjelaskan kembali mengenai DHF dan pentingnya kebutuhan cairan.

16.40 : Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat dan pemeriksaan laboratorium

R/ terpasang infus di ekstermitas atas dextra PZ 14, injeksi Ondancetron

2x8mg, injeksi Santagesik 3x1, injeksi Methylprednisolone 3x62,5

Implementasi hari ketiga

Pemantauan cairan I.03121

Pasien pertama tanggal 13 Maret 2024

07.00: Menganjurkan pasien makan TKTP yang disediakan oleh ahli gizi

R/ pasien makan menghabiskan porsi makan yang telah diberikan dan pasien mengatakan sudah tidak mual

08.00 : Memonitor intake dan output cairan

R/ pasien mengatakan badannya sudah tidak terasa lemas sudah enakan.

Intake ± 1000 cc dalam 24 jam, minum ± 900 ml dalam sehari dan output yaitu eliminasi uri hanya 4-5 kali dalam sehari $\pm 800 - 900$ cc

08.15 : Memonitor elastisitas atau turgor kulit

R/ turgor kulit baik

08.30 : Memonitor hasil pemeriksaan serum

R/ hasil pemeriksaan darah lengkap hematokrit 44.6 %, hemoglobin 15.7 g/dL

12.00 : Mengobservasi TTV TD : 120/80 mmHg S : 36,3°C Nadi : 65 kali/menit

RR : 20 kali/menit Spo2 : 98%

12.30 : Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat dan pemeriksaan

laboratorium

R/ terpasang infus di ekstermitas atas dextra PZ 500 cc dalam 1 jam, injeksi

Ceftriaxone 2x1, injeksi Methylprednisolone 3x62,5 mg

Pasien kedua tanggal 30 Maret 2024

- 07.00: Menganjurkan pasien makan TKTP yang disediakan oleh ahli gizi
R/ pasien makan menghabiskan porsi makan yang telah diberikan dan pasien mengatakan sudah tidak mual
- 08.00 : Memonitor intake dan output cairan
R/ pasien mengatakan badannya sudah tidak terasa lemas sudah enakan.
Intake \pm 1000 cc dalam 24 jam, minum \pm 900 ml dalam sehari dan output yaitu eliminasi uri hanya 4-5 kali dalam sehari \pm 800 - 900 cc
- 08.10 : Memonitor elastisitas atau turgor kulit
R/ turgor kulit baik
- 08.15 : Memonitor hasil pemeriksaan serum
R/ hasil pemeriksaan darah lengkap hematokrit 47.8 %, hemoglobin 16.5 g/dL
- 11.30 : Mengobservasi TTV TD : 120/80 mmHg S : 36,2°C Nadi : 65 kali/menit
RR : 20 kali/menit Spo2 : 99%
- 12.00 : Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat
R/ terpasang infus di ekstermitas atas dextra PZ 14 tpm, injeksi injeksi Ondancetron 2x8mg, injeksi injeksi Santagesik 3x1

4.1.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi Keperawatan pada pasien *Dengue Hemoragic Fever* (DHF) dengan masalah Risiko Syok di Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang.

Tabel 4. 5 Evaluasi Keperawatan Tn. E dan Sdr. A

Hari	Evaluasi	
	Pasien 1	Pasien 2
1.	<p>Tingkat syok menurun : L.03032 Tanggal 11 Maret 2024 S : Pasien mengatakan badannya lemas, pusing, mual, tidak nafsu makan, muncul bintik merah di tangan tanggal 10 Maret 2024 malam O : Mukosa bibir kering, turgor kulit menurun, CRT < 2 detik TD: 100/70 mmHg Nadi : 70 kali/menit RR 20 kali/menit Suhu: 36,1°C Trombosit 11 10³/uL A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan 1, 2, 4, 5, 6, 7, 12</p>	<p>Tingkat syok menurun : L.03032 Tanggal 28 Maret 2024 S : Pasien mengatakan badannya terasa lemas, mual, pusing, muncul bintik merah di tangan tanggal 28 Maret 2024 O : Mukosa bibir kering, turgor kulit menurun, nadi teraba kuat TD : 120/80 mmHg Suhu : 36°C Nadi: 70 kali/menit RR : 20 kali/menit Spo2 : 99% Trombosit 56 10³/uL A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan 1, 2, 4, 5, 6, 7, 12</p>
2.	<p>Tingkat syok menurun : L.03032 Tanggal 12 Maret 2024 S : Pasien mengatakan sudah enakan pusing berkurang, mual berkurang, porsi makan dihabiskan, terdapat bintik merah (petekie) di tangan O : Mukosa bibir kering, turgor kulit membaik, TD : 127/76 mmHg Suhu : 36,1°C Nadi : 60 Spo2 : 97% Trombosit 29 10³/uL post transfusi TC A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan 1, 2, 5, 6, 7.</p>	<p>Tingkat syok menurun : L.03032 Tanggal 29 Maret S : Pasien mengatakan pusing berkurang, mual berkurang, nafsu makan membaik O : Terdapat petekie pada tangan kiri, turgor kulit membaik, membran mukosa kering Trombosit 70 10³/uL TD : 120/70 Nadi : 67 Suhu : 36,2°C RR : 20 kali/menit Spo2 : 99% A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan 1, 2, 5, 6, 7</p>

3.	<p>Tingkat syok menurun : L.03032 Tanggal 13 Maret S : Pasien mengatakan sudah tidak ada keluhan, sudah tidak mual dan nafsu makan mulai membaik, BAK dalam sehari 5-6 kali O : Membran mukosa bibir lembab, turgor kulit baik, CRT < 2 detik, nadi teraba kuat TD : 120/67 mmHg Nadi : 60 Suhu : 36°C Spo2 : 99% Trombosit 51 10³/uL A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan pasien KRS</p>	<p>Tingkat syok menurun : L.03032 Tanggal 30 Maret 2024 S : Pasien mengatakan sudah tidak ada keluhan, sudah enakan, BAK dalam sehari bisa 4-6 kali O : Membran mukosa lembab, turgor kulit baik, nadi teraba kuat. Trombosit 90 10³/uL TD : 110/70 mmHg Nadi : 75 kali/menit Suhu : 36,1°C RR : 20 kali/menit Spo2 : 98% A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan pasien KRS</p>
----	---	--

4.2 Pembahasan

Dalam pembahasan ini peneliti akan membahas tentang kesenjangan yang di temukan antara landasan teori dengan tinjauan kasus selama memberikan asuhan keperawatan pada pasien *Dengue Hemoragic Fever* (DHF) yang dialami oleh Tn. E dan Sdr. A dengan masalah keperawatan risiko syok di Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang, sesuai dengan langkah – langkah asuhan keperawatan, diantaranya : Pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Intervensi Keperawatan, Implementasi Keperawatan, dan Evaluasi Keperawatan.

5.2.1 Pengkajian Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah diperoleh pada pasien 1 dan pasien 2 terdapat ada beberapa perbedaan antara kedua pasien. Pada pasien 1 terjadi penurunan trombosit hingga 27 10³/uL, sedangkan pada pasien 2 terjadi

penurunan trombosit $64 \cdot 10^3/uL$. Pada kedua pasien mengalami penurunan pada turgor kulit, membran mukosa kering, tampak pucat. Pada masalah keperawatan pada pasien 1 selain risiko syok juga muncul masalah risiko defisit nutrisi, gangguan pola tidur, intoleransi aktivitas, hipertermia. Pada pasien 2 selain risiko syok muncul masalah keperawatan risiko defisit nutrisi, intoleransi aktivitas. Pada kedua pasien mengalami penurunan nafsu makan.

Pada pasien DHF dapat terjadi hepatomegali atau pembesaran hati yang menekan diafragma yang ditimbulkan pada fase febris sehingga dapat menyebabkan mual dan terjadi penurunan nafsu makan. Mual timbul bersamaan dengan perdarahan seperti ptokie dan perdarahan mukosa (Putri Aulia Permata, 2019).

Menurut (Nugraheni, 2023). Dengue Hemoragic Fever mempunyai manifestasi yang ditimbulkan seperti sakit kepala, lemas, mual, muntah, nyeri abdomen, nadi cepat dan lemah, trombositopenia. Manifestasi perdarahan yang umum terjadi biasanya ptokie kemudian beberapa gejala lainnya seperti epitaksis, perdarahan gusi, hematemesis. Pada kasus berat ditemukan kegagalan sirkulasi dan beberapa pasien yang terinfeksi dapat berkembang menjadi syok hipovolemik hingga menyebabkan kematian.

Opini penulis berdasarkan hasil dan teori di atas, menjelaskan bahwa hasil penelitian sejalan dengan teori bahwa pada pasien dengan diagnosa medis DHF memunculkan manifestasi klinis berupa penurunan trombosit (trombositopenia). Akan tetapi ada perbedaan pada pasien 1 dan pasien 2. Didapat dari data subyektif dan obyektif yang diperoleh dari hasil pengkajian bahwasannya pasien 1 dan pasien 2 saat pengkajian terdapat keluhan yang hampir sama tetapi pada pasien 1 dan 2

terdapat perbedaan penurunan trombosit pada pasien pertama terjadi penurunan trombosit hingga $27 \cdot 10^3/\text{uL}$, sedangkan pada pasien 2 terjadi penurunan trombosit $64 \cdot 10^3/\text{uL}$. Pada pasien 1 usia 46 tahun dan pasien 2 umur 20 tahun, penurunan trombosit yang rendah pada pasien DHF salah satu faktornya disebabkan oleh usia yang semakin bertambah dan dapat juga terjadi karena asupan nutrisi yang masuk kurang dari kebutuhan tubuh.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil analisa data pada pasien 1 ditemukan diagnosa dengan faktor risiko kekurangan volume cairan, dengan kondisi klinis terkait adalah perdarahan. Selain risiko syok, muncul masalah keperawatan risiko defisit nutrisi, gangguan pola tidur dan intoleransi aktivitas. Pada pasien 2 ditemukan diagnosa keperawatan selain risiko syok yaitu, risiko defisit nutrisi dan intoleransi aktivitas.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Rajapakse (2011) menjelaskan bahwa DHF dapat menyebabkan Dengue Syok yang ditandai dengan trombositopenia, dengan akibat manifestasi hemoragik selain itu juga terjadi peningkatan permeabilitas pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya volume intravaskular dan syok. Pada pasien DHF parah dapat terjadi kematian karena syok yang semakin parah dan kegagalan multiorgan. Pada risiko syok terjadi kebocoran plasma kemudian tubuh mengeluarkan zat-zat sitokin sebagai reaksi imun terhadap virus dengue yang masuk ke dalam tubuh sehingga mengakibatkan kekurangan volume cairan pada pasien DHF (Rajapakse, 2011).

Opini penulis berdasarkan hasil dan teori di atas, menunjukkan bahwa hasil penelitian sejalan dengan teori yang mengatakan bahwa DHF memunculkan diagnosa risiko syok pada kedua pasien. Akan tetapi terdapat perbedaan pada pasien

1 muncul masalah keperawatan lain selain risiko syok yakni risiko defisit nutrisi, gangguan pola tidur, dan intoleransi aktivitas, sedangkan pada pasien 2 muncul masalah keperawatan risiko defisit nutrisi dan intoleransi aktivitas.

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang dilakukan pada pasien 1 dan pasien 2 dengan diagnosa keperawatan risiko syok d.d kekurangan volume cairan dengan intervensi keperawatan pemantauan cairan yakni monitor frekuensi dan kekuatan nadi, monitor frekuensi napas, monitor tekanan darah, monitor elastisitas atau turgor kulit, monitor berat badan, monitor hasil pemeriksaan serum, monitor intake dan output cairan, identifikasi tanda-tanda hipovolemia, atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien, dokumentasikan hasil pemantauan, jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, dokumentasikan hasil pemantauan, edukasi pemenuhan kebutuhan cairan pada pasien DHF.

Tahap ketiga dari proses keperawatan adalah perencanaan, perencanaan tindakan keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2 disusun setelah semua data yang terkumpul selesai dianalisis dan diprioritaskan. Langkah-langkah dalam perencanaan keperawatan ini terdiri dari: menegakkan diagnosa keperawatan, menentukan sasaran dan tujuan, menentukan kriteria dan evaluasi, menyusun intervensi dan tindakan keperawatan.

Risiko syok pada diagnosa keperawatan risiko syok ditandai dengan kekurangan volume cairan pada kedua pasien peneliti tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama waktu yang telah ditentukan tingkat syok pada pasien menurun dengan kriteria hasil kekuatan nadi meningkat, pucat menurun, frekuensi

napas membaik, tekanan darah sistolik membaik, tekanan darah diastolik membaik (SLKI, 2017).

Pemantauan cairan pada pasien DHF dilakukann untuk mengumpulkan dan menganalisis data terkait pengaturan keseimbangan cairan (SIKI, 2017). Keseimbangan cairan dan elektrolit perlu diperhatikan, karena keadaan yang menyebabkan ketidakseimbangan cairan dan elektrolit harus segera diatasi sebelum terganggunya fungsi dari sel, jaringan dan organ. Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit disebabkan oleh berbagai penyakit, dari yang bersifat ringan hingga berat (Hasanah, 2023).

Pada kasus DHF ini terjadi peningkatan permeabilitas dinding pembuluh darah dan menghilangkan plasma melalui endotel sehingga terjadinya trombositopenia atau menurunnya fungsi trombosit dan menurunnya faktor koagulasi yang merupakan faktor penyebab perdarahan hebat yang dapat mengakibatkan kekurangan volume cairan dan elektrolit, oleh karena itu sangatlah penting dalam memperhatikan kebutuhan cairan yang efektif karena tanpa pemantauan yang efektif terhadap kebutuhan cairan pasien, maka akan terjadinya syok sehingga menyebabkan kematian (Putri Anggita dkk., 2023)

Salah satu intervensi yang dilakukan perawat pada diagnosa risiko syok adalah pemberian edukasi tentang pemenuhan kebutuhan cairan pada pasien DHF agar tidak terjadi syok. Pada kondisi DHF dapat menyebabkan kekurangan cairan akibat permeabilitas dari kapiler pembuluh darah sehingga dapat mengganggu keseimbangan cairan dalam tubuh. Keseimbangan cairan dalam tubuh dipengaruhi oleh jumlah asupan nutrisi dan cairan yang masuk dan keluar, asupan tersebut berasal dari sumber makanan dan minuman yang dikonsumsi. Nutrisi dan cairan

tersebut membantu tubuh meningkatkan pembentukan kadar hemoglobin, kadar trombosit, dan untuk mempertahankan sel agar tidak nekrosis (Sitepu Isma Chairani dkk., 2023)

Pentingnya pemberian edukasi pada pasien DHF dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi dan cairan dapat meningkatkan pengetahuan dan kemampuan pasien dalam pemeliharaan kesehatannya. Meningkatkan pengetahuan pasien dalam penanganan DHF sehingga dapat mencegah pasien mengalami syok akibat kondisi kekurangan cairan yang memburuk (Sitepu Isma Chairani dkk., 2023)

Pemenuhan kebutuhan cairan pada pasien DHF meliputi penerapan manajemen cairan, monitor TTV, monitor makanan dan minuman yang masuk, monitor status nutrisi. Kandungan nutrisi dan cairan tersebut membantu tubuh meningkatkan pembentukan kadar hemoglobin, kadar trombosit, dan untuk mempertahankan sel agar tidak nekrosis.

Berdasarkan uraian tersebut, dapat di simpulkan bahwa pemantauan pada pasien Dengue Hemoragic Fever sangat diperlukan untuk mengetahui keseimbangan cairan dan elektrolit dalam tubuh untuk mencegah keadaan yang lebih parah.

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan pada pasien 1 dan pasien 2 kurang lebih sama yaitu memonitor frekuensi dan kekuatan nadi, memonitor frekuensi napas, memonitor tekanan darah, memonitor elastisitas atau turgor kulit, memonitor berat badan, memonitor hasil pemeriksaan serum, memonitor intake dan output cairan, mengidentifikasi tanda-tanda hipovolemia, mengatur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien, mendokumentasikan hasil pemantauan, menjelaskan

tujuan dan prosedur pemantauan, mendokumentasikan hasil pemantauan, mengedukasi pemenuhan kebutuhan cairan pada pasien DHF. Terdapat perdedaan pemeberian obat pada pasien 1 dan pasien 2. Pada pasien 1 mendapatkan terapi injeksi *Thrombocyte Concentrates* (TC) 1 bag dalam 24 jam karena mengalami penurunan trombosit hingga 11.000 sehingga mendapatkan terapi *Thrombocyte Concentrates* untuk mengobati perdarahan dengan jumlah trombosit yang rendah.

Tahap pelaksanaan atau implementasi adalah tahap mengaplikasikan rencana keperawatan yang telah disusun dan dilaksanakan sesuai dengan rencana yang telah diterapkan pada tinjauan teori maupun tinjauan kasus dengan harapan asuhan keperawatan yang dilakukan pada kedua pasien dapat dilaksanakan secara berkesinambungan dan komprehensif.

Menurut WHO (2016), penatalaksanaan pada pasien DHF dengan syok, meliputi: berikan oksigen nasal 2-4 L/menit, berikan 20 ml/kg larutan kristaloid seperti ringer laktat secepatnya, jika menunjukkan tanda-tanda perbaikan pada kondisi klinis, ulangi pemberian kristaloid 20ml/kg secepatnya (maksimal 30 menit) atau pertimbangkan pemberian koloid 10-20 ml/kg BB/jam maksimal mk/kg BB/24 jam, jika tidak ada perbaikan klinis (pengisian kapiler dan perfusi perifer mulai membaik, tekanan nadi melebar), jumlah cairan dikurangi hingga 10 ml/kg dalam 2-4 jam secara bertahap diturunkan tiap 4-6 jam sesuai kondisi klinis laboratorium, cairan intravena dapat dihentikan setelah 36-48 jam. Banyak kematian terjadi karena pemberian cairan yang terlalu banyak dari pada pemberian yang terlalu sedikit.

Opini peneliti berdasarkan hasil dan teori di atas, menunjukkan bahwa hasil penelitian sejalan dengan teori yang mengatakan bahwa pemantauan cairan pada

pasien DHF penting untuk dilakukan untuk mencegah agar tidak terjadi perburukan kondisi pada pasien DHF.

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan asuhan keperawatan yang dilakukan pada pasien 1 dan pasien 2 selama kurang lebih 3 didapatkan hasil pada pasien 1 sudah tidak ada keluhan, pusing dan mual hilang, nafsu makan membaik, mukosa bibir lembab, turgor kulit baik, TD : 120/67 mmHg, Nadi : 60 kali/menit, RR 20 kali/menit, Suhu: 36,°C, Trombosit $51 \cdot 10^3/uL$. Sedangkan pada pasien 2 pada evaluasi hari terakhir didapatkan hasil sudah enak tidak ada keluhan, membran mukosa bibir lembab, turgor kulit baik, TD : 110/70 mmHg, Nadi : 607 kali/menit, RR 20 kali/menit, Suhu : 36,1°C, Trombosit $70 \cdot 10^3/uL$.

Pada kondisi DHF dapat menyebabkan kekurangan cairan akibat permeabilitas dari kapiler pembuluh darah sehingga dapat mengganggu keseimbangan cairan dalam tubuh. Keseimbangan cairan dalam tubuh dipengaruhi oleh jumlah asupan nutrisi dan cairan yang masuk dan keluar, asupan tersebut berasal dari sumber makanan dan minuman yang dikonsumsi. Nutrisi dan cairan tersebut membantu tubuh meningkatkan pembentukan kadar hemoglobin, kadar trombosit (Sitepu Isma Chairani dkk., 2023)

Opini peneliti berdasarkan hasil dan teori di atas, menunjukkan bahwa hasil penelitian sejalan dengan teori yang mengatakan bahwa pemenuhan pemenuhan cairan pada pasien DHF dapat meningkatkan nilai trombosit pada pasien DHF.