

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit Demam Berdarah Dengue

1. Definisi Demam Berdarah Dengue

Demam berdarah dengue adalah penyakit yang disebabkan oleh virus dengue dari genus flaviviridae. Itu menular ke manusia melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti* yang terkontaminasi oleh virus tersebut (Octaviani, 2022).

Demam berdarah dengue adalah infeksi virus dengue yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*. Gejalanya termasuk demam tinggi, nyeri otot, ruam kulit, dan perdarahan. Jika tidak ditangani dengan baik, demam berdarah dengue dapat berkembang menjadi penyakit serius seperti sindrom syok dengue. Pengendalian vektor nyamuk dan menjaga lingkungan bersih adalah bagian dari pencegahan (Mentiri et al., 2020).

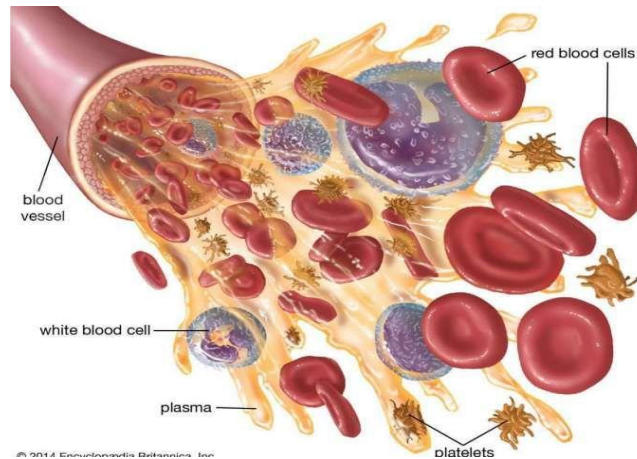
Jadi menurut saya dari pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa demam berdarah dengue adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus dengue disebut. Nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus* adalah penyebar virus ini. Gejala seperti demam tinggi, nyeri otot, ruam kulit, dan perdarahan adalah tanda penyakit ini, yang dapat berkembang menjadi penyakit serius jika tidak ditangani dengan baik. Pengendalian vektor nyamuk dan menjaga lingkungan bersih adalah bagian dari upaya pencegahan.

2. Etiologi

Menurut (Octaviani, 2022), Demam Berdarah Dengue merupakan penyakit sepanjang tahun dan orang yang tinggal di daerah endemis demam berdarah dapat terinfeksi tiga atau empat serotipe dalam hidupnya. Serotipe yang paling sering diisolasi adalah serotipe DEN-3, diikuti oleh serotipe DEN-2, serotipe DEN-1, dan serotipe DEN-4. Empat serotipe virus dengue telah ditemukan di berbagai daerah di Indonesia. Sebuah

penelitian menunjukkan bahwa keberadaan DEN-3, serotipe yang paling umum, dapat menyebabkan kasus yang parah.

3. Anatomi Fisiologi



Gambar 2.1 Anatomi sel darah (Aji, 2020)

Dalam sistem pembuluh darah, darah berfungsi sebagai cairan penting yang menjalankan berbagai tugas, seperti mengangkut oksigen, karbohidrat, dan metabolit; menjaga keseimbangan asam-basa; mengatur suhu tubuh dengan mendistribusikan panas dari otot dan hati ke seluruh tubuh; serta mengangkut hormon dari kelenjar ke organ target. Cairan berwarna merah ini memiliki warna yang bervariasi tergantung pada konsentrasi oksigen dan karbon dioksida di dalamnya. Darah tetap cair selama berada dalam pembuluh darah, tetapi akan membeku ketika berada di luar tubuh. Fungsi utama darah meliputi transportasi zat kimia, oksigen, dan nutrisi ke seluruh tubuh, membawa limbah metabolik ke organ ekskresi, mendistribusikan hormon, enzim, elektrolit, serta zat penyangga, dan menjaga keseimbangan suhu tubuh.

Darah terdiri dari dua komponen utama :

- a. Komponen padat, yaitu sel-sel darah seperti eritrosit (sel darah merah), leukosit (sel darah putih), dan trombosit (keping darah).
- b. Komponen cair, yaitu plasma darah yang mengandung berbagai zat seperti hemoglobin.

Ada tiga jenis utama sel darah, yaitu:

a. Eritrosit (sel darah merah)

Sel ini bertugas mengangkut oksigen dari paru-paru ke jaringan tubuh dan membawa karbondioksida dari jaringan ke paru-paru untuk dikeluarkan melalui sistem pernapasan. Eritrosit mengandung hemoglobin, yang bertanggung jawab mengikat oksigen.

b. Leukosit (sel darah putih)

Leukosit berfungsi sebagai pertahanan tubuh terhadap penyakit dengan proses fagositosis (memakan atau menghancurkan patogen). Leukosit memiliki inti sel dengan jumlah berkisar antara 6.000–9.000 sel/mm³ darah.

c. Trombosit (keping darah)

Keping darah berbentuk cakram kecil yang tidak berwarna dengan ukuran sekitar 2–4 mikron. Jumlah trombosit dalam darah berkisar antara 200.000–300.000/mm³. Sel ini diproduksi di sumsum tulang, paru-paru, dan limpa, dan berperan penting dalam proses pembekuan darah atau hemostasis.

Struktur utama dari sel darah terdiri atas:

a. Membran sel

Membran ini elastis dengan ketebalan sekitar 7,5–10 nm, tersusun dari protein dan lemak, dan berfungsi sebagai pengatur keluar masuknya berbagai zat ke dalam sel. Membran ini juga bertugas menjaga fungsi sel dan menerima rangsangan eksternal.

b. Plasma darah

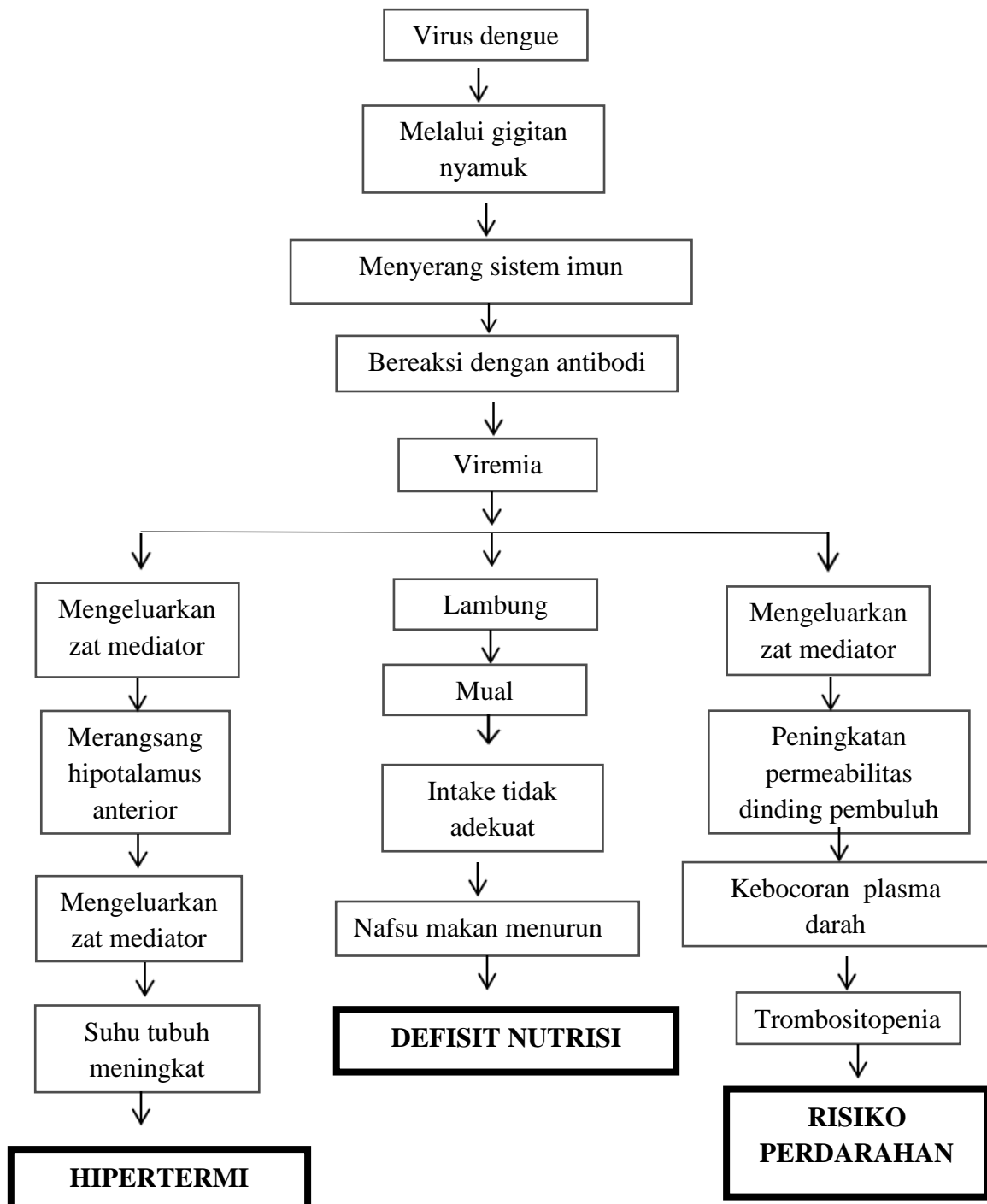
Plasma adalah cairan yang membentuk sekitar 90% dari volume plasma dan mengandung berbagai komponen seperti protein plasma, garam, mineral, nutrisi untuk sel, serta zat lain seperti hormon, vitamin, enzim, antibodi, dan antitoksin yang melindungi tubuh dari bakteri dan virus (Pujiati, 2020)

4. Patofisiologi

Menurut (Mahmud, 2020), virus masuk ke tubuh manusia melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*, menyebabkan proses viremia yang berlangsung sangat cepat. Gejala awal seperti mual, muntah, dan demam muncul selama 2 hingga 7 hari. Virus kemudian berinteraksi dengan antibodi tubuh, membentuk kompleks antigen-antibodi dalam jumlah tinggi. Dalam sirkulasi darah, sistem komplemen diaktifkan, memicu pelepasan C3 dan C5 yang menghasilkan anafilatoksin C3a dan C5a. Kedua peptida ini memicu pelepasan histamin dan mediator kuat lainnya, yang meningkatkan permeabilitas dinding pembuluh darah, sehingga plasma bocor melalui lapisan endotel pembuluh darah.

Pada hati, kondisi ini dapat menyebabkan hepatomegali, nyeri tekan, dan perdarahan saluran cerna. Kebocoran plasma dan trombositopenia biasanya terjadi pada hari keempat hingga keenam setelah demam, disertai penurunan faktor pembekuan yang memicu petekie, perdarahan gusi, hematemesis, melena, dan hematuria. Hemokonsentrasi akibat kehilangan plasma dapat menyebabkan dehidrasi, kecuali jika terjadi perdarahan berat. Terapi utama adalah penggantian cairan dengan kristaloid seperti ringer laktat atau koloid seperti gelofusine.

5. Pathway



Bagan 2.1 Pathway Demam Berdarah Dengue (DBD)

Sumber : (Vivi Alvionita & Yennysafitri, 2021)

6. Manifestasi Klinis

Menurut (Vivi Alvionita & Yennysafitri, 2021) Demam berdarah dengue adalah penyakit mirip flu berat yang dapat menyerang bayi, anak-anak, dan orang dewasa, meskipun jarang menyebabkan kematian. Penyakit ini perlu dicurigai apabila seseorang mengalami demam tinggi (sekitar 40°C / 104°F) disertai dengan dua atau lebih gejala berikut seperti sakit kepala berat, nyeri di belakang mata, nyeri otot dan sendi, mual, muntah, pembengkakan kelenjar, atau munculnya ruam. Gejala ini biasanya berlangsung selama 2-7 hari setelah masa inkubasi selama 4-10 hari pasca gigitan nyamuk yang terinfeksi.

Demam berdarah yang parah merupakan kondisi yang berpotensi mematikan akibat kebocoran plasma, akumulasi cairan, gangguan pernapasan, perdarahan berat, atau kegagalan organ. Tanda-tanda peringatan biasanya muncul 3-7 hari setelah gejala pertama, seringkali bersamaan dengan penurunan suhu tubuh di bawah 38°C (100°F). Gejala peringatan tersebut meliputi sakit perut hebat, muntah terus-menerus, napas cepat, gusi berdarah, kelelahan, kegelisahan, dan muntah darah. Masa kritis yang terjadi dalam 24-48 jam berikutnya dapat mengancam nyawa, sehingga memerlukan penanganan medis yang tepat untuk mencegah komplikasi dan kematian.

WHO mengklasifikasikan Demam Berdarah Dengue menjadi empat derajat yaitu

- a. Derajat I : Demam dengan gejala khas, uji tourniquet positif sebagai satu-satunya manifestasi perdarahan, trombositopenia, dan hemokonsentrasi.
- b. Derajat II : Gejala pada Derajat I disertai perdarahan spontan di kulit atau area lain.
- c. Derajat III : Kegagalan sirkulasi ditandai oleh nadi yang cepat dan lemah, tekanan darah turun (lebih dari 20 mmHg) atau hipotensi, kulit dingin, dan kegelisahan.

- d. Derajat IV : Kegagalan sirkulasi yang lebih parah, dengan nadi tidak teraba dan tekanan darah tidak terukur.

Gejala awal demam berdarah mirip dengan gejala demam biasa. Namun, setelah beberapa hari, penderita menjadi mudah marah, gelisah, dan berkeringat. Perdarahan juga dapat terjadi, seperti munculnya bintik-bintik kecil di kulit atau bercak darah yang lebih besar di bawah kulit. Luka ringan dapat memicu perdarahan. Syok yang terjadi dapat berujung pada kematian, namun jika penderita berhasil melewati masa kritis selama satu hari, pemulihan dapat dimulai. Tahapan gejala awal pada seseorang yang terkena penyakit ini antara lain seperti penurunan nafsu makan, demam, sakit kepala, nyeri sendi dan otot, rasa tidak nyaman secara umum, muntah dan gejala fase akutnya meliputi kegelisahan yang diikuti oleh bercak darah di bawah kulit, bintik kecil darah pada kulit, ruam menyebar (*generalized*).

7. Komplikasi

Salah satu komplikasi yang dapat dialami oleh penderita demam berdarah dengue adalah sindrom syok dengue. Kondisi ini dapat mengakibatkan ketidakseimbangan elektrolit, seperti hipokalsemia, hiponatremia, dan overhidrasi. Dampak lebih lanjutnya dapat mencakup terjadinya gagal jantung kongestif dan edema paru, yang keduanya memiliki potensi mengancam jiwa (Indah Lastri & Kurniati, 2021).

8. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang untuk mendiagnosis Demam Berdarah Dengue (DBD) menurut (Purnamawati et al., 2022) mencakup beberapa tes berikut:

- a. Tes Darah Lengkap

Tes ini bertujuan untuk menghitung jumlah komponen darah yang diperlukan dalam diagnosis demam berdarah, seperti kadar hematokrit, trombosit, dan plasma. Hasil pemeriksaan yang mengarah pada diagnosis demam berdarah dengue antara lain:

- 1) Jumlah trombosit kurang dari 150.000/mm³.
 - 2) Nilai hematokrit menurun hingga 20% dari angka normal setelah pasien menerima terapi cairan.
- b. Pemeriksaan NS1
- Tes NS1 dilakukan untuk mendeteksi keberadaan antigen virus dengue dalam tubuh. Hasil normal dari pemeriksaan ini adalah negatif (-). Tes ini sangat efektif jika dilakukan pada tahap awal infeksi, yaitu dalam 0–7 hari sejak gejala pertama muncul. Namun, setelah lebih dari 7 hari, tes ini tidak lagi direkomendasikan karena kurang akurat.
- c. Tes Serologi IgM/IgG
- Pemeriksaan ini mendeteksi antibodi yang dihasilkan tubuh akibat infeksi virus dengue, yaitu Immunoglobulin M (IgM) dan Immunoglobulin G (IgG). Jika salah satu dari antibodi ini terdeteksi dalam darah, maka kemungkinan besar pasien telah terinfeksi DBD. Tidak seperti tes NS1, antibodi ini baru terbentuk setelah infeksi berkembang, sehingga tes serologi IgM/IgG umumnya mulai efektif pada hari ke-5 setelah munculnya gejala.

9. Penatalaksanaan

- a. Penatalaksanaan Medis
 - 1) Lakukan pemeriksaan hemoglobin dan hematokrit setiap enam jam, serta pantau jumlah trombosit setiap dua belas jam.
 - 2) Berikan cairan sesuai kebutuhan, terutama jika pasien mengalami muntah terus-menerus dan tidak bisa minum.
- b. Penatalaksanaan Keperawatan menurut *World Health Organization* (WHO) (2022)
 - 1) Berikan antipiretik, seperti parasetamol, dengan dosis 3x1 tablet untuk dewasa, atau 10-15 mg/kgBB untuk anak-anak.
 - 2) Hindari konsumsi makanan yang dapat menyebabkan nyeri ulu hati atau gangguan lambung, serta tidak dianjurkan menggunakan asetosal atau ibuprofen.

- 3) Jika demam, gunakan kompres hangat dan pastikan pasien mengonsumsi cairan lebih banyak, sekitar 1-2 liter per hari, serta hindari minuman manis seperti sirup merah atau coklat.
- 4) Jika terjadi kejang, pastikan lidah tidak tergigit, jangan berikan apapun ke dalam mulut selama kejang, dan longgarkan pakaian. Jika demam berlangsung lebih dari 2-3 hari disertai gejala seperti pendarahan di bawah kulit, muntah, gelisah, dan mimisan, segera konsultasikan dengan dokter.
- 5) Berikan infus kristaloid atau koloid dengan dosis 20 ml/kgBB/jam dan berikan oksigen 2-4 liter per menit. Pantau trombosit dan hematokrit setiap 4-6 jam.

10. Pencegahan

Menurut *World Health Organization* (WHO), (2022) salah satu langkah untuk mengendalikan penyakit demam berdarah dengue adalah dengan mengendalikan populasi nyamuk *Aedes aegypti*, baik dalam bentuk nyamuk dewasa maupun jentik. Pengendalian ini dilakukan melalui program penyebaran sarang nyamuk demam berdarah.

Pemberantasan nyamuk dapat dilakukan dengan 3M: menguras, menutup, dan mengubur tempat yang berpotensi menjadi sarang nyamuk. Menguras tempat penampungan air mencegah siklus hidup nyamuk, sementara menutupnya menghilangkan tempat perindukan. Untuk mencegah demam berdarah, penting menjaga kebersihan lingkungan dan menerapkan 3M plus, yaitu tambahan upaya lain untuk menghilangkan jentik nyamuk (Rika Widianita, 2023).

B. Konsep Gangguan Rasa Nyaman

1. Definisi Gangguan Rasa Nyaman

Gangguan rasa nyaman adalah suatu kondisi dimana seseorang mengalami ketidaknyamanan baik secara fisik, psikologis, sosial, maupun lingkungan akibat suatu kondisi kesehatan atau keadaan tertentu dan gangguan ini dapat berupa rasa nyeri, kelelahan, kecemasan, mual, atau

perasaan tidak nyaman lainnya yang mengganggu kesejahteraan individu (Elvina, 2022).

Gangguan rasa nyaman adalah kondisi subjektif yang dialami pasien ketika terjadi perubahan dalam status kesehatannya, baik akibat penyakit, cedera, atau faktor lingkungan yang tidak mendukung pemulihan (A. Sari & Listiyanawati, 2023)

Jadi menurut saya gangguan rasa nyaman adalah kondisi yang sangat pribadi dan bisa dialami oleh siapa saja. Ini terjadi ketika seseorang merasa tidak nyaman, baik secara fisik, mental, atau bahkan karena lingkungan yang tidak mendukung. Kondisi ini bisa disebabkan oleh masalah kesehatan, cedera, atau faktor lain yang menghambat pemulihan. Rasa tidak nyaman ini bisa berupa nyeri, kelelahan, kecemasan, atau perasaan lainnya yang mengganggu kesejahteraan dan kualitas hidup seseorang.

2. Dimensi Rasa Nyaman

Menurut (Rokmana, 2020) teori kenyamanan dari Katharine Kolcaba, rasa nyaman itu terbagi menjadi tiga tipe dan empat konteks yang saling terkait. Ini memberikan gambaran yang lebih mendalam tentang bagaimana kita dapat memahami kenyamanan dalam konteks keperawatan dan kesehatan secara lebih holistik.

a. Tipe Kenyamanan:

1) *Relief* (Pengurangan)

Ini adalah rasa lega yang muncul ketika kebutuhan terhadap rasa nyaman terpenuhi, misalnya, ketika seseorang merasa nyerinya berkurang atau kecemasannya berkurang.

2) *Ease* (Kemudahan)

Kemudahan berkaitan dengan perasaan tenang dan bebas dari tekanan, baik itu tekanan fisik maupun mental. Ini adalah saat seseorang merasa lebih santai dan nyaman tanpa beban yang mengganggu.

3) *Transcendence* (Transendensi)

Ini adalah kemampuan seseorang untuk mengatasi rasa tidak nyaman dan bahkan melampauinya, misalnya dengan dukungan spiritual atau kekuatan batin lainnya. Ini sering terjadi ketika seseorang bisa menghadapi atau beradaptasi dengan situasi yang sulit secara positif.

b. Konteks Kenyamanan:

1) Fisik

Kenyamanan fisik berhubungan langsung dengan kondisi tubuh kita, seperti rasa nyeri, suhu, posisi tubuh yang nyaman, atau kualitas tidur yang baik. Semua faktor ini dapat mempengaruhi tingkat kenyamanan fisik seseorang.

2) Psikospiritual

Aspek ini mencakup perasaan tentang harga diri, rasa harapan, kepercayaan diri, dan kondisi spiritual. Ketika seseorang merasa dihargai dan memiliki rasa kontrol dalam hidupnya, kenyamanan psikologis mereka akan meningkat.

3) Sosiokultural

Kenyamanan sosiokultural berhubungan dengan hubungan antar individu, norma budaya, serta dukungan sosial yang diterima. Kehangatan hubungan sosial dan rasa diterima dalam komunitas dapat sangat mempengaruhi perasaan nyaman seseorang.

4) Lingkungan

Kondisi fisik di sekitar kita, seperti pencahayaan, kebersihan, kebisingan, dan suhu ruangan, juga sangat penting untuk menciptakan rasa nyaman. Lingkungan yang kondusif dapat mendukung kenyamanan dalam menjalani proses penyembuhan atau kesejahteraan secara umum.

3. Jenis-Jenis Gangguan Rasa Nyaman

Menurut (Nada & Nursanti, 2024) berdasarkan teori kenyamanan, gangguan rasa nyaman dapat muncul dalam berbagai bentuk dan dapat memengaruhi kualitas hidup seseorang, terutama saat mereka sedang dalam proses penyembuhan atau perawatan medis. Berikut adalah beberapa jenis gangguan rasa nyaman yang sering dialami pasien, yang memerlukan perhatian dan penanganan yang tepat:

a. Nyeri (Akut/Kronis)

Nyeri adalah keluhan yang paling umum dialami pasien, baik yang berasal dari penyakit itu sendiri maupun dari tindakan medis yang dilakukan. Nyeri akut biasanya muncul secara mendadak dan bersifat intens, sementara nyeri kronis berlangsung dalam jangka waktu panjang dan bisa mengganggu aktivitas sehari-hari. Nyeri bisa sangat mengganggu, baik secara fisik maupun emosional, dan dapat menurunkan kualitas hidup seseorang secara signifikan. Oleh karena itu, pengelolaan nyeri yang efektif sangat penting dalam memberikan kenyamanan pada pasien.

b. Pruritus (Gatal)

Pruritus atau rasa gatal sering terjadi pada pasien dengan gangguan kulit atau penyakit tertentu, seperti gagal ginjal. Gatal yang terus-menerus dapat mengganggu kenyamanan pasien, menyebabkan mereka merasa tidak tenang, dan bahkan mempengaruhi tidur serta kualitas hidup mereka. Pada beberapa pasien, pruritus bisa sangat parah sehingga mempengaruhi kemampuan mereka untuk beristirahat dengan nyaman, meningkatkan rasa cemas dan stres.

c. Ketidaknyamanan Emosional

Perasaan cemas, takut, atau stres adalah respons emosional yang sering dialami pasien ketika mereka didiagnosis dengan suatu penyakit atau ketika mereka berada di lingkungan rumah sakit yang asing dan penuh dengan perawatan medis. Ketidaknyamanan emosional ini bisa sangat menguras energi mental dan dapat

memperburuk kondisi fisik pasien. Pasien sering kali merasa terisolasi, tidak berdaya, atau khawatir tentang masa depan mereka, yang mempengaruhi kesejahteraan psikologis mereka.

d. Ketidaknyamanan Spiritual

Kehilangan makna hidup atau krisis iman dapat menjadi sumber ketidaknyamanan spiritual yang berat. Banyak pasien yang merasa terpuruk atau kehilangan arah hidup ketika mereka menghadapi penyakit serius atau menghadapi kematian. Proses pemulihan tidak hanya melibatkan perawatan fisik tetapi juga spiritual, di mana dukungan dari keluarga, teman, atau konselor spiritual sangat penting untuk membantu pasien menemukan kembali kedamaian dan makna hidup mereka.

e. Ketidaknyamanan karena Imobilisasi

Ketidaknyamanan ini sering terjadi pada pasien yang harus berbaring lama atau mereka yang menjalani pemulihan setelah operasi. Imobilisasi dalam waktu lama, seperti tirah baring yang berkepanjangan, dapat menyebabkan rasa sakit pada tubuh, ketegangan otot, dan bahkan komplikasi seperti luka dekubitus (luka karena tekanan). Ketidaknyamanan ini juga bisa menyebabkan pasien merasa frustrasi dan cemas karena terbatasnya kemampuan mereka untuk bergerak dan beraktivitas secara normal.

f. Sensasi Tidak Menyenangkan Lainnya

Selain nyeri dan gatal, pasien sering kali mengalami sensasi tidak menyenangkan lainnya seperti mual, muntah, kedinginan, demam, atau kesulitan tidur. Sensasi-sensasi ini bisa sangat mengganggu, baik fisik maupun mental, dan mengurangi kenyamanan pasien secara keseluruhan. Misalnya, mual dan muntah sering kali terjadi pada pasien yang sedang menjalani kemoterapi, sementara demam dan kedinginan bisa menjadi indikasi adanya infeksi atau reaksi terhadap pengobatan.

Ketika gangguan rasa nyaman ini tidak ditangani dengan baik, dampaknya bisa sangat besar, mempengaruhi proses penyembuhan, kualitas hidup, dan kesejahteraan pasien secara keseluruhan. Oleh karena itu, penting bagi tenaga medis untuk memperhatikan berbagai aspek kenyamanan pasien, baik fisik, emosional, spiritual, maupun sosial, untuk memberikan perawatan yang lebih holistik dan mendalam.

C. Konsep Teori *Comfort* Katharine Kolcaba

1. Biografi Katharine Kolcaba



Gambar 2.2 Katharine Kolcaba

Sumber : (Wirastri et al., 2020)

Katharine Kolcaba, yang terlahir dengan nama Arnold Kathrine pada 8 Desember 1944 di Cleveland, Ohio, memiliki perjalanan karier yang menarik dan penuh dedikasi dalam dunia keperawatan. Pada tahun 1965, Kolcaba menyelesaikan diploma keperawatan, dan pada tahun 1987, ia lulus dari program RN ke MSN di Sekolah Perawat Frances Payne Bolton, Universitas Case Western Reserve, dengan spesialisasi di bidang gerontologi (Nada & Nursanti, 2024).

Sebelum kembali ke sekolah, Kolcaba memiliki pengalaman klinis yang cukup beragam, termasuk perawatan medis bedah, perawatan jangka panjang, dan perawatan di rumah. Selama terdaftar dalam program RN ke MSN, ia juga bekerja sebagai kepala perawat di unit demensia, yang memberikan banyak inspirasi bagi teorinya tentang kenyamanan dalam

perawatan pasien. Karier Kolcaba terus berkembang, dan setelah meraih gelar masternya, ia mendapat posisi di Fakultas Sekolah Tinggi Keperawatan Universitas Akron. Ia kemudian melanjutkan pendidikan ke jenjang doktoral di Universitas Case Western Reserve, dengan fokus pada konsep kenyamanan. Pada masa itu, Kolcaba tidak hanya mendalami konsep kenyamanan, tetapi juga menerbitkan berbagai analisis tentangnya, serta membuat diagram yang menggambarkan aspek-aspek kenyamanan. Ia mengoperasikan kenyamanan sebagai hasil dari perawatan yang diberikan kepada pasien

Konsep kenyamanan yang dikembangkan Kolcaba dikenal dengan sebutan *comfort theory* dan diuji dalam berbagai studi intervensi, seperti yang dilakukan Kolcaba & Fox pada 1999. Dalam bukunya, Kolcaba mengkontekstualisasikan kenyamanan sebagai teori kelas menengah yang bisa diterapkan dalam praktik keperawatan sehari-hari. Kolcaba bahkan mendirikan sebuah perusahaan bernama *Comfort Line* yang membantu organisasi layanan kesehatan untuk menerapkan konsep kenyamanan dalam perawatan mereka. Ia juga terus mengajar teori kenyamanan ini kepada mahasiswa keperawatan secara paruh waktu di Universitas Akron, tempatnya sekarang menjadi profesor keperawatan emeritus.

Kolcaba mengembangkan gagasan tentang tiga jenis kenyamanan, yaitu:

- a. Kelegaan (*Relief*): Ketika pasien merasakan pengurangan dari ketidaknyamanan, seperti rasa sakit atau kecemasan.
- b. Kemudahan (*Ease*): Ketika pasien merasa tenang, tenteram, dan bebas dari tekanan fisik maupun mental.
- c. Pembaruan (*Transcendence*): Keadaan dimana pasien mampu mengatasi atau melampaui rasa tidak nyaman, bahkan dengan bantuan dukungan spiritual.

Kolcaba terinspirasi oleh teori-teori dari beberapa ahli sebelumnya. Orlando (1961) mengusulkan bahwa perawat seharusnya dapat membantu meringankan kebutuhan yang diungkapkan oleh pasien, sedangkan

Henderson menggambarkan 14 fungsi dasar manusia yang perlu dipertahankan selama perawatan. Pembaruan, menurut Kolcaba, adalah keadaan dimana pasien dapat mengatasi rasa sakit atau masalah mereka, sebuah konsep yang juga diperkenalkan oleh Paterson dan Zderad pada tahun 1975. Kolcaba kemudian mengganti istilah "pembaruan" dengan istilah "transendensi" agar lebih sesuai dengan konsep yang telah lebih dulu dikenal dalam literatur keperawatan oleh Paterson dan Zderad.

Kontribusi Kolcaba terhadap dunia keperawatan dan teori kenyamanan memberikan dampak yang signifikan dalam bagaimana perawatan kesehatan dilakukan, dengan fokus yang lebih besar pada kesejahteraan fisik, emosional, dan spiritual pasien. Teorinya telah memperkaya pendekatan perawatan holistik yang lebih mendalam dan menyeluruh.

2. Asumsi Teori Kolcaba

Teori kenyamanan yang dikembangkan oleh Katharine Kolcaba pada tahun 1990 termasuk dalam kategori *middle range theory* karena memiliki cakupan konsep yang terbatas, tingkat abstraksi yang rendah, serta mudah diaplikasikan dalam praktik keperawatan. Inti dari teori ini adalah bahwa kenyamanan merupakan kebutuhan dasar bagi semua manusia, baik dalam kondisi sakit maupun sehat. Dalam praktik keperawatan, kenyamanan dipandang sebagai hasil akhir dari intervensi terapeutik yang diberikan oleh perawat kepada pasien (Sari et al., 2022).

Sementara itu (Tafui, 2022) menjelaskan bahwa menurut Kolcaba, kenyamanan bukan hanya tentang rasa aman atau tenang secara fisik, tapi juga mencakup aspek emosional dan psikologis. Meski awalnya berkaitan dengan kenyamanan dalam lingkungan kerja (ergonomi), makna kenyamanan dalam konteks keperawatan lebih luas dan dapat dilihat dari berbagai sudut pandang sebagai tindakan, kondisi, sifat, proses, bahkan sebagai hasil akhir dari suatu intervensi.

Lebih lanjut, menguraikan beberapa asumsi dasar dari teori kenyamanan Kolcaba:

- a. Setiap individu merespons rangsangan yang kompleks secara holistik, yaitu melibatkan seluruh aspek dirinya.
- b. Kenyamanan merupakan hasil holistik yang diinginkan oleh semua orang, dan hal ini sejalan dengan tujuan utama dari praktik keperawatan.
- c. Kenyamanan adalah kebutuhan mendasar yang harus diusahakan dan dipenuhi oleh setiap orang, bukan sesuatu yang datang begitu saja.
- d. Ketika seseorang mencapai kenyamanan, hal itu akan memperkuat dirinya, termasuk dalam membentuk kesadaran terhadap kondisi kesehatannya.
- e. Pasien yang memiliki kesadaran tinggi terhadap kesehatannya biasanya juga merasa puas terhadap layanan keperawatan yang diterimanya.
- f. Kualitas dan integritas suatu institusi keperawatan ditentukan oleh seberapa besar orientasi nilai dari perawat dalam memberikan asuhan. Hal ini sejalan dengan pentingnya promosi kesehatan, pendekatan holistik, serta keterlibatan keluarga dalam proses perawatan.

3. Konsep teori

Menurut (Sari et al., 2022) ada beberapa konsep kunci dalam teori kenyamanan Kolcaba yang penting untuk dipahami dalam praktik keperawatan, yaitu:

- a. **Kebutuhan Perawatan Kesehatan**
Kebutuhan akan kenyamanan biasanya muncul dari kondisi stres yang dialami seseorang selama proses perawatan, apalagi jika sistem dukungan tradisional yang biasa digunakan tidak memadai. Kebutuhan ini bisa meliputi aspek fisiologis, psikologis, spiritual, sosial, budaya, hingga lingkungan. Untuk mengenali kebutuhan ini, perawat bisa menggunakan berbagai cara, seperti observasi, mendengarkan laporan verbal dan nonverbal pasien, konsultasi, serta melakukan intervensi yang tepat.
- b. **Intervensi untuk Meningkatkan Kenyamanan**

Ini adalah tindakan atau upaya keperawatan yang secara langsung ditujukan untuk membantu pasien merasa lebih nyaman. Intervensi ini bisa meliputi aspek fisik, sosial, budaya, ekonomi, psikologis, spiritual, hingga lingkungan. Contoh nyata dari intervensi yang sudah diteliti oleh Kolcaba antara lain:

- 1) *Guided imagery* untuk pasien gangguan jiwa,
- 2) Terapi sentuhan (*healing touch*) untuk meredakan stres,
- 3) Pijatan tangan untuk pasien yang dirawat lama,
- 4) Penggunaan pakaian hangat yang suhunya bisa diatur bagi pasien yang akan menjalani operasi agar lebih rileks dan nyaman

c. Variabel yang Mempengaruhi Kenyamanan

Setiap pasien punya pengalaman dan latar belakang berbeda yang memengaruhi bagaimana mereka merasakan kenyamanan. Faktor-faktor seperti usia, kondisi emosional, pengalaman masa lalu, budaya, sistem dukungan yang dimiliki, kondisi ekonomi, pendidikan, hingga harapan terhadap kesembuhan semuanya bisa mempengaruhi persepsi seseorang terhadap kenyamanan yang diberikan.

d. Perilaku Mencari Bantuan (*Health Seeking Behavior*)

Ini merujuk pada respons pasien terhadap kondisi kesehatannya, di mana mereka aktif mencari informasi atau bantuan dari perawat atau tenaga kesehatan lainnya. Perilaku ini menunjukkan bahwa pasien menyadari pentingnya menjaga kesehatan dan percaya pada dukungan dari petugas kesehatan.

e. Integritas Institusi

Konsep ini mencakup bagaimana institusi seperti rumah sakit, sekolah, komunitas, bahkan negara menunjukkan nilai-nilai etika dan integritas dalam sistem pelayanannya. Ketika sebuah institusi memiliki integritas, maka mereka dapat menciptakan kebijakan dan praktik keperawatan yang berfokus pada kenyamanan dan kebutuhan penerima asuhan.

D. Konsep *Health Education* Metode *Comfort* Katharine Kolcaba Pada Pasien Demam Berdarah Dengue (DBD)

1. Pengertian *Health Education*

Health education atau pendidikan kesehatan adalah suatu proses terencana yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran, dan sikap individu maupun kelompok dalam menjaga, memelihara, dan meningkatkan status kesehatannya (R. K. Sari et al., 2022).

Health education adalah suatu bentuk intervensi keperawatan yang bertujuan untuk membantu individu dan masyarakat memperoleh pemahaman yang lebih baik mengenai kondisi kesehatan mereka, serta memberikan keterampilan yang dibutuhkan untuk melakukan tindakan pencegahan, perawatan, dan peningkatan kualitas hidup. Proses ini melibatkan komunikasi yang efektif, penggunaan media edukatif, dan pendekatan yang disesuaikan dengan karakteristik serta kebutuhan penerima informasi (Santi, 2020). Dalam penanganan kasus DBD, *health education* menjadi sarana penting untuk menanamkan kesadaran kolektif tentang pentingnya kebersihan lingkungan, pengendalian vektor nyamuk, serta deteksi dan penanganan dini gejala penyakit (Rokmana, 2020)

2. Tujuan

Penerapan pendidikan kesehatan dengan pendekatan kenyamanan ini memiliki beberapa tujuan, yaitu:

- a. Membantu pasien dan keluarga memahami kondisi dbd serta proses perawatannya secara jelas.
- b. Mengurangi rasa tidak nyaman fisik seperti demam, nyeri, atau tubuh lemas.
- c. Menenangkan perasaan pasien yang mungkin takut, cemas, atau khawatir dengan penyakit dan suasana rumah sakit.
- d. Meningkatkan rasa percaya diri pasien dalam menjalani pengobatan.

- e. Mengajak pasien dan keluarga terlibat aktif dalam proses perawatan, sehingga mereka merasa lebih memiliki kendali terhadap kesehatannya.

3. Indikasi Dan Kontraindikasi

a. Indikasi

Pendidikan kesehatan dengan metode Kolcaba cocok diberikan kepada:

- 1) Pasien DBD yang merasa tidak nyaman, baik karena gejala fisik maupun tekanan psikologis.
- 2) Pasien yang menunjukkan tanda-tanda kecemasan, atau belum memahami sepenuhnya kondisi yang dialami.
- 3) Pasien yang dalam kondisi sadar dan dapat berkomunikasi.
- 4) Keluarga yang membutuhkan informasi dan dukungan dalam mendampingi pasien selama sakit.

b. Kontraindikasi

Namun, tidak semua kondisi memungkinkan pendekatan ini diterapkan. Misalnya:

- 1) Pasien dalam keadaan tidak sadar atau koma.
- 2) Pasien yang sedang berada dalam kondisi kritis dan memerlukan penanganan medis darurat.
- 3) Pasien dengan gangguan kejiwaan berat yang membuat komunikasi tidak memungkinkan.
- 4) Jika pasien atau keluarganya belum siap secara mental untuk menerima informasi atau edukasi saat itu, maka pendekatan ini sebaiknya ditunda hingga waktu yang tepat.

E. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan dimulai dengan pengumpulan data dasar yang akurat melalui proses pengkajian. Setelah itu, dilakukan penegakan diagnosis keperawatan dan penyusunan rencana tindakan (intervensi) sebagai pedoman untuk pelaksanaan tindakan keperawatan (implementasi). Langkah terakhir

dalam proses asuhan keperawatan adalah evaluasi untuk menilai sejauh mana keberhasilan asuhan keperawatan yang telah diberikan.

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan menurut Aji (2020) pengkajian meliputi :

a. Identitas Klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, alamat, no. rekam medis, diagnosis medis

b. Riwayat Keperawatan

1) Keluhan Utama

Demam tinggi dan mendadak, perdarahan (petekie, ekimosis, purpura pada ekstremitas atas, dada, epistaksis, perdarahan gusi), kadang-kadang disertai kejang dan penurunan kesadaran.

2) Riwayat Penyakit Sekarang

Badan panas, suhu tubuh tinggi secara mendadak dalam waktu 2-7 hari, terdapat bintik merah pada ekstremitas dan dada, selaput mukosa mulut kering, epistaksis, gusi berdarah, pembesaran hepar, kadang disertai kejang dan penurunan kesadaran.

3) Riwayat Penyakit Dahulu

Apakah pernah menderita DBD, malnutrisi.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Apakah ada keluarga yang terserang DBD.

5) Riwayat Kesehatan Lingkungan

Apakah lingkungan tempat tinggal sedang terserang wabah DBD.

c. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik menurut Pertiwi, (2022) meliputi :

1) Keadaan Umum dan Tanda Vital

Tanda-tanda vital yang menunjukkan penurunan kesadaran, kejang, kelemahan, demam tinggi, nadi cepat dan lemah, sesak napas, serta tekanan darah rendah (sistolik <80 mmHg).

2) **Sistem Tubuh**

a) **Pernapasan**

Pada derajat 1 dan 2, jarang ada gangguan pernapasan, kecuali derajat 3 dan 4 yang sering disertai sesak napas. Pemeriksaan fisik menunjukkan batuk, pharingitis, dan suara napas tambahan pada derajat 1 dan 2. Pada derajat 3 dan 4, napas dangkal dan cepat dengan penurunan kesadaran.

b) **Kardiovaskuler**

Derajat 1 dan 2 ditandai dengan demam tinggi, lemah, pusing, mual, muntah, dan uji tourniquet positif. Derajat 3 dan 4 menunjukkan penurunan kesadaran, nadi cepat, hipotensi, dan tanda-tanda perdarahan.

c) **Persarafan**

Pada derajat 1 dan 2, pasien gelisah dan cengeng karena demam. Pada derajat 3 dan 4, terjadi penurunan kesadaran, gelisah, dan perubahan reflek

d) **Perkemihan**

Pada derajat 3 dan 4, produksi urin menurun (oliguria/anuria) dan urin berwarna coklat tua.

e) **Pencernaan**

Pada derajat 1 dan 2, pasien mengeluh mual, muntah, dan sakit menelan. Pada derajat 3 dan 4, terjadi pembesaran hati, nyeri tekan, dan hematemesis.

f) **Muskuloskeletal**

Pada derajat 1 dan 2, keluhan nyeri otot, sendi, dan punggung, dengan kulit panas dan wajah merah. Pada derajat 3 dan 4, terjadi kekakuan otot, kelemahan, bahkan kelumpuhan.

d. Pola Persepsi Fungsional Kesehatan

1) Pola Nutrisi dan Metabolik

Gejala : Nafsu makan berkurang, mual, muntah, haus, dan sakit saat menelan.

Tanda : Mulut kering, perdarahan pada gusi, lidah kotor, nyeri tekan di ulu hati.

2) Pola Eliminasi

Tanda: Konstipasi, berkurangnya frekuensi buang air kecil, melena, hematuria.

3) Pola Aktivitas dan Latihan

Gejala : Kelemahan.

Tanda : Dispnea, pola nafas tidak efektif akibat efusi pleura.

4) Pola Istirahat dan Tidur

Gejala : Kelelahan, kesulitan tidur karena demam, panas, atau menggigil.

Tanda : Nadi cepat dan lemah, dispnea, sesak akibat efusi pleura, nyeri epigastrik, nyeri otot dan sendi.

5) Pola Persepsi Sensorik dan Kognitif

Gejala : Nyeri di ulu hati, nyeri otot dan sendi, pegal-pegal di seluruh tubuh.

Tanda : Cemas dan gelisah.

6) Pola Persepsi Diri dan Konsep Diri

Tanda : Ansietas, ketakutan, dan gelisah.

7) Sirkulasi

Gejala : Sakit kepala atau pusing, gelisah.

Tanda : Nadi cepat dan lemah, hipotensi, ekstremitas dingin, dispnea, perdarahan nyata (epistaksis, melena, hematuri), peningkatan hematokrit lebih dari 20%, trombosit kurang dari 100.000/mm.

8) Keamanan

Gejala : Penurunan daya tahan tubuh.

9) Kebersihan

Tanda : Kurangnya upaya keluarga dalam menjaga kebersihan diri dan lingkungan, terutama dalam membersihkan tempat sarang nyamuk *Aedes aegypti*.

e. Sistem integumen

- 1) Adanya petechiae pada kulit, turgor kulit menurun, muncul keringat dingin dan lembab
- 2) Ada atau tidak sianosis di kuku
- 3) Kepala dan leher : kepala terasa nyeri
- 4) Wajah : tampak kemerahan karena demam,
- 5) Mata : anemis
- 6) Hidung : kadang mengalami perdarahan atau epistaksis pada grade II, III, IV.
- 7) Mulut : pada mulut didapatkan mukosa mulut kering, terjadi perdarahan gusi dan adanya nyeri telan, sementara tenggorokan mengalami hyperemia pharing.
- 8) Telinga : terjadi pendarahan di telinga (pada grade II, III, IV)
- 9) Dada : bentuk simetris dan terkadang mengalami sesak di dada. Pada hasil photo thorax terdapat cairan paru yang tertimbun pada paru disebelah kanan (efusi pleura), ronchi (+), hal itu biasa terdapat pada grade III dan IV.
- 10) Abdomen : sering terjadi nyeri tekan dan pembesaran hati atau hepatomegali dan asites
- 11) Ekstremitas : yang dapat dirasakan oleh pasien yaitu dingin serta adanya nyeri sendi, otot dan tulang.

f. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium menurut Lestari (2021) pasien demam berdarah dengue saat dilakukan pemeriksaan darah dijumpai :

1) Hematologi

a) Trombosit

Pemeriksaan trombosit biasanya dilakukan pada hari ke 3-7 sakit. Pemeriksaan trombosit diperlukan pengecekan ulang setiap 4-6 jam sampai terbukti bahwa jumlah trombosit dalam batas yang normal atau kondisi klinis penderita sudah membaik

b) Hematokrit

Penilaian hematokrit digunakan sebagai indikator terjadinya pembesaran pada plasma jika hematokrit mengalami peningkatan 20% misalnya nilai hematokrit 35% menjadi 42% ini mencerminkan adanya peningkatan permeabilitas kapiler dan pembesaran pada plasma.

2) Pemeriksaan radiologi

Radiologi digunakan untuk mendeteksi adanya efusi pleura letaknya pada paru kanan.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian kritis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan (DPP PPNI, 2016).

- a. Gangguan rasa nyaman b.d. Gejala penyakit
- b. Hipertermi b. d. Proses Penyakit
- c. Nyeri Akut b. d. Agen pencedera Fisik
- d. Defisit nutrisi b. d. Ketidakmampuan menelan makanan

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilain klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan klien, individu, keluarga dan komunitas (DPP, PPNI 2018).

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan SDKI	Perencanaan keperawatan					Intervensi Keperawatan SIKI	
		Luaran keperawatan SLKI						
1	Gangguan Rasa Nyaman (D.0074) Definisi : Perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial. Gangguan Rasa Nyaman (D.0074) berhubungan dengan gejala penyakit, kurang pengendalian situasional/lingkungan, ketidakadekuatan sumber daya (mis.dukunagan finansial, sosial dan pengetahuan), kurangnya privasi, gangguan stimulus lingkungan, efek samping terapi (mis. Medikasi,	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x dalam 24 jam diharapkan status kenyamanan meningkat dengan Kriteria Hasil : Status Kenyamanan (L.08064)					Intervensi Utama : Manajemen Nyeri (I.02067) Observasi : 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri	
			Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat		Meningkat
		1. Kesejahteraan fiik	1	2	3	4		5
		2. Kesejahteraan psikologis	1	2	3	4		5
		3. Dukungan sosial dari keluarga	1	2	3	4		5
		4. Dukungan sosial dari teman	1	2	3	4		5
		5. Perawatan sesuai keyakinan budaya	1	2	3	4		5
		6. Perawatan sesuai kebutuhan	1	2	3	4		5
		7. Kebebasan melakukan ibadah	1	2	3	4		5
		8. Rileks	1	2	3	4		5

No	Diagnosa keperawatan SDKI	Perencanaan keperawatan					Intervensi Keperawatan SIKI	
		Luaran keperawatan SLKI						
		Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun		
	radiasi, kemoterapi), gangguan adaptasi kehamilan. Gejala dan tanda mayor : Subjektif : 1. Mengeluh tidak nyaman Objektif : 1. Gelisah Gejala dan tanda minor : Subjektif : 1. Mengeluh sulit tidur 2. Tidak mampu rileks 3. Mengeluh kedinginan/kepanasan 4. Merasa gatal 5. Mengeluh mual 6. Mengeluh lelah Objektif: 1. Menunjukkan gejala distres 2. Tampak merintih/menangis 3. Pola eliminasi berubah 4. Postur tubuh berubah Kondisi klinis terkait 1. Penyakit kronis 2. Keganasan 3. Distres psikologis 4. Kehamilan	9. Keluhan tidak nyaman	1	2	3	4	5	6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik : 10. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurasngi rasa nyeri (mis.TENS, hipnosis akupresur, terapi musik, <i>biofeedback</i> , terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin,terapi bermain)
		10. Gelisah	1	2	3	4	5	
		11. Kebisingan	1	2	3	4	5	
		12. Keluhan sulit tidur	1	2	3	4	5	
		13. Keluhan kedinginan	1	2	3	4	5	
		14. Keluhan kepanasan	1	2	3	4	5	
		15. Gatal	1	2	3	4	5	
		16. Mual	1	2	3	4	5	
		17. Lelah	1	2	3	4	5	
		18. Merintih	1	2	3	4	5	
		19. Menangis	1	2	3	4	5	
		20. Iritabilitas	1	2	3	4	5	
		21. Menyalahkan diri sendiri	1	2	3	4	5	
		22. Konfusi	1	2	3	4	5	
		23. Konsumsi alkohol	1	2	3	4	5	
		24. Penggunaan zat	1	2	3	4	5	
		25. Percobaan bunuh diri	1	2	3	4	5	
			Memburuk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup Membaik	Membaik	
		26. Memori masa lalu	1	2	3	4	5	
		27. Suhu ruangan	1	2	3	4	5	
		28. Pola eliminasi	1	2	3	4	5	
		29. Postur tubuh	1	2	3	4	5	

No	Diagnosa keperawatan SDKI	Perencanaan keperawatan					Intervensi Keperawatan SIKI	
		Luaran keperawatan SLKI						
		30. Kewaspadaan	1	2	3	4		5
		30. Kewaspadaan	1	2	3	4	5	11. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 12. Fasilitasi istirahat dan tidur 13. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi : 14. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 15. Jelaskan strategi meredakan nyeri 16. Jelaskan tentang pendekatan metode <i>comfort</i> (kenyamanan) Katharine Kolcaba 17. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 18. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
		31. Pola hidup	1	2	3	4	5	
		32. Pola tidur	1	2	3	4	5	

No	Diagnosa keperawatan SDKI	Perencanaan keperawatan							
		Luaran keperawatan SLKI					Intervensi Keperawatan SIKI		
							19. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi : 20. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu		
2.	<p>Hipertermia (D.0130)</p> <p>Definisi : Suhu tubuh meningkat di atas rentang normal tubuh.</p> <p>Hipertermia (D.1030) berhubungan dengan Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, proses penyakit (mis. infeksi, kanker), ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan, peningkatan laju metabolisme, respon trauma, aktivitas berlebihan, penggunaan inkubator.</p> <p>Gejala Dan Tanda Mayor : Subjektif : - Objektif :</p>	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x dalam 24 jam diharapkan Termoregulasi membaik dengan</p> <p>Kriteria Hasil : Termoregulasi (L.14134)</p>	<p>Meningkat</p>	<p>Cukup meningkat</p>	<p>sedang</p>	<p>Cukup menurun</p>	<p>Menurun</p>	<p>Intrvensi Utama : Manajemen Hipertermia (I.15506)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab hipertermi (mis. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator) 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor kadar elektrolit 4. Monitor haluaran urin 5. Monitor komplikasi akibat hipertermia <p>Teraupetik :</p>	
		1. Menggigil	1	2	3	4	5		
		2. Kulit Merah	1	2	3	4	5		
		3. Kejang	1	2	3	4	5		
		4. Akrosianosis	1	2	3	4	5		
		5. Konsumsi Oksigen	1	2	3	4	5		
		6. Pilonoreksi	1	2	3	4	5		
		7. Vaskonstriksi Perifer	1	2	3	4	5		
		8. Kutis Memorata	1	2	3	4	5		
		9. Pucat	1	2	3	4	5		
		10. Takikardi	1	2	3	4	5		
		11. Takipnea	1	2	3	4	5		
		12. Bradikardi	1	2	3	4	5		
		13. Dasar Kuku Sianolik	1	2	3	4	5		

No	Diagnosa keperawatan SDKI	Perencanaan keperawatan					Intervensi Keperawatan SIKI
		Luaran keperawatan SLKI					
		1	2	3	4	5	
1. Suhu tubuh diatas nilai normal Gejala Dan Tanda Minor : Subjektif : - Objektif : 1. Kulit merah 2. Kejang 3. Takikardi 4. Takipnea 5. Kulit terasa hangat Kondisi Klinis terkait 1. Proses infeksi 2. Hipertiroid 3. Stroke 4. Dehidrasi 5. Trauma 6. Prematuritas	14. Hipoksia	Memburuk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup Membaik	Membaik	6. Sediakan lingkungan yang dingin 7. Longgarkan atau lepaskan pakaian 8. Basahi dan kipasi permukaan tubuh 9. Berikan cairan oral 10. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih) 11. Lakukan pendinginan eksternal (mis. Selimut hipotermia, atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila) 12. Hindari pemberian antipiretik atau aspirin 13. berikan oksigen, jika perlu Edukasi : 14. Anjurkan tirah baring Kolaborasi :
	15. Suhu Tubuh	1	2	3	4	5	
	16. Suhu Kulit	1	2	3	4	5	
	17. Kadar Glukosa Darah	1	2	3	4	5	
	18. Pengisian Kapiler	1	2	3	4	5	
	19. Ventilasi	1	2	3	4	5	
	20. Tekanan Darah	1	2	3	4	5	

No	Diagnosa keperawatan SDKI	Perencanaan keperawatan						
		Luaran keperawatan SLKI					Intervensi Keperawatan SIKI	
							15. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu	
3	<p>Defisiti Nutrisi (D.0019) Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme</p> <p>Defisiti Nutrisi (D.0019) berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, ketidakmampuan mencerna makanan, ketidakmampuan mengabsorpsi nutrien, peningkatan kebutuhan metabolisme, faktor ekonomi (mis. finansial tidak mencukupi), faktor psikologis (mis. stres, keengganan untuk makan).</p> <p>Gejala Dan Tanda Mayor : Subjektif : - Objektif :</p>	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x dalam 24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan</p> <p>Kriteria Hasil : Status Nutrisi (L.03030)</p>					<p>Intervensi Utama Manajemen Nutrisi (I.03119)</p> <p>Observasi :</p> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan	
			Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat		Meningkat
		1. Porsi makanan yang dihabiskan	1	2	3	4		5
		2. Kekuatan otot penguyah	1	2	3	4		5
		3. Kekuatan otot menelan	1	2	3	4		5
		4. Serum albumin	1	2	3	4		5
		5. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi	1	2	3	4		5
		6. Pengetahuan tentang pilihan makan yang sehat	1	2	3	4		5
7. Pengetahuan tentang pilihan	1	2	3	4	5			

No	Diagnosa keperawatan SDKI	Perencanaan keperawatan					Intervensi Keperawatan SIKI
		Luaran keperawatan SLKI					
<p>1. Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal</p> <p>Gejala Dan Tanda Minor :</p> <p>Subjektif :</p> <p>1. Cepat kenyang setelah makan</p> <p>2. Kram/nyeri abdomen</p> <p>3. Nafsu makan menurun</p> <p>Objektif :</p> <p>1. Bising usus hiperaktif</p> <p>2. Otot pengunyah lemah</p> <p>3. Otot menelan lemah</p> <p>4. Membran mukosa pucat</p> <p>5. Sariawan</p> <p>6. Serum albumin turun</p> <p>7. Rambut rontok berlebihan</p> <p>8. Diare</p>	minuman yang tepat						<p>8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</p> <p>Teraupetik :</p> <p>9. Lakukan <i>oral hygiene</i> sebelum makan, jika perlu</p> <p>10. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan)</p> <p>11. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</p> <p>12. Berikan makanan tinggi serat agar mencegah konstipasi</p> <p>13. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</p> <p>14. Berikan suplemen makanan, jika perlu</p> <p>15. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi</p>
	8. Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat	1	2	3	4	5	
	9. Penyiapan dan penyimpanan makanan yang aman	1	2	3	4	5	
	10. Penyiapan dan penyimpanan minuman yang aman	1	2	3	4	5	
	11. Sikap terhadap makanan/minuman sesuai dengan tujuan kesehatan	1	2	3	4	5	
		Meningkat	Cukup Meningkatkan	Sedang	Cukup Menurun	Menurun	
	12. Perasaan cepat kenyang	1	2	3	4	5	
	13. Nyeri abdomen	1	2	3	4	5	
	14. Sariawan	1	2	3	4	5	
	15. Rambut rontok	1	2	3	4	5	
	16. Diare	1	2	3	4	5	
		Memburuk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup Membaik	Membaik	
	17. Berat badan	1	2	3	4	5	

No	Diagnosa keperawatan SDKI	Perencanaan keperawatan					Intervensi Keperawatan SIKI	
		Luaran keperawatan SLKI						
		1	2	3	4	5		
		18. Indeks Massa Tubuh (IMT)	1	2	3	4	5	Edukasi : 16. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 17. Ajarkan diet yang diprogramkan kolaborasi : 18. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antilemetik), jika perlu 19. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu
		19. frekuensi makan	1	2	3	4	5	
		20. Nafsu makan	1	2	3	4	5	
		21. Bising usus	1	2	3	4	5	
		22. Tebal lipatan kulit	1	2	3	4	5	
		23. Membran mukosa	1	2	3	4	5	

4. Implementasi Keperawatan

Menurut (Aliyah, 2023) implementasi adalah tindakan yang harus diambil untuk melaksanakan intervensi yang telah ditentukan sebelumnya, penatalaksanaan dapat dilakukan secara mandiri, melalui observasi, edukasi dan bekerja sama dengan tenaga medis lainnya.

5. Evaluasi Keperawatan

Menurut (Lestari, 2021) langkah terakhir dalam proses keperawatan adalah evaluasi, merupakan proses yang dilakukan untuk mengetahui sejauh mana tujuan rencana keperawatan tercapai. Dilakukan dengan membandingkan hasil akhir yang teramati dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat dalam rencana keperawatan. Hasil-hasil ini akan menentukan asuhan yang diberikan kepada pasien berhasil mengatasi masalah tersebut atau apakah asuhan tersebut akan berlanjut sepanjang siklus proses keperawatan sampai masalah pasien benar-benar terselesaikan.

Evaluasi mempunyai komponen yaitu :

- a. S : Artinya data subjektif yang isinya tentang keluhan klien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan
- b. O : Artinya data subjektif yang isinya berdasarkan hasil pengukuran atau hasil observasi langsung kepada klien.
- c. A : Artinya analisis yang isinya hasil interpretasi dari data subjektif dan data objektif. Analisa merupakan suatu masalah atau diagnosa keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi dari data subjektif dan data objektif.
- d. P : Artinya planning yang isinya perencanaan yang akan dilanjutkan, dihentikan, modifikasi atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya .

F. Evidence Based Nursing Practice

1. *Evidence based nursing practice health education metode comfort katherine kolcaba terhadap gangguan rasa nyaman pada pasien demam berdarah dengue yang dilakukan proses penjelasan dengan metode PICOT, oleh karena itu saya sebagai peneliti perlu untuk memberi penjelasan tentang seluruh artikel yang menjadi acuan intervensi yang dilakukan. Artikel tersebut dapat dijabarkan pada tabel dibawah ini :*

Tabel 2.2 Evidence Based Nursing Practice

No	Populasi	Intervensi	Comparison	Outcome	Time	Judul
1.	1 orang responden penderita DBD	Pengaplikasian teori katherine kolcaba pada kasus keperawatan		Peningkatan tingkat kenyamanan responden	Intervensi dilakukan selama 3 hari	Judul : Perawatan klien <i>dengue hemorrhagic fever</i> (DHF) dengan masalah hipertermi berbasis teori kenyamanan kolcaba Author : Erna Hadiat Rokmana Jurnal :
2.	pasien anak dan dewasa yang didiagnosis dengan DBD dan mengalami gangguan kenyamanan, seperti demam tinggi, mual, muntah, dan kelemahan umum.	Penerapan edukasi kesehatan berdasarkan Teori Kenyamanan Katharine Kolcaba		Peningkatan tingkat kenyamanan pasien yang diukur melalui penurunan gejala fisik (seperti demam dan mual), peningkatan kesejahteraan emosional, dan kepuasan pasien terhadap perawatan yang diterima	Selama masa perawatan pasien di rumah sakit, biasanya 3-7 hari.	Judul : Pengaplikasian teori Katherine Kolcaba pada kasus keperawatan <i>Application Of Katherine Kolcaba's Theory To Nursing Cases</i> Author :

No	Populasi	Intervensi	Comparison	Outcome	Time	Judul
						Nada Depira Elza Nursanti Jurnal:
3.	1 pasien anak penderita DBD	Mengaplikasikan teori kenyamanan pada pasien DBD		Kenyamanan pasien meningkat	Perawatan dilakukan selama 4 hari di Rumah Sakit	Judul : Aplikasi Teori Kenyamanan Pada Asuhan keperawatan Anak Author : Herlina Jurnal :
4	1 orang pasien dengan demam berdarah dengue	Melakukan asuhan keperawatan dengan pendekatan teori kenyamanan		Ketidaknyamanan pasien akibat hipertermi berkurang	Intervensi dilakukan selama 3 hari	Judul : Asuhan keperawatan pada an. M.r dengan demam berdarah dengue menggunakan pendekatan teori <i>comfort</i> : Katharine Kolcaba Author : Ricky Tafui Jurnal :

2. Penjelasan *Evidence Based Practice Nursing* tentang *health education* metode *comfort* katharine kolcaba terhadap gangguan rasa nyaman pada pasien demam berdarah dengue.

Menurut (Mahmud, 2020) virus dengue masuk ke tubuh manusia melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*, lalu menyebar dengan cepat melalui aliran darah dalam proses yang disebut viremia. Dalam 2 hingga 7 hari pertama setelah terinfeksi, penderita biasanya mulai mengalami gejala awal seperti demam tinggi, mual, dan muntah, kemudian saat sistem imun tubuh bereaksi terhadap virus, terbentuklah kompleks antigen-antibodi yang memicu aktivasi sistem komplemen dan pelepasan senyawa seperti C3a dan C5a karena senyawa-senyawa ini merangsang pelepasan histamin dan zat lain yang memperbesar pori-pori dinding pembuluh darah, menyebabkan plasma darah bocor ke jaringan sekitarnya, yang pada akhirnya dapat menurunkan volume cairan tubuh secara drastis hingga menimbulkan dehidrasi, syok, serta gangguan fungsi organ vital seperti pembengkakan hati dan perdarahan pada saluran pencernaan (Ismah et al., 2021). Sekitar hari ke-4 hingga ke-6 setelah demam muncul, tubuh penderita umumnya mengalami penurunan jumlah trombosit secara signifikan (trombositopenia), yang dapat memicu berbagai gejala perdarahan seperti munculnya bintik-bintik merah kecil di kulit (petekie), gusi berdarah, muntah darah, tinja berwarna hitam, hingga darah dalam urin, menandakan kondisi yang bisa berkembang menjadi lebih serius jika tidak segera ditangani secara medis (Wirastri et al., 2020).

Penanganan utama dalam kondisi ini adalah pemberian cairan melalui infus, baik kristaloid seperti ringer laktat maupun koloid seperti gelofusine, untuk menggantikan cairan tubuh yang hilang. Di balik seluruh proses medis ini, pasien juga mengalami gangguan rasa nyaman yang sering kali terabaikan. Panas tubuh yang tinggi, rasa lelah, mual berkepanjangan, serta nyeri di berbagai bagian tubuh tentu membuat pasien merasa tidak nyaman secara fisik. Ditambah lagi, perasaan cemas,

takut, dan kesepian karena harus dirawat di rumah sakit dapat menimbulkan ketidaknyamanan secara emosional dan spiritual. Dalam situasi ini, penting bagi perawat untuk tidak hanya fokus pada penanganan medis, tetapi juga memperhatikan kenyamanan pasien secara holistik baik dari segi fisik, psikologis, sosial, maupun lingkungan. Pendekatan ini sejalan dengan Teori Kenyamanan Katharine Kolcaba, yang menekankan pentingnya menciptakan rasa nyaman dalam berbagai aspek kehidupan pasien agar proses penyembuhan dapat berjalan lebih baik dan bermakna.

Pendekatan ilmu keperawatan dalam mengatasi gangguan rasa nyaman pada pasien demam berdarah dengue dapat dilakukan melalui metode *comfort theory* dari Katharine Kolcaba yang dimana metode ini menekankan pendekatan holistik dalam dimensi fisik, lingkungan, psikospiritual dan sosiokultural pada pasien yang mengalami gangguan rasa nyaman akibat demam berdarah dengue. Terbukti dari hasil penelitian (Rokmana, 2020) yang berjudul Perawatan klien *Dengue Hemorrhagic Fever (DHF)* dengan masalah hipertermi berbasis teori kenyamanan kolcaba, dilakukannya perawatan selama 3 hari pada pasien dengan diagnosa demam berdarah berbasis teori kenyamanan yang awalnya pasien merasakan ketidaknyamanan akibat suhu tubuh yang meningkat dan adanya nyeri diseluruh badan, ketika dilakukannya perawatan responden mulai mengalami peningkatan kenyamanan. Penelitian lain yang dilakukan oleh (Nada & Nursanti, 2024) yang berjudul penerapan edukasi kesehatan berdasarkan teori kenyamanan Katharine Kolcaba menunjukkan adanya peningkatan tingkat kenyamanan pasien yang diukur melalui penurunan gejala fisik (seperti demam, dan mual), peningkatan kesejateraan emosional dan kepuasan pasien terhadap perawatan yang diterima.