

**BAB IV**  
**HASIL DAN PEMBAHASAN**

**A. Hasil Studi Kasus**

**1. Pengkajian**

Pengkajian pada pasien 1 dilakukan pada hari Rabu, 7 Mei 2025 pukul 09.45 wita dengan demam berdarah dengue dan pasien 2 pada hari Senin, 19 Mei 2025 pukul 11.05 dengan demam berdarah dengue di Ruang Interna RSUD Waikabubak dengan teknik wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan dokumentasi pada klien.

a. Biodata Klien

**Tabel 4.1 Biodata klien**

| No. | Identitas          | Pasien 1                       | Pasien 2                       |
|-----|--------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 1.  | Nama               | Ny. M.M                        | Ny. O.M                        |
| 2.  | Umur               | 25 Tahun                       | 28 Tahun                       |
| 3.  | Jenis kelamin      | Perempuan                      | perempuan                      |
| 4.  | Agama              | Khatolik                       | Kristen Protestan              |
| 5.  | Alamat             | Lombu                          | Waimangura                     |
| 6.  | Pendidikan         | SMA                            | SMA                            |
| 7.  | Pekerjaan          | Petani                         | Petani                         |
| 8.  | Diagnosa medis     | DHF                            | DHF                            |
| 9.  | Tanggal MRS        | 6 Mei 2025                     | 18 Mei 2025                    |
| 10. | Tanggal pengkajian | 7 Mei 2025                     | 19 Mei 2025                    |
| 11. | Nomor register     | 381XXX                         | 438XXX                         |
| 12. | Sumber informasi   | Pasien, RM dan keluarga pasien | Pasien, RM dan keluarga pasien |

Sumber: pasien dan keluarga pasien

Berdasarkan tabel 4.1 didapatkan bahwa kedua klien mempunyai jenis kelamin dan tingkat pendidikan yang sama.

b. Riwayat kesehatan

**Tabel 4.2 Riwayat Kesehatan**

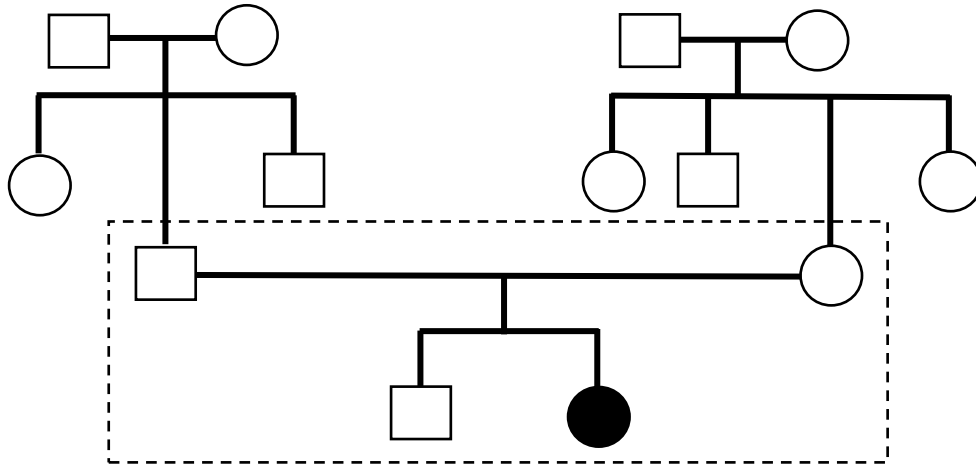
| No. | Riwayat kesehatan         | Pasien 1  | Pasien 2  |
|-----|---------------------------|---|---|
| 1.  | Keluhan Utama             | Pasien mengatakan Demam dan nyeri   | Pasien mengatakan menggigil dan demam   |
| 2.  | Riwayat Penyakit Sekarang | Keluarga mengatakan pasien mengalami demam dan nyeri seluruh badan sejak 5 hari yang lalu pada tanggal 30 April 2025, pasien juga mengatakan sulit tidur dan sulit makan dan keluarga | Pasien mengatakan pada tanggal 18 Mei 2025 sekitar Pukul 22.30 Wita mengalami demam tinggi mendadak dan menggigil serta merasa mual beberapa saat kemudian pasien mengalami mimisan dan pandangan sedikit |

| No. | Riwayat kesehatan                  | Pasien 1   | Pasien 2   |
|-----|------------------------------------|--|--|
|     |                                    | <p>sudah memberikan obat paracetamol yang dibeli di apotek tetapi tidak ada perubahan, pada tanggal 6 Mei 2025 pukul 09.30 wita pasien dibawa ke ruang Poli Rumah Sakit Umum Waikabubak dan dilakukan pemeriksaan. Pasien mengeluhkan Demam dan nyeri seluruh badan serta hasil pemeriksaan TTV yaitu TD: 87/60 mmHg, N : 104X/menit, RR: 20X/menit, S: 39,2 C. Pukul 10.20 wita pasien dipindahkan ke ruang IGD dan mendapatkan terapi IV paracetamol 200mg, IV ondansetron 3x0,6 mg dan melakukan cek darah, dan dihari yang sama pukul 13.30 wita pasien dipindahkan ke Ruang Interna dan perawat melakukan pemeriksaan TTV dengan hasil TD: 90/65 mmHg, N: 102x/menit, RR: 22x/menit, S: 38,8 C, SPO2: 98% dengan keluhan Demam dan nyeri seluruh badan.</p> | <p>kabur. Pada tanggal 18 Mei 2025 pukul 23.00 Pasien dibawa keluarga ke puskesmas Waimangura. Setelah sampai di Puskesmas pasien dibawa keruang UGD dan dilakukan pemeriksaan seperti TTV dengan hasil TD: 97/88 mmHG, N: 100x/menit, S: 39,5 C, RR: 22x/menit dengan keluhan demam dan menggigil. Perawat melakukan tindakan kompres hangat pada pasien selama 1 jam tetapi demam pasien tidak kunjung turun. Pada tanggal 19 Mei 2025 Pasien dirujuk ke Rumah Sakit Umum Waikabubak pada pukul 01.00 Wita. Pada saat sampai di Rumah Sakit, pasien langsung dilakukan pemeriksaan TTV dengan hasil TD: 87/65 mmHg, N: 104x/menit, RR: 22x/menit, S: 39,6 C dengan keluhan demam dan menggigil. Perawat langsung melakukan tindakan injeksi Paracetamol 300mg. Pada pukul 03.30 pasien dipindahkan ke ruang Interna dan langsung dilakukan pemeriksaan: wajah tampak pucat, kulit terasa hangat, tampak gelisah, TTV dengan hasil TD: 88/60 mmHg, N: 104x/menit, RR: 22x/menit, S: 39,4 C dengan keluhan demam, menggigil, dan mual.</p> |
| 3.  | Riwayat Penyakit Dahulu            | Pasien tidak memiliki riwayat penyakit Kronis seperti hipertensi, diabetes atau gangguan imun dan tidak ada riwayat demam berdarah sebelumnya.   | Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit seperti demam berdarah sebelumnya. Kecuali batuk dan pilek   |
| 4.  | Riwayat Penyakit Keluarga          | Keluarga mengatakan tidak pernah mengalami demam berdarah didalam keluarga   | Keluarga mengatakan tidak pernah mengalami demam berdarah didalam keluarga   |
| 5.  | Keadaan, Penampilan Dan Kesan Umum | KU: pasien tampak lemah dan gelisah<br>Kesadaran: compos mentis<br>Penampilan: wajah pucat   | KU: pasien tampak lemah, gelisah.<br>Kesadaran: compos mentis<br>Penampilan: wajah pucat   |

Sumber: pasien, keluarga pasien dan rekam medik.

6. Genogram (minimal 3 generasi)

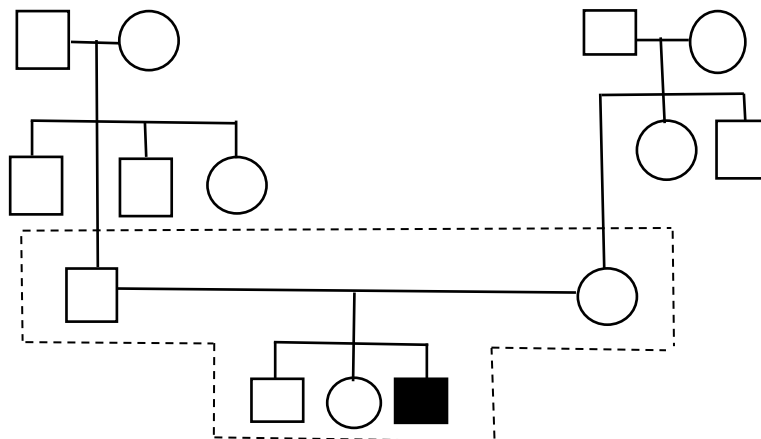
Bagan 4.1 Genogram Pasien 1 Ny. M.M



Keterangan :

- : laki-laki
- : perempuan
- : pasien
- | : garis keturunan
- : garis perkawinan
- - - : garis tinggal serumah
- × : meninggal

Bagan 4.2 Genogram pasien 2 Ny. O.M



Keterangan :



: laki-laki



: perempuan



: pasien



: garis keturunan



: garis perkawinan



: garis tinggal serumah



: meninggal

c. Riwayat Keperawatan

**Tabel 4.3 Riwayat Keperawatan**

| No | Pengkajian  | Pasien 1  | Pasien 2  |
|----|---|---|---|
| a. | Pola penatalaksanaan kesehatan-persepsi sehat         | Pasien mengatakan bahwa pasien jarang sakit dan menurut pasien kalau sehat itu kalau badan segar dan bisa beraktivitas seperti biasa, tetapi sekarang benar-benar merasa tidak sehat dan membuat pasien gelisah karena penyakit yang diderita.  | Pasien mengatakan kalau biasanya ada anggota keluarga yang merasa demam hanya diberikan obat penurun panas.   |
| b. | Pola Nutrisi- metabolisme (dirumah dan dirumah sakit) | <p><b>Dirumah :</b><br/>Pasien mengatakan pada saat dirumah frekuensi makan 3x sehari dan selalu menghabiskan 1 porsi makanannya. Jenis makanan yang dimakan yaitu nasi, daging, sayur dan ikan. Pasien sering minum air putih kurang lebih 6-7 gelas (1.200-1.400 ml) sehari.<br/><b>Masalah keperawatan:</b> dari data diatas pasien tidak memiliki masalah pola Nutrisi pada saat dirumah.</p> | <p><b>Dirumah :</b><br/>Pasien mengatakan pada saat dirumah frekuensi makan 3x sehari dan selalu menghabiskan 1 porsi makanannya. Jenis makanan yang dimakan yaitu nasi, daging, sayur dan ikan. Pasien sering minum air putih kurang lebih 8-9 gelas (1.600-1.800 ml) sehari.<br/><b>Masalah keperawatan:</b> dari data diatas pasien tidak memiliki masalah pola Nutrisi pada saat dirumah.</p> |
|    |   | <p><b>Di RS:</b><br/>Pasien mengatakan makan makanan rumah sakit 3x sehari dan menghabiskan ½ porsi makanannya, merasa mual dan tidak nafsu makan.<br/><b>Masalah keperawatan:</b> dari data diatas yaitu porsi makan pasien kurang</p>   | <p><b>Di RS:</b><br/>Pasien mengatakan sulit menelan makanan dan tidak nafsu makan. Porsi yang dihabiskan ¼ porsi. Pasien <b>tidak ingin makan karena mual</b>, mengatakan <b>tubuh terasa sangat lemah</b>.<br/><b>Masalah keperawatan:</b> dari data diatas yaitu porsi makan pasien kurang</p>   |
| c. | Pola Eliminasi (urine dan alvi)                       | <p><b>Dirumah:</b><br/>BAB: pasien mengatakan dirumah biasanya 3x BAB dalam 1 hari, berwarna kuning, konsistensi lembek dan bau khas feses.<br/>BAK: pasien mengatakan BAK 8-9 kali sehari, bau khas amoniak dan tidak ada masalah saat berkemih.</p>   | <p><b>Dirumah:</b><br/>BAB: pasien mengatakan dirumah biasanya 2-3x BAB dalam 1 hari, berwarna kuning, konsistensi lembek dan bau khas feses.<br/>BAK: pasien mengatakan BAK 8-9 kali sehari, bau khas amoniak dan tidak ada masalah saat berkemih.<br/>Dari data diatas, pada saat dirumah pasien tidak memiliki masalah dalam pola eliminasi.</p>   |

| No | Pengkajian               | Pasien 1  | Pasien 2   |
|----|--------------------------|---|--|
|    |                          | <p>Dari data diatas, pada saat dirumah pasien tidak memiliki masalah dalam pola eliminasi.</p> <p><b>Di RS:</b><br/> BAB: pasien mengatakan BAB 1x sehari sejak masuk rumah sakit. Konsistensi lembek, berwarna kuning kecoklatan dan bau khas feces.<br/> BAK: pasien mengatakan 1 kali dalam satu hari, berwarna kuning, bau khas amoniak dan tidak ada masalah saat berkemih.<br/> Dari data diatas didapatkan pada saat dirumah sakit frekuensi BAB dan BAK tidak seperti saat dirumah.</p> |  |
| d. | Pola Aktivitas           | <p><b>Dirumah :</b><br/> pasien mengatakan sebelum sakit segala sesuatu dilakukan secara mandiri dirumah. Seperti pergi ke kebun dan mngambil pakan ternak.</p> <p><b>Di RS :</b><br/> Pasien mengatakan pada saat masuk Rumah Sakit pasien dibantu untuk melakukan aktivitas seperti makan dan minum, toileting,.</p>  | <p><b>Dirumah :</b><br/> pasien mengatakan sebelum sakit segala sesuatu dilakukan secara mandiri dirumah. Seperti melakukan pekerjaan Rumah tangga.</p> <p><b>Di RS :</b><br/> Pasien mengatakan pada saat masuk Rumah Sakit pasien dibantu untuk melakukan aktivitas seperti makan dan minum, toileting,.</p>   |
| e. | Pola istirahat-tidur     | <p><b>Dirumah:</b><br/> Pasien mengatakan frekuensi tidur pada malam hari biasanya 7 jam (22.00-05.00 wita) per hari. Kualitas tidur baik. Frekuensi tidur siang biasanya 2 jam (13.00-15.00 wita) per hari, kualitas tidur baik</p> <p><b>Di RS:</b><br/> Semenjak masuk Rumah Sakit, pasien mengeluh sulit tidur karena demam dan ruangan yang berisik. Frekuensi tidur pasien 6 jam (23.00-05.00).</p>   | <p><b>Dirumah:</b><br/> Pasien mengatakan frekuensi tidur pada malam hari biasanya 8 jam (21.00-05.00 wita) per hari. Kualitas tidur baik. Frekuensi tidur siang biasanya 1 jam (13.00-14.00 wita) per hari, kualitas tidur baik</p> <p><b>Di RS:</b><br/> Semenjak masuk Rumah Sakit, pasien mengeluh sulit tidur karena demam dan menggigil. Frekuensi tidur pasien 3 jam (23.00-02.00).</p> |
| f. | Pola kognitif-perseptual | <p>Pasien sadar dan tahu sedang dirawat karena DBD. Tapi karena demam dan nyeri kepala yang cukup berat, pasien mengatakan jadi sulit konsentrasi.</p>  | <p>Pasien mengatakan secara kesadaran masih baik, pasien bisa jawab pertanyaan dan tahu di mana pasien sekarang. Tapi sejak demam tinggi, pasien merasa cepat</p>  |

| No | Pengkajian                     | Pasien 1  | Pasien 2  |
|----|--------------------------------|---|---|
|    |                                | Pasien mengatakan kalau diajak bicara lama-lama, kadang kadang harus minta diulangi karena kurang fokus. Pasien lebih senang kalau ruangan tenang, karena suara bising malah bikin kepala makin pusing.   | lelah berpikir dan lebih mudah lupa hal kecil. Kadang pasien butuh waktu untuk memahami penjelasan dokter. Pasien juga mengatakan Penglihatannya sedikit terganggu saat demam, kadang agak silau atau buram, tapi tidak terus-menerus. Pendengaran masih normal, tetapi cepat merasa terganggu dengan suara keras atau ramai.   |
| g. | Pola persepsi diri-konsep diri | <p><b>Gambaran diri:</b> pasien mengatakan sejak dirinya sakit tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri aktivitas selalu dibantu oleh keluarga.</p> <p><b>Ideal diri:</b> pasien mengatakan ingin segera sembuh dan dapat berkumpul dengan keluarganya dirumah</p> <p><b>Harga diri:</b> pasien mengatakan cemas dan gelisah terhadap penyakitnya.</p> <p><b>Identitas diri:</b> pasien mengatakan bahwa dirinya merupakan anak kedua dari dua orang bersaudara.</p> | <p><b>Gambaran diri:</b> Mengeluh <b>sakit kepala, nyeri punggung, dan merasa tidak nyaman secara umum</b></p> <p><b>Ideal diri:</b> pasien mengatakan ingin segera sembuh dan dapat berkumpul dengan keluarganya dirumah</p> <p><b>Harga diri:</b> pasien mengatakan bahwa ia tidak merasa minder dengan keadaannya sekarang dan tampak kooperatif dengan perawat dan dokter yang merawatnya</p> <p><b>Identitas diri:</b> pasien mengatakan bahwa dirinya merupakan anak ketiga dari tiga orang bersaudara.</p> |
| h. | Pola peran hubungan            | Pasien mengatakan tidak ada masalah dilingkungan sekitar, hubungan dengan dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya dirumah sakit baik  | Pasien mengatakan tidak ada masalah dilingkungan sekitar, hubungan dengan dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya dirumah sakit baik  |
| i. | Pola seksual-reproduksi        | Pasien berjenis kelamin perempuan, tidak ada masalah organ reproduksi   | Pasien berjenis kelamin perempuan, tidak ada masalah organ reproduksi   |
| j. | Pola coping-toleransi stress   | Pasien mengatakan jarang mengalami stress, tetapi jika stress pasien biasanya memutar musik rohani  | Pasien mengatakan jarang mengalami stress, tetapi jika stress pasien biasanya memutar musik rohani  |
| k. | Pola keyakinan                 | Pasien beragama khatolik, rajin kegereja tetapi semenjak mengalami sakit tidak pernah ke gereja   | Pasien beragama kristen, jarang ke gereja   |

Sumber: pasien dan keluarga pasien

d. Pemeriksaan Fisik Per Sistem (inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi)

**Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik Per Sistem**

| No | Pemeriksaan fisik persistem                                      | Pasien 1 N.Y M.M   | Pasien 2 N.Y O.M  |
|----|--|--|---|
| a. | TTV<br>Tekanan Darah<br>Nadi<br>Respiratory Rate<br>Suhu<br>SPO2 | 98/65 mmHg<br>102x/menit<br>22X/menit<br>38,8°C<br>98%   | 102/78 mmHg<br>104x/menit<br>22x/menit<br>38°C<br>97%   |
| b. | Sistem pernafasan  | <b>Inspeksi:</b> napas cepat, bentuk dada simetris. Bentuk saluran napas normal.<br><b>Palpasi:</b> tidak adanya nyeri tekan ataupun benjolan pada dada.<br><b>Perkusi:</b> Sonor<br><b>Auskultasi:</b> Suara napas vesikuler.               | <b>Inspeksi:</b> napas cepat, bentuk dada simetris. Bentuk saluran napas normal.<br><b>Palpasi:</b> tidak adanya nyeri tekan ataupun benjolan pada dada.<br><b>Perkusi:</b> Sonor<br><b>Auskultasi:</b> Suara napas vesikuler.                  |
| c. | Sistem peredaran darah dan sirkulasi                             | <b>Inspeksi:</b> kulit tampak pucat dan adanya petekie.<br><b>Palpasi:</b> nadi cepat dan lemah 102x/menit, CRT >2 detik<br><b>Perkusi:</b> Pekak<br><b>Auskultasi:</b> suara jantung S1 S2 tunggal, tidak ada suara tambahan                | <b>Inspeksi:</b> kulit tampak pucat dan adanya petekie dan gusi berdarah.<br><b>Palpasi:</b> nadi cepat dan lemah 104x/menit, CRT <2 detik<br><b>Perkusi:</b> Pekak<br><b>Auskultasi:</b> suara jantung S1 S2 tunggal, tidak ada suara tambahan |
| d. | Sistem Persyarafan   | <b>Pemeriksaan umum:</b> GCS:E4, V5, M6.<br><b>Eye:</b> membuka mata dengan spontan, pupil reflek terhadap cahaya<br><b>Verbal:</b> Berorientasi dengan baik<br><b>Motorik:</b> Mengikuti perintah   | <b>Pemeriksaan umum:</b> GCS: E4, V5, M6.<br><b>Eye:</b> membuka mata dengan spontan, pupil reflek terhadap cahaya<br><b>Verbal:</b> Berorientasi dengan baik<br><b>Motorik:</b> Mengikuti perintah   |
| e. | Sistem Pencernaan  | <b>Inspeksi:</b> tidak terlihat adanya benjolan, abdomen datar, tidak ada luka didaerah perut tidak ada pembesaran hepar<br><b>Auskultasi:</b> Bising usus 14 x/menit<br><b>Palpasi:</b> tidak adanya nyeri tekan<br><b>Perkusi:</b> Timpani | <b>Inspeksi:</b> tidak terlihat adanya benjolan, abdomen datar, tidak ada luka didaerah perut tidak ada pembesaran hepar<br><b>Auskultasi:</b> Bising usus 12 x/menit<br><b>Palpasi:</b> tidak adanya nyeri tekan<br><b>Perkusi:</b> Timpani    |

| No | Pemeriksaan fisik persistem | Pasien 1 N.Y M.M  | Pasien 2 N.Y O.M  |
|----|-----------------------------|---|---|
| f. | Sistem Perkemihan           | Jumlah : 500cc<br>Warna : Kuning<br>Bau : Khas amoniak<br>Frekuensi: 1-2x sehari  | Jumlah : 400cc<br>Warna : Kuning<br>Bau : Khas amoniak<br>Frekuensi: 1x sehari  |
| g. | Sistem Reproduksi           | Pasien berjenis kelamin perempuan, tidak dilakukan pemeriksaan karena tidak mempunyai masalah reproduksi  | Pasien berjenis kelamin perempuan, tidak dilakukan pemeriksaan karena tidak mempunyai masalah reproduksi  |
| h. | Sistem muskulesketal        | Bentuk dan ukuran muskuluskeletal sama dan kekuatan otot<br><br>$\begin{array}{c c} 4 & 4 \\ \hline 4 & 4 \end{array}$  | Bentuk dan ukuran muskuluskeletal sama dan kekuatan otot<br><br>$\begin{array}{c c} 4 & 4 \\ \hline 4 & 4 \end{array}$  |
|    |                             | Keterangan :<br>0. Tidak ada kontraksi otot sama sekali.<br>1. Terdapat sedikit kontraksi otot namun tidak dapat menggerakkan persendian.<br>2. Dapat digerakkan namun tidak dapat melawan gaya berat/gravitasi.<br>3. Dapat melawan gaya gravitasi namun tidak dapat melawan tahanan dari pemeriksa.<br>4. Dapat melawan gaya berat dan melawanan tahanan ringan dan sedang dari pemeriksa<br>5. Seluruh gerakan dapat dilakukan dengan tahanan maksimal/normal. |   |
| i. | Sistem integumen            | <b>Kulit:</b> kulit kering, ada petechie<br><b>Turgor kulit:</b> turgor menurun<br><b>Kelembapan:</b> mukosa kulit lembab<br><b>Oedema:</b> tidak terdapat oedema pada tubuh pasien<br><b>Kelainan:</b> tidak ada kelainan pada tubuh pasien  | <b>Kulit:</b> Sawo matang, kulit terasa hangat<br><b>Turgor kulit:</b> turgor kulit pasien elastis<br><b>Kelembapan:</b> mukosa kulit lembab<br><b>Oedema:</b> tidak terdapat oedema pada tubuh pasien<br><b>Kelainan:</b> tidak ada kelainan pada tubuh pasien |
| j. | Sistem pancaindra           | <b>1) Mata</b><br>a) Jumlah: Bola mata lengkap<br>b) Bentuk: simetris<br>c) Posisi: sejajar<br>d) Pupil: ishokor, reflek terhadap cahaya<br>e) Konjungtiva: berwarna merah muda<br>f) Sklera: warna putih   | <b>1) Mata</b><br>a) Jumlah: Bola mata lengkap<br>b) Bentuk: simetris<br>c) Posisi: sejajar<br>d) Pupil: ishokor, reflek terhadap cahaya<br>e) Konjungtiva: berwarna merah muda<br>f) Sklera: warna putih   |

| No | Pemeriksaan fisik persistem | Pasien 1 N.Y M.M  | Pasien 2 N.Y O.M  |
|----|-----------------------------|---|---|
|    |                             | <p>g) Kotoran: tidak terdapat kotoran pada mata</p> <p>h) Penglihatan: ketajaman mata masih sangat bagus</p> <p><b>2) Telinga</b></p> <p>a) Bentuk: Simetris</p> <p>b) Kebersihan: Telinga tampak bersih dan tidak ada serumen pada telinga</p> <p>c) Pendengaran: Pasien masih bisa mendengar dengan baik.</p> <p><b>3) Lidah dan mulut</b></p> <p>Bentuk mulut simetris, mulut pasien tampak bersih dan tidak ada kelainan pada mulut pasien.</p> <p><b>4) Peraba</b></p> <p>Pasien masih reflek terhadap stimulus panas, dingin, tajam tumpul, dan tampak menarik tangan dari stimulus tersebut</p> <p><b>5) Hidung</b></p> <p>a) Bentuk: simetris adanya pernafasan cuping hidung dan terdapat penggunaan otot bantu nafas.</p> <p>b) Kotoran: hidung pasien tampak bersih dan tidak ada kotoran.</p> <p>c) Kelainan: tidak ada kelainan pada hidung.</p> | <p>g) Kotoran: tidak terdapat kotoran pada mata</p> <p>h) Penglihatan: ketajaman mata masih sangat bagus</p> <p><b>2) Telinga</b></p> <p>a) Bentuk: Simetris</p> <p>b) Kebersihan: Telinga tampak bersih dan tidak ada serumen pada telinga</p> <p>c) Pendengaran: Pasien masih bisa mendengar dengan baik.</p> <p><b>3) Lidah dan mulut</b></p> <p>Bentuk mulut simetris, mulut pasien tampak bersih dan tidak ada kelainan pada mulut pasien.</p> <p><b>4) Peraba</b></p> <p>Pasien masih reflek terhadap stimulus panas, dingin, tajam tumpul, dan tampak menarik tangan dari stimulus tersebut</p> <p><b>5) Hidung</b></p> <p>a) Bentuk: simetris adanya pernafasan cuping hidung dan terdapat penggunaan otot bantu nafas.</p> <p>b) Kotoran: hidung pasien tampak bersih dan tidak ada kotoran.</p> <p>c) Kelainan: tidak ada kelainan pada hidung.</p> |

Sumber: Pasien Dan Keluarga

e. Pemeriksaan Penunjang

**Tabel 4.5 Pemeriksaan Penunjang**

| Jenis Pemeriksaan                 | Pasien 1 (7 Mei 2025) | Pasien 2 (19 Mei 2025) | Satuan              | Nilai Rujuk      |
|-----------------------------------|-----------------------|------------------------|---------------------|------------------|
| <b>HEMATOLOGI</b>                 |                       |                        |                     |                  |
| Darah Lengkap (DL)                |                       |                        |                     |                  |
| Hemoglobine (HB)                  | 9.8                   | 8.1                    | g/dl                | 12.0-14.0        |
| Hematokrit(HCT)                   | 62.19                 | 23.0                   | %                   | 40-50            |
| Jumlah Eritrosit (RBC)            | 3.5                   | 2.80                   | 10 <sup>6</sup> /ul | 4.0-5.0          |
| Jumlah Leukosit (WBC)             | 2.6                   | 2.7                    | 10 <sup>3</sup> /ul | 4.0-10.0         |
| Jumlah Trombosit                  | 67                    | 8                      | 10 <sup>3</sup> /ul | 150-400          |
| Indeks Eritrosit                  |                       |                        |                     |                  |
| MCV                               | 77.7                  | 82.1                   | fl                  | 76-90            |
| MCH                               | 27.4                  | 29.1                   | pg                  | 27-31            |
| MCHC                              | 35.3                  | 35.4                   | g/dl                | 32-36            |
| RDWcv                             | 14.2                  | 15.6                   | %                   | 11—16            |
| RDWsd                             | 61.6                  | 73.5                   | fl                  | 39-46            |
|                                   |                       |                        |                     | Cut off Covid-19 |
| Absolute Limphocyte Count (ALC)   | 2.100                 | 1.700                  |                     | < 1.500          |
| Neutrophil-Limphocyte Ratio (NLR) | 1.50                  | 0.47                   |                     | < 3.13           |

Sumber: Rekam Medik (2025)

Keterangan :

- 1) Hemoglobin: pada pasien 1 N.y M.M dan pasien 2 N.y O.M mengalami penurunan hemoglobin yang diakibatkan oleh perdarahan, hemolisis atau hemodilusi akibat pemberian cairan yang berlebih.
- 2) Eritrosit: kedua pasien mengalami penurunan eritrosit dan menunjukkan bahwa adanya gangguan dalam jumlah sel darah merah akibat perdarahan, anemia dan hemolisis.

- 3) Leukosit: kedua pasien mengalami penurunan jumlah leukosit dan menunjukkan bahwa melemahnya sistem imun yang disebabkan oleh virus yang mengganggu fungsi sumsum tulang.
- 4) Trombosit: kedua pasien mengalami penurunan jumlah trombosit dan menunjukkan bahwa adanya gangguan pembekuan darah akibat penurunan jumlah produksi trombosit serta menjadi tanda meningkatnya risiko perdarahan dan keparahan penyakit.

f. Terapi Medis

**Tabel 4.6 Terapi Medis**

| Pasien 1 N.y M.M |         |      |   | Pasien 2 N.y O.M |          |      |   |
|------------------|---------|------|---|------------------|----------|------|---|
| Nama obat        | Dosis   | rute | Fungsi obat   | Nama obat        | Dosis    | rute | Fungsi obat   |
| Paracetamol      | 3x500mg | Iv   | Obat ini digunakan untuk mengatasi demam  | Paracetamol      | 500mg    | IV   | Obat ini digunakan untuk mengatasi demam  |
| Ranitidine       | 15 Mg   | Oral | Obat ini digunakan untuk mengatasi mual muntah  | Vitamin C        | 50mg     | Oral | Digunakan untuk meningkatkan dan membantu tubuh melawan infeksi virus   |
| Lactulax Syp     | 3x1mg   | Oral | Obat ini digunakan untuk mengatasi sembelit atau sulit buang air besar                          | Ondansetron      | 3x0,6mg  | IV   | Obat ini digunakan untuk mencegah mual dan muntah   |
| Dexamethasone    | 0,5mg   | Oral | Obat ini digunakan untuk meredakan peradangan seperti reaksi alergi, autoimun atau radang sendi | Furro Sulfat     | 200mg    | Oral | Mengobati dan mencegah anemia defisiensi besi   |
|                  |         |      |   | Transfusi Darah  | 500ml x1 | IV   | Digunakan untuk meningkatkan kadar hemoglobin dan dapat membantu mengatasi perdarahan serta menjaga kesehatan pasien secara keseluruhan |

g. Pengelompokan Data

**Tabel 4.7 Pengelompokan Data**

| Pasien 1 N.y M.M   | Pasien 2 N.y O.M  |
|--|---|
| <p>Data Subyektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan Demam</li> <li>2. Pasien mengeluh nyeri otot dan sendi, pegal-pegal serta tidak nyaman.</li> <li>3. Pasien mengatakan makan makanan rumah sakit 3x sehari dan menghabiskan ½ porsi makanannya.</li> <li>4. Pasien mengatakan pada saat masuk Rumah Sakit pasien dibantu untuk melakukan aktivitas seperti makan dan minum, toileting,</li> <li>5. Pasien mengeluh sulit tidur karena demam dan ruangan yang berisik.</li> <li>6. Pasien mengatakan BAK dan BAB hanya 1x sehari</li> <li>7. Berdasarkan hasil <b>kuisisioner kenyamanan sebelum tindakan:</b> Pasien merasa kecewa dengan kondisinya (skor 5), sulit menahan nyeri (skor 5), merasa sangat lelah (skor 5), depresi (skor 5), dan takut dengan apa yang akan terjadi (skor 5), pasien kurang percaya diri (skor 2), kurang puas (skor 2), tidak tenang (skor 2), serta merasa tidak pada tempatnya (skor 4). Secara umum menggambarkan <b>tingkat kenyamanan rendah</b>, baik secara fisik, psikologis, sosial, maupun lingkungan.</li> </ol> | <p>Data Subyektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan demam, menggigil, dan mual</li> <li>2. Pasien mengatakan sulit menelan makanan. Porsi yang dihabiskan ¼ porsi.</li> <li>3. Pasien mengatakan pada saat masuk Rumah Sakit pasien dibantu untuk melakukan aktivitas seperti makan dan minum, toileting,</li> <li>4. Pasien mengeluh sulit tidur karena demam dan menggigil.</li> <li>5. Pasien mengatakan susah BAB dan BAK hanya 1x sehari</li> <li>6. Berdasarkan hasil <b>kuisisioner kenyamanan sebelum tindakan:</b> Pasien merasa takut (skor 5), cemas, tidak pada tempatnya (skor 5), depresi (skor 4), serta tidak bahagia apabila sendiri (skor 5), pasien merasa kurang puas (skor 2), kurang tenang (skor 2), dan kurang percaya diri (skor 3). Keluhan fisik seperti demam, mual, lelah, sulit tidur, dan sembelit semakin menurunkan kenyamanan. Secara umum menunjukkan <b>tingkat kenyamanan rendah</b> pada aspek fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan.</li> </ol> |
| <p>Data Obyektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak lemah</li> <li>2. Tampak gelisah</li> <li>3. Wajah pucat</li> <li>4. Adanya petekie</li> <li>5. Nadi cepat dan lemah</li> <li>6. Hasil Laboratorium: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Hemoglobin 9.8 g/dl</li> <li>b. Eritrosit 3.5 10<sup>6</sup>/ul</li> <li>c. Leukosit 2.6 10<sup>3</sup>/ul</li> <li>d. Trombosit 67 10<sup>3</sup>/ul</li> </ol> </li> <li>7. TTV <ol style="list-style-type: none"> <li>a. TD: 98/65 mmHg</li> <li>b. N : 102x/menit</li> <li>c. RR : 22X/menit</li> <li>d. S : 38,8 C</li> <li>e. SPO2 : 98%</li> </ol> </li> </ol>   | <p>Data Obyektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak lemah</li> <li>2. Tampak gelisah</li> <li>3. Wajah pucat</li> <li>4. Adanya petekie</li> <li>5. Gusi berdarah</li> <li>6. Nadi cepat</li> <li>7. Hasil Laboratorium: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Hemoglobin 9.8 g/dl</li> <li>b. Eritrosit 3.5 10<sup>6</sup>/ul</li> <li>c. Leukosit 2.6 10<sup>3</sup>/ul</li> <li>d. Trombosit 67 10<sup>3</sup>/ul</li> </ol> </li> <li>8. TTV <ol style="list-style-type: none"> <li>a. TD: 88/60 mmHg</li> <li>b. N : 104x/menit</li> <li>c. RR : 22X/menit</li> <li>d. S : 39,4 C</li> </ol> </li> </ol>   |

h. Analisa Data

**Tabel 4.8 Analisa Data**

| Data  | Etiologi        | Masalah              |
|---|-----------------|----------------------|
| <b>Pasien 1 Ny. M. M</b>  |                 |                      |
| <p>Data Subyektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan Demam.</li> <li>2. Pasien mengeluh nyeri otot dan sendi, pegal-pegal serta tidak nyaman.</li> <li>3. Pasien mengeluh sulit tidur karena demam dan ruangan yang berisik.</li> <li>4. Pasien merasa cemas dan gelisah terhadap penyakitnya.</li> <li>5. Pasien mengatakan aktivitasnya selalu dibantu pada saat di Rumah Sakit.</li> <li>6. Berdasarkan hasil <b>kuisisioner kenyamanan sebelum tindakan:</b><br/>Pasien merasa kecewa dengan kondisinya (skor 5), sulit menahan nyeri (skor 5), merasa sangat lelah (skor 5), depresi (skor 5), dan takut dengan apa yang akan terjadi (skor 5), pasien kurang percaya diri (skor 2), kurang puas (skor 2), tidak tenang (skor 2), serta merasa tidak pada tempatnya (skor 4). Secara umum menggambarkan <b>tingkat kenyamanan rendah</b>, baik secara fisik, psikologis, sosial, maupun lingkungan.</li> </ol> | Gejala Penyakit | Gangguan Rasa Nyaman |
| <p>Data Obyektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak gelisah dan lemah saat diajak bicara</li> <li>2. Frekuensi BAK menurun (1x/hari), menunjukkan gangguan eliminasi</li> </ol>   |                 |                      |

|   |                 |                      |
|---|-----------------|----------------------|
| 3. Suhu 38,8 C  |                 |                      |
| 4. N : 102x/menit   |                 |                      |
| <b>Data</b>   | <b>Etiologi</b> | <b>Masalah</b>       |
| <b>Pasien 2 Ny. O. M</b>  |                 |                      |
| Data Subyektif:<br>1. Pasien mengatakan demam, menggigil dan mual<br>2. Pasien mengatakan aktivitasnya selalu dibantu pada saat di Rumah Sakit.<br>3. Pasien mengeluh sulit tidur karena demam dan menggigil.<br>4. Berdasarkan hasil <b>kuisisioner kenyamanan sebelum tindakan:</b><br>Pasien merasa takut (skor 5), cemas, tidak pada tempatnya (skor 5), depresi (skor 4), serta tidak bahagia apabila sendiri (skor 5), pasien merasa kurang puas (skor 2), kurang tenang (skor 2), dan kurang percaya diri (skor 3). Keluhan fisik seperti demam, mual, lelah, sulit tidur, dan sembelit semakin menurunkan kenyamanan. Secara umum menunjukkan <b>tingkat kenyamanan rendah</b> pada aspek fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan | Gejala Penyakit | Gangguan Rasa Nyaman |
| Data Obyektif:<br>1. Tampak gelisah<br>2. Pola eliminasi (BAB dan BAK) pasien hanya 1x dalam sehari.<br>3. Suhu 39,4 C, N: 104x/menit.  |                 |                      |

## 2. Diagnosa Keperawatan

**Tabel 4.9 Diagnosa Keperawatan**

| Diagnosa pasien 1 N.y M.M                               | Diagnosa pasien 2 N.y O.M                               |
|---|---|
| Gangguan Rasa Nyaman Berhubungan Dengan Gejala Penyakit | Gangguan Rasa Nyaman Berhubungan Dengan Gejala Penyakit |



| No                       | Diagnosa Keperawatan SDKI   | Perencanaan Keperawatan   |           |                 |        |               | Intervensi Keperawatan SIKI   |
|--------------------------|---|---|-----------|-----------------|--------|---------------|---|
|                          |   | Luaran Keperawatan SLKI   |           |                 |        |               |   |
|                          | <p>A. Mengeluh tidak nyaman</p> <p>Objektif :</p> <p>1. Gelisah</p> <p><b>Gejala dan tanda minor :</b></p> <p><b>Subjektif :</b></p> <p>1. Mengeluh sulit tidur</p> <p>2. Tidak mampu rileks</p> <p>3. Mengeluh kedinginan/kepanasan</p> <p>4. Merasa gatal</p> <p>5. Mengeluh mual</p> <p>6. Mengeluh lelah</p> <p><b>Objektif:</b></p> <p>1. Menunjukkan gejala distress</p> <p>2. Tampak merintih/menangis</p> <p>3. Pola eliminasi berubah</p> <p>4. Postur tubuh berubah</p> |   |           |                 |        |               | <p>7. Jelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi/pengobatan</p> <p>8. Edukasi Comfort Theory Katharine Kolcaba</p>  |
| <b>Pasien 2 Ny. O. M</b> |   |   |           |                 |        |               |   |
| 1.                       | <p><b>Gangguan Rasa Nyaman (D.0074)</b></p> <p><b>Definisi :</b></p> <p>Perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial.</p> <p><b>Gangguan Rasa Nyaman (D.0074)</b> berhubungan dengan gejala penyakit, kurang</p>  | <p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x dalam 24 jam diharapkan status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p><b>Status Kenyamanan (L.08064)</b></p> |           |                 |        |               | <p>Intervensi Utama : <b>Perawatan kenyamanan (I.08245)</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <p>1. Identifikasi gejala yang tidak menyenangkan (mis. Mual, nyeri, gatal, sesak)</p> |
|                          |   |   | Meningkat | Cukup meningkat | Sedang | Cukup Menurun | Menurun   |
|                          |   | Gelisah   | 1         | 2               | 3      | 4             | 5   |
|                          |   | Keluhan sulit tidur   | 1         | 2               | 3      | 4             | 5   |
|                          |   | Keluhan kepanasan   | 1         | 2               | 3      | 4             | 5   |
|                          |   | Mual  | 1         | 2               | 3      | 4             | 5   |

| No | Diagnosa Keperawatan SDKI   | Perencanaan Keperawatan |                |        |                |          | Intervensi Keperawatan SIKI |  |
|----|---|-------------------------|----------------|--------|----------------|----------|-----------------------------|--|
|    |   | Luaran Keperawatan SLKI |                |        |                |          |                             |  |
|    |   | Memburuk                | Cukup Memburuk | Sedang | Cukup Membai k | Membai k |                             |  |
|    | <p>pengendalian situasional/lingkungan, ketidakadekuatan sumber daya (mis.dukunagan finansial, sosial dan pengetahuan), kurangnya privasi, gangguan stimulus lingkungan, efek samping terapi (mis. Medikasi, radiasi, kemoterapi), gangguan adaptasi kehamilan.</p> <p><b>Gejala dan tanda mayor</b><br/>Subjektif :<br/>1. Mengeluh tidak nyaman<br/>Objektif :<br/>1. Gelisah</p> <p><b>Gejala dan tanda minor :</b><br/><b>Subjektif :</b><br/>1. Mengeluh sulit tidur<br/>2. Tidak mampu rileks<br/>3. Mengeluh kedinginan/kepanasan<br/>4. Merasa gatal<br/>5. Mengeluh mual<br/>6. Mengeluhn lelah<br/><b>Objektif:</b><br/>1. Menunjukkan gejala distres<br/>2. Tampak merintih/menangis<br/>3. Pola eliminasi berubah<br/>4. Postur tubuh berubah</p> | Pola eliminasi          | 1              | 2      | 3              | 4        | 5                           | <p>2. Identifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi dan perasaannya.</p> <p><b>Terapeutik:</b><br/>3. Berikan posisi nyaman<br/>4. Berikan kompres dingin atau hangat<br/>5. Ciptakan lingkungan yang nyaman<br/>6. Dukung keluarga dan pengasuh terlibat dalam terapi/pengobatan</p> <p><b>Edukasi:</b><br/>7. Jelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi/pengobatan<br/>8. Edukasi <i>Comfort Theory</i> Katharine Kolcaba</p> |
|    | Pola tidur  | 1                       | 2              | 3      | 4              | 5        |                             |  |

#### 4. Implementasi Keperawatan

**Tabel 4.11 Impementasi Keperawatan**

| Pelaksanaan             | Diagnosa                                 | Jam/Wita | Tindakan  | Respon  |
|-------------------------|--|----------|---|---|
| <b>Pasien 1 Ny. M.M</b> |  |          |   |   |
| Hari ke-1               | Gangguan rasa nyaman b.d gejala penyakit | 10.30    | 1. Mengidentifikasi gejala yang tidak menyenangkan                    | Pasien mengatakan hal yang paling dirasa tidak nyaman yaitu karena demam, nyeri dan kebisingan dalam ruangan dan Berdasarkan hasil <b>kuisisioner kenyamanan sebelum tindakan yaitu</b> pasien merasa kecewa dengan kondisinya (skor 5), sulit menahan nyeri (skor 5), merasa sangat lelah (skor 5), depresi (skor 5), dan takut dengan apa yang akan terjadi (skor 5), pasien kurang percaya diri (skor 2), kurang puas (skor 2), tidak tenang (skor 2), serta merasa tidak pada tempatnya (skor 4). |
|                         |  | 10.32    | 2. Mengidentifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi dan perasaanya | Pasien mengatakan lemah dan cemas mengenai kondisinya saat ini  |
|                         |  | 10.35    | 3. Memberikan posisi nyaman   | Pasien mengatakan merasa lebih nyaman setelah diatur posisi   |
|                         |  | 10.40    | 4. Memberikan kompres hangat  | Suhu: 38,8 C  |
|                         |  | 11.00    | 5. Menciptakan lingkungan yang nyaman                                 | Pasien merasa lebih tenang  |
|                         |  | 11.02    | 6. Mendukung keluarga dan pengasuh terlibat dalam terapi/pengobatan   | Pasien mengatakan merasa lebih tenang dengan adanya keluarga yang terlibat dalam pengobatan   |
|                         |  | 11.10    | 7. Menjelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi/pengobatan         | Pasien mengatakan paham dengan pengobatan yang akan diberikan   |
|                         |  | 11.30    | 8. Mengedukasi <i>Comfort Theory</i> Katharine Kolcaba:               | Pasien tampak paham dengan materi pengenalan <i>Comfort Theory</i> Katharine Kolcaba  |

| Pelaksanaan | Diagnosa                                 | Jam/Wita | Tindakan  | Respon   |
|-------------|--|----------|---|--|
|             |  |          | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pengertian teori <i>comfort</i> (Katharine Kolcaba)</li> <li>b. Gejala DBD yang mengganggu kenyamanan</li> <li>c. Kebutuhan dasar pasien DBD</li> </ul>   |  |
| Hari ke-2   | Gangguan rasa nyaman b.d gejala penyakit | 10.30    | 1. Mengidentifikasi gejala yang tidak menyenangkan  | Pasien masih mengeluh nyeri (skor 4), merasa lelah (skor 4), dan sulit tidur, Perasaan takut terhadap kondisi mulai menurun (skor 3), rasa depresi juga berkurang (skor 3), pasien mulai merasa sedikit lebih tenang (skor 3), agak puas (skor 3), dan percaya diri meningkat (skor 3), pasien tetap merasa belum sepenuhnya nyaman, namun sudah menunjukkan adanya perubahan positif dibandingkan Hari Pertama. |
|             |  | 10.32    | 2. Mengidentifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi dan perasaannya  | Pasien mengatakan masih gelisah mengenai kondisinya saat ini   |
|             |  | 10.35    | 3. Memberikan kompres hangat  | Suhu: 38 C   |
|             |  | 10.40    | 4. Menciptakan lingkungan yang nyaman   | Pasien merasa lebih tenang   |
|             |  | 11.00    | 5. Mengedukasi Comfort Theory Katharine Kolcaba: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menjelaskan cara menurunkan demam (kompres, hidrasi)</li> <li>b. Menjaga kenyamanan posisi tubuh</li> <li>c. Mengatur lingkungan pasien (ventilasi, pencahayaan, suara)</li> </ul> | Pasien dan keluarga tampak paham dan mengatakan lebih nyaman.  |
| Hari ke-3   | Gangguan rasa nyaman b.d gejala penyakit | 10.30    | 1. Mengidentifikasi gejala yang tidak menyenangkan  | Pasien mengatakan perasaan tidak nyaman karena demam dan nyeri sudah berkurang. Pasien mengatakan  |

| Pelaksanaan              | Diagnosa                                 | Jam/Wita | Tindakan   | Respon   |
|--------------------------|--|----------|--|--|
|                          |  |          |  | nyeri sudah jauh berkurang (skor 2), rasa lelah juga menurun (skor 2), dan tidur mulai lebih nyenyak. Rasa takut dan depresi hampir tidak ada lagi (skor 1), pasien merasa percaya diri meningkat (skor 5), puas (skor 5), tenang (skor 5), dan lebih optimis terhadap kondisinya. Pasien juga merasa lebih didukung oleh keluarga serta terbantu dengan lingkungan yang lebih nyaman. |
|                          |  | 10.32    | 2. Mengidentifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi dan perasaanya  | Pasien mengatakan masih gelisah mengenai kondisinya saat ini   |
|                          |  | 10.35    | 3. Memberikan kompres hangat   | Suhu: 37,8 C   |
|                          |  | 10.40    | 4. Menciptakan lingkungan yang nyaman  | Pasien merasa lebih tenang   |
|                          |  | 11.00    | 5. Mengedukasi <i>Comfort Theory</i> Katharine Kolcaba:<br>a. Komunikasi empatik: mendengar tanpa menghakimi<br>b. Latihan pernapasan ringan<br>c. Dukungan sesuai keyakinan pasien<br>d. Peram keluarga | Pasien mengatakan sudah tidak lagi merasa kurang nyaman.   |
| <b>Pasien 2 Ny. O. M</b> |  |          |  |  |
| <b>Hari ke-1</b>         | Gangguan rasa nyaman b.d gejala penyakit | 11.30    | 1. Mengidentifikasi gejala yang tidak menyenangkan   | Pasien mengatakan hal yang paling dirasa tidak nyaman yaitu karena demam, menggigil dan mual. Pasien merasa takut (skor 5), cemas, tidak pada tempatnya (skor 5), depresi (skor 4), serta tidak bahagia apabila sendiri (skor 5), pasien merasa kurang puas (skor 2), kurang tenang (skor 2), dan kurang percaya diri (skor 3). Keluhan fisik seperti demam, mual, lelah, sulit        |

| Pelaksanaan | Diagnosa                                 | Jam/Wita | Tindakan   | Respon  |
|-------------|--|----------|--|---|
|             |  |          |  | tidur, dan sembelit semakin menurunkan kenyamanan. Secara umum menunjukkan <b>tingkat kenyamanan rendah</b> pada aspek fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan  |
|             |  | 11.32    | 2. Mengidentifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi dan perasaannya   | Pasien mengatakan dan cemas mengenai kondisinya saat ini  |
|             |  | 11.35    | 3. Memberikan posisi nyaman  | Pasien mengatakan merasa lebih nyaman setelah diatur posisi   |
|             |  | 11.40    | 4. Memberikan kompres hangat   | Suhu: 39,2 C  |
|             |  | 12.00    | 5. Menciptakan lingkungan yang nyaman  | Pasien merasa lebih tenang  |
|             |  | 12.10    | 6. Mendukung keluarga dan pengasuh terlibat dalam terapi/pengobatan  | Pasien mengatakan merasa lebih tenang dengan adanya keluarga yang terlibat dalam pengobatan   |
|             |  | 12.20    | 7. Menjelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi/pengobatan  | Pasien mengatakan paham dengan pengobatan yang akan diberikan   |
|             |  | 12.30    | 8. Mengedukasi <i>Comfort Theory</i> Katharine Kolcaba:<br>a. Pengertian teori <i>comfort</i> (Katharine Kolcaba)<br>b. Gejala DBD yang mengganggu kenyamanan<br>c. Kebutuhan dasar pasien DBD | Pasien tampak paham dengan materi pengenalan <i>Comfort Theory</i> Katharine Kolcaba  |
| Hari ke-2   | Gangguan rasa nyaman b.d gejala penyakit | 09.30    | 1. Mengidentifikasi gejala yang tidak menyenangkan   | Pasien mengatakan masih merasa tidak nyaman karena demam dan mual. Pasien masih mengeluh mual (skor 4), sulit tidur, dan merasa lelah (skor 4). Rasa takut dan cemas berkurang (skor 3), begitu juga perasaan tidak pada tempatnya menurun (skor 3). Depresi yang sebelumnya cukup tinggi berkurang |

| Pelaksanaan | Diagnosa                                 | Jam/Wita | Tindakan  | Respon   |
|-------------|--|----------|---|--|
|             |  |          |   | (skor 3). Pasien mulai merasa agak puas (skor 3), lebih tenang (skor 3), dan percaya diri meningkat (skor 3).  |
|             |  | 09.32    | 2. Mengidentifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi dan perasaannya  | Pasien mengatakan masih gelisah mengenai kondisinya saat ini   |
|             |  | 09.35    | 3. Memberikan kompres hangat  | Suhu: 38,5°C   |
|             |  | 09.40    | 4. Menciptakan lingkungan yang nyaman   | Pasien merasa lebih tenang   |
|             |  | 10.00    | 5. Mengedukasi <i>Comfort Theory</i> Katharine Kolcaba:<br>a. Menjelaskan cara menurunkan demam (kompres, hidrasi)<br>b. Menjaga kenyamanan posisi tubuh<br>c. Mengatur lingkungan pasien (ventilasi, pencahayaan, suara) | Pasien dan keluarga tampak paham dan mengatakan lebih nyaman.  |
| Hari ke-3   | Gangguan rasa nyaman b.d gejala penyakit | 09.30    | 1. Mengidentifikasi gejala yang tidak menyenangkan  | Pasien mengatakan perasaan tidak nyaman karena demam dan nyeri sudah berkurang. Pasien mengatakan mual sudah berkurang (skor 2), rasa lelah menurun (skor 2), dan tidak lagi merasa sulit tidur seperti sebelumnya. Rasa takut, cemas, dan depresi berkurang drastis (skor 1). Pasien merasa puas (skor 5), tenang (skor 5), percaya diri (skor 5), serta menilai suasana lingkungan lebih menenangkan (skor 5). Pasien tampak lebih rileks, tersenyum, dan merasa nyaman dengan dukungan keluarga maupun penjelasan tenaga kesehatan. |
|             |  | 09.32    | 2. Mengidentifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi dan perasaannya  | Pasien mengatakan masih gelisah mengenai kondisinya saat ini   |
|             |  | 09.35    | 3. Memberikan kompres hangat  | Suhu: 37,8 C   |
|             |  | 09.40    | 4. Menciptakan lingkungan yang nyaman   | Pasien merasa lebih tenang   |

| Pelaksanaan | Diagnosa | Jam/Wita | Tindakan   | Respon   |
|-------------|----------|----------|--|--|
|             |          | 10.00    | 5. Mengedukasi Comfort Theory Katharine Kolcaba:<br>a. Komunikasi empatik: mendengar tanpa menghakimi<br>b. Latihan pernapasan ringan<br>c. Dukungan sesuai keyakinan pasien | Pasien mengatakan sudah tidak lagi merasa kurang nyaman. |

## 5. Evaluasi Keperawatan

**Tabel 4.12 Evaluasi Keperawatan**

| Diagnosa                                 | Jam   | Hari ke-1  | jam   | Hari ke-2  | Jam   | Hari ke-3   |
|--|-------|--|-------|--|-------|---|
| <b>Pasien 1 Ny. M.M</b>                  |       |  |       |  |       |   |
| Gangguan rasa nyaman b.d gejala penyakit | 13.00 | S: pasien mengatakan masih merasa gelisah, sulit tidur, tidak nyaman akibat kebisingan di Rumah Sakit, demam dan nyeri seluruh badan.<br>O: pasien tampak gelisah, suhu: 38,8 C<br>A: masalah belum teratasi<br>P: intervensi dilanjutkan<br>No: 1,2,4,5,8 | 13.00 | S: pasien mengatakan gelisahnya sudah berkurang, masih sulit tidur, tidak lagi merasa terganggu akibat kebisingan Rumah Sakit.<br>O: pasien masih tampak gelisah, suhu: 38 C<br>A: masalah teratasi sebagian<br>P: intervensi dilanjutkan<br>No: 1,2,4,5,8 | 13.00 | S: pasien mengatakan tidak lagi merasa gelisah, pola tidurnya sudah membaik,<br>O: pasien tampak tenang, suhu: 37,8 C<br>A: masalah teratasi<br>P: intervensi dihentikan                        |
| <b>Pasien 2 Ny. O.M</b>                  |       |  |       |  |       |   |
| Gangguan rasa nyaman b.d gejala penyakit | 13.00 | S: pasien mengatakan masih merasa gelisah, menggigil, sulit tidur, demam dan mual<br>O: pasien tampak gelisah, suhu: 39 C<br>A: masalah belum teratasi<br>P: intervensi dilanjutkan<br>No: 1,2,4,5,8   | 13.00 | S: pasien mengatakan gelisahnya sudah berkurang, masih sulit tidur, demam. Mualnya berkurang<br>O: pasien masih tampak gelisah, suhu: 38,5°C<br>A: masalah teratasi sebagian<br>P: intervensi dilanjutkan<br>No: 1,2,4,5,8                                 | 13.00 | S: pasien mengatakan tidak lagi merasa gelisah, pola tidurnya sudah membaik, tidak lagi merasa mual<br>O: pasien tampak tenang, suhu: 37,8 C<br>A: masalah teratasi<br>P: intervensi dihentikan |

Sumber: pasien

## **B. Pembahasan**

Pembahasan merupakan proses analisa teori dan aplikasi proses keperawatan secara nyata, pada bab ini menguraikan masalah yang ada antara tinjauan teori, tinjauan kasus dan solusi yang diambil untuk mengatasi masalah yang terjadi dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien Ny. M. M dan Ny. O. M diruang Interna RSUD Waikabubak. Dalam pembahasan ini meliputi proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

### **1. Pengkajian keperawatan**

#### **a. Identitas**

Berdasarkan data yang diambil saat pengkajian pasien 1 Ny. M.M berusia 25 tahun dan pasien 2 berusia 28 tahun. Secara teori DBD sering menyerang anak-anak, dewasa muda juga beresiko tinggi, terutama karena aktivitas mereka yang lebih banyak di luar rumah. Hal ini sejalan dengan penelitian (Tule, 2021) yang menyebutkan bahwa usia 16-25 tahun memiliki proporsi kasus DBD tertinggi, yakni 47%. Ini menunjukkan bahwa usia produktif tidak menjamin bebas dari risiko DBD.

Berdasarkan data yang diambil pada saat pengkajian pasien 1 Ny. M.M dan pasien 2 Ny. O.M sama-sama memiliki pekerjaan sebagai petani yang dimana berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Prasetyo et al, 2018) menunjukkan bahwa bekerja diluar ruangan dan berinteraksi langsung dengan lingkungan yang mungkin menjadi tempat berkembang biaknya nyamuk seperti sawah, saluran air, dan wadah-wadah yang menampung air hujan bisa menjadi sarang nyamuk yang cenderung meningkatkan risiko infeksi DBD.

Pasien 1 Ny. M.M dan pasien 2 Ny. O.M sama-sama berpendidikan terakhir SMA. Pendidikan menjadi faktor penting karena berpengaruh terhadap pemahaman individu dalam menjaga kebersihan lingkungan. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, umumnya semakin baik pula pengetahuannya dalam melakukan

tindakan pencegahan (Yuliana, 2019) menegaskan bahwa tingkat pendidikan memiliki hubungan yang signifikan dengan pengetahuan masyarakat tentang pencegahan DBD.

b. Riwayat penyakit sekarang

Berdasarkan data yang didapat dari hasil pengkajian, keluhan pasien 1 Ny. M.M yaitu pasien mengatakan merasa demam dan nyeri seluruh badan, pasien juga mengatakan bahwa pasien sulit tidur dan sulit makan. Pasien 2 Ny. O.M mengatakan bahwa pasien merasa demam, menggigil dan mual dan juga mengalami mimisan. Berdasarkan teori, keluhan utama yang sering dirasakan penderita DBD antara lain demam tinggi mendadak, sakit kepala berat dan nyeri belakang mata, nyeri otot dan sendi, mual dan muntah, ruam atau bintik merah pada kulit, perdarahan ringan, kelelahan dan lemas, nyeri perut.

c. Riwayat penyakit dahulu

Berdasarkan hasil pengkajian riwayat penyakit dahulu, kedua pasien tidak memiliki riwayat penyakit kronis seperti hipertensi, diabetes, atau gangguan imun, serta belum pernah mengalami demam berdarah sebelumnya. Kondisi ini menunjukkan bahwa infeksi dengue yang dialami merupakan infeksi primer, yang umumnya memiliki gejala lebih ringan dibanding infeksi sekunder. Hal ini sejalan dengan penelitian (Yuliana, 2019) yang menyatakan bahwa infeksi primer cenderung tidak menimbulkan komplikasi berat karena belum terbentuk antibodi yang memicu reaksi berlebihan. Selain itu, ketiadaan penyakit penyerta juga mendukung proses pemulihan yang lebih baik, sebagaimana dijelaskan dalam penelitian (Sari et al, 2020) bahwa pasien DBD tanpa komorbid memiliki peluang sembuh lebih tinggi. Riwayat batuk dan pilek yang dialami sebelumnya kemungkinan tidak berkaitan langsung dengan infeksi dengue, namun tetap dicatat sebagai bagian dari kondisi awal pasien.

d. Riwayat penyakit keluarga

Berdasarkan hasil pengkajian, keluarga dari pasien 1 dan pasien 2 menyatakan tidak pernah mengalami penyakit demam berdarah sebelumnya. Hal ini menunjukkan bahwa kemungkinan paparan virus dengue di lingkungan tempat tinggal keluarga cukup rendah, atau keluarga telah menerapkan langkah-langkah pencegahan dengan baik. Tidak adanya riwayat DBD dalam keluarga juga mengindikasikan bahwa faktor genetik atau kerentanan turunan terhadap infeksi dengue kemungkinan kecil. Penelitian oleh Sari dan (Dewi, 2020) menyatakan bahwa lingkungan tempat tinggal, sanitasi, dan kebiasaan hidup bersih memiliki pengaruh lebih besar terhadap risiko terkena DBD dibandingkan faktor keturunan. Selain itu, menurut studi (Prasetyo et al, 2018), kejadian DBD dalam satu keluarga cenderung terjadi karena adanya penularan dalam lingkungan yang sama akibat banyaknya nyamuk *Aedes aegypti* di sekitar rumah. Dengan demikian, informasi bahwa keluarga tidak memiliki riwayat DBD mendukung kemungkinan bahwa kasus ini bersifat sporadis dan lebih dipengaruhi oleh paparan individu terhadap lingkungan yang berisiko.

e. Genogram

Berdasarkan hasil pengkajian yang didapatkan pada Ny. M. M dan Ny. O. M mengatakan bahwa tidak ada keluarga yang terdiagnosa atau memiliki penyakit DBD.

f. Pola nutrisi

Berdasarkan hasil pengkajian pola nutrisi, kedua pasien menunjukkan adanya gangguan pemenuhan kebutuhan makan selama dirawat di rumah sakit. Pasien 1 hanya menghabiskan setengah dari porsi makan yang disediakan tiga kali sehari, sedangkan pasien 2 bahkan lebih sedikit, hanya mampu menghabiskan seperempat porsi karena mengalami kesulitan menelan dan tidak nafsu makan. Kondisi ini dapat menyebabkan asupan nutrisi harian yang tidak mencukupi, yang berpotensi memperlambat proses penyembuhan dan menurunkan

daya tahan tubuh. Penurunan nafsu makan pada pasien DBD dapat disebabkan oleh demam, mual, kelelahan, serta efek psikologis dari perawatan di rumah sakit. Hal ini sesuai dengan penelitian (Wulandari dan Yuliani, 2021) yang menyatakan bahwa pasien DBD cenderung mengalami penurunan nafsu makan selama fase akut karena kondisi fisik yang menurun dan gangguan pencernaan. Selain itu, menurut (Lestari et al, 2019), faktor seperti rasa makanan rumah sakit, mual, dan ketidaknyamanan menelan dapat memengaruhi jumlah asupan nutrisi pasien. Oleh karena itu, intervensi keperawatan seperti pemberian makanan lunak, meningkatkan frekuensi makan dalam porsi kecil, serta dukungan emosional dan edukasi gizi sangat penting untuk meningkatkan asupan makanan selama masa perawatan.

g. Pola eliminasi

Berdasarkan hasil pengkajian, terjadi perubahan pola eliminasi pada kedua pasien selama menjalani perawatan di rumah sakit. Pasien 1 mengalami perubahan frekuensi buang air besar (BAB) menjadi satu kali sehari dengan konsistensi lembek dan warna kuning kecoklatan, berbeda dari pola biasanya di rumah. Sementara pasien 2 mengeluhkan belum BAB sejak Masuk Rumah Sakit, yang menandakan kemungkinan terjadinya konstipasi. Frekuensi buang air kecil (BAK) pada kedua pasien juga menurun menjadi satu kali sehari, meskipun tidak disertai keluhan saat berkemih. Perubahan pola eliminasi ini kemungkinan dipengaruhi oleh penurunan asupan cairan, perubahan aktivitas fisik, posisi tirah baring, serta stres psikologis selama dirawat. Penelitian oleh (Nuraini dan Astuti, 2020) menunjukkan bahwa pasien rawat inap sering mengalami gangguan eliminasi seperti konstipasi akibat perubahan lingkungan dan pola makan. Selain itu, menurut Suharno et al. (2018), imobilisasi dan kurangnya asupan serat serta cairan menjadi faktor utama yang memengaruhi frekuensi BAB pada pasien yang dirawat di rumah sakit.

h. Pola aktivitas

Dari hasil pengkajian diketahui bahwa pasien 1 dan pasien 2 membutuhkan bantuan dalam menjalankan aktivitas sehari-hari seperti makan, minum, dan ke kamar mandi sejak pertama kali dirawat di rumah sakit. Kondisi ini mengindikasikan adanya keterbatasan dalam kemampuan merawat diri, yang kemungkinan besar disebabkan oleh tubuh yang lemah akibat demam tinggi, nyeri otot, dan kelelahan yang umum terjadi pada pasien DBD. Ketergantungan ini perlu menjadi perhatian serius karena dapat berdampak pada proses pemulihan baik secara fisik maupun mental. Penelitian oleh (Sari dan Widyaningsih, 2020) menunjukkan bahwa pasien DBD pada fase akut sering mengalami penurunan kemandirian akibat gejala seperti lemas dan nyeri otot. Hal ini didukung pula oleh studi dari (Fitri et al, 2018) yang menekankan pentingnya dukungan dari perawat dan keluarga dalam membantu aktivitas dasar guna menjaga kenyamanan dan mencegah dampak negatif akibat kurang bergerak.

i. Pola istirahat

Dari hasil pengkajian, kedua pasien menunjukkan adanya gangguan dalam pola tidur selama menjalani perawatan di Rumah Sakit. Pasien 1 hanya dapat tidur selama 6 jam (pukul 23.00–05.00) dan mengeluhkan kesulitan tidur yang disebabkan oleh demam dan suasana ruangan yang bising. Sementara itu, pasien 2 mengalami gangguan tidur yang lebih parah, dengan waktu tidur hanya 3 jam (pukul 23.00–02.00) akibat demam disertai menggigil. Kurangnya waktu tidur ini dapat berdampak negatif terhadap proses penyembuhan karena istirahat yang tidak optimal dapat menurunkan sistem imun dan memperlambat regenerasi sel. (Wulandari dan Prasetya, 2021) mengungkapkan bahwa gangguan tidur sering terjadi pada pasien DBD akibat demam tinggi, rasa nyeri, dan suasana lingkungan rumah sakit yang kurang mendukung kenyamanan. Pernyataan ini juga diperkuat oleh (Rahmawati dan Sulastri, 2019)

yang menyebutkan bahwa kualitas tidur pasien di rumah sakit sangat dipengaruhi oleh faktor internal seperti demam dan nyeri, serta faktor eksternal seperti suara bising dan pencahayaan ruangan.

## 2. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian, baik pasien Ny. M.M maupun Ny. O.M menunjukkan adanya gangguan rasa nyaman yang dirasakan selama menjalani perawatan di rumah sakit. Keduanya mengeluhkan demam yang disertai keluhan lain seperti nyeri, menggigil, dan mual, yang berdampak pada kualitas tidur serta kondisi emosional pasien. Ny. M.M merasa sulit tidur akibat demam dan lingkungan yang bising, sementara Ny. O.M merasakan hal serupa karena demam dan menggigil. Secara objektif, keduanya tampak gelisah dan memiliki pola eliminasi yang menurun, hanya satu kali dalam sehari. Gejala-gejala ini menandakan ketidaknyamanan fisik dan psikologis yang memengaruhi istirahat dan keseharian pasien. Sehingga diagnosa yang diangkat adalah Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit.

## 3. Intervensi Keperawatan

Pada intervensi keperawatan menurut PPNI (2018) dengan diagnosa keperawatan gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit yaitu perawatan kenyamanan terdapat 7 intervensi dan 1 intervensi tambahan dari penulis yaitu Identifikasi gejala yang tidak menyenangkan, Identifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi dan perasaannya, Berikan posisi nyaman, Berikan kompres dingin atau hangat, ciptakan lingkungan yang nyaman, dukung keluarga dan pengasuh terlibat dalam terapi/pengobatan, jelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi/pengobatan, edukasi *Comfort Theory* Katharine Kolcaba. Rencana asuhan keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2 yang DBD dengan diagnosa gangguan rasa nyaman, maka penulis melakukan perencanaan dengan tujuan, kriteria hasil, dan intervensi pada diagnosa tersebut. Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x dalam 24 jam diharapkan status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil sebagai

berikut: Gelisah menurun, keluhan sulit tidur menurun, kebisingan menurun, keluhan kepanasan menurun, mual menurun, pola eliminasi membaik, pola tidur membaik.

#### 4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan antara pasien 1 Ny. M.M pada tanggal 07-09 Mei 2025 dan pasien 2 Ny. O.M pada tanggal 19-21 Mei 2025 dilakukan di ruang Interna RSUD Waikabubak. Pelaksanaan dilakukan menggunakan dasar intervensi dan menyesuaikan dengan masalah keperawatan yang diidentifikasi oleh pasien. Rencana asuhan keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2 mengalami demam berdarah dengue dengan diagnosa gangguan rasa nyaman, maka penulis melakukan perencanaan dengan tujuan, kriteria hasil, dan intervensi pada diagnosa tersebut. Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x dalam 24 jam diharapkan status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil sebagai berikut: Gelisah menurun, Keluhan sulit tidur menurun, kebisingan menurun, Keluhan kepanasan menurun, Mual menurun, Pola eliminasi membaik, Pola tidur membaik. Perencanaan yang dilakukan adalah observasi: 1) Mengidentifikasi gejala yang tidak menyenangkan pada kedua pasien dengan hasil: Pasien mengatakan hal yang paling dirasa tidak nyaman yaitu karena demam, menggigil, mual nyeri dan kebisingan dalam ruangan. 2) Mengidentifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi dan perasaannya pada kedua pasien dengan hasil: Pasien mengatakan lemah dan cemas mengenai kondisinya saat ini. 3) memberikan posisi nyaman pada kedua pasien dengan hasil: pasien merasa lebih nyaman. 4) memberikan kompres dingin atau hangat pada kedua pasien dengan hasil suhu tubuh kedua pasien menurun. 5) ciptakan lingkungan yang nyaman pada kedua pasien dengan hasil: kedua pasien merasa nyaman dan tenang. 6) menjelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi/pengobatan pada kedua pasien dengan hasil: Kedua pasien mengatakan paham dengan pengobatan yang akan diberikan. 6) Mendukung keluarga dan pengasuh terlibat dalam terapi/pengobatan pada kedua pasien dengan hasil kedua

pasien merasa senang karena keluarga ikut terlibat dalam proses pengobatan pasien. 7) Mengedukasi *Comfort Theory* Katharine Kolcaba pada kedua pasien dengan hasil pasien merasa nyaman setelah diberikan edukasi kenyamanan dari segi fisik, lingkungan, psikospiritual dan sosiokultural.

5. Evaluasi keperawatan

Hasil dari evaluasi keperawatan selama 3 hari pada pasien DBD yaitu:

**Pasien 1 Ny. M.M: Dimulai pada tanggal 7 – 9 Mei 2025**

**Diagnosa:** Gangguan Rasa Nyaman berhubungan dengan gejala penyakit

**Evaluasi:** setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x dalam 24 jam masalah status kenyamanan membaik dengan hasil yang didapatkan evaluasi hari pertama tanggal 7 Mei 2025 pasien mengatakan masih merasa gelisah, sulit tidur, tidak nyaman akibat kebisingan di Rumah Sakit, demam dan nyeri seluruh badan, tampak gelisah, suhu: 38,8°C. Evaluasi hari ke dua tanggal 8 Mei 2025 pasien mengatakan gelisahnya sudah berkurang, masih sulit tidur, tidak lagi merasa terganggu akibat kebisingan Rumah Sakit, pasien masih tampak gelisah, suhu: 38°C Evaluasi hari ketiga pada tanggal 9 Mei 2025 pasien mengatakan tidak lagi merasa gelisah, pola tidurnya sudah membaik, Suhu tubuh 37,8°C.

**Pasien 2 Ny. O.M: Dimulai pada tanggal 19-21 Mei 2025**

**Diagnosa:** Gangguan Rasa Nyaman berhubungan dengan gejala penyakit

**Evaluasi:** setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x dalam 24 jam masalah status kenyamanan membaik dengan hasil yang didapatkan evaluasi hari pertama tanggal 19 Mei 2025 pasien mengatakan masih merasa gelisah, sulit tidur, tidak nyaman akibat demam dan mual, tampak gelisah, suhu: 39,2°C. Evaluasi hari ke dua tanggal 20 Mei 2025 pasien mengatakan gelisahnya sudah berkurang, masih sulit tidur, masih mengeluh tidak nyaman akibat demam dan mual, pasien masih tampak gelisah, suhu: 38,5°C Evaluasi hari ketiga pada tanggal 21 Mei 2025 pasien

mengatakan tidak lagi merasa gelisah, tidak lagi merasa mual, pola tidurnya sudah membaik, Suhu tubuh 37,8°C.

Hasil evaluasi kedua pasien dapat disimpulkan bahwa Evaluasi keperawatan terhadap dua pasien DBD, yaitu Ny. M.M dan Ny. O.M, dilakukan selama tiga hari berturut-turut, dengan fokus intervensi pada diagnosa gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit. Hasil evaluasi menunjukkan adanya perbaikan yang signifikan dalam kenyamanan pasien dari hari ke hari. Pada pasien Ny. M.M, evaluasi hari pertama (7 Mei 2025) menunjukkan bahwa pasien masih merasakan gelisah, sulit tidur, dan tidak nyaman akibat kebisingan lingkungan rumah sakit, serta mengalami demam dan nyeri tubuh, dengan suhu tubuh mencapai 38,8°C. Di hari kedua (8 Mei 2025), keluhan mulai berkurang, terutama gangguan dari lingkungan seperti suara bising, meskipun pasien masih merasa gelisah dan kesulitan tidur, dengan suhu menurun menjadi 38°C. Pada hari ketiga (9 Mei 2025), pasien menyatakan tidak lagi merasa gelisah, pola tidur membaik, dan suhu tubuh turun menjadi 37,8°C, menandakan adanya peningkatan kenyamanan secara menyeluruh.

Hal yang sama juga terlihat pada pasien Ny. O.M. Pada hari pertama evaluasi (19 Mei 2025), pasien mengeluhkan rasa gelisah, sulit tidur, demam, dan mual, dengan suhu tubuh 39,2°C. Di hari kedua (20 Mei 2025), pasien menyatakan gelisahnya mulai berkurang, namun masih merasa tidak nyaman karena demam dan mual, dengan suhu tubuh menurun menjadi 38,5°C. Pada hari ketiga (21 Mei 2025), kondisi pasien semakin membaik, tidak lagi merasa gelisah atau mual, pola tidur sudah membaik, dan suhu tubuh stabil di 37,8°C.

Kedua evaluasi tersebut menunjukkan bahwa intervensi keperawatan yang berfokus pada peningkatan kenyamanan, seperti menciptakan lingkungan yang lebih tenang, mengontrol suhu tubuh, serta memberikan dukungan emosional, terbukti efektif. Menurut penelitian yang dilakukan oleh (Tafui, 2022) dengan melakukan asuhan keperawatan dengan pendekatan teori kenyamanan dapat meningkatkan kenyamanan dari segi fisik,

lingkungan, psikospiritual dan sosiokultural pasien. Sementara itu, studi yang dilakukan oleh (Nada & Nursanti, 2024) dengan melakukan penerapan edukasi kesehatan pada pasien demam berdarah dengan metode kenyamanan Katharine Kolcaba terjadi peningkatan tingkat kenyamanan pasien yang diukur melalui penurunan gejala fisik (seperti demam dan mual), terjadi peningkatan kesejahteraan emosional, dan kepuasan pasien terhadap perawatan yang diterima. Teori ini menekankan pentingnya menciptakan rasa nyaman fisik, mental, dan sosial bagi pasien. Dalam konteks demam berdarah, solusi yang bisa diberikan antara lain adalah pemberian kompres hangat untuk menurunkan demam, pengaturan cairan tubuh yang tepat, serta memberikan dukungan psikologis untuk mengurangi kecemasan pasien. Selain itu, menciptakan lingkungan yang nyaman dan tenang juga menjadi salah satu langkah penting dalam mendukung proses pemulihan pasien. Temuan ini mengindikasikan bahwa dengan melakukan asuhan keperawatan dengan pendekatan teori kenyamanan Katharine Kolcaba dapat meningkatkan kenyamanan pada pasien demam berdarah terhadap gangguan rasa nyaman. Perubahan bertahap dalam indikator kenyamanan pasien sejalan dengan teori *Comfort* Kolcaba, yang menekankan pentingnya memenuhi kebutuhan kenyamanan secara fisik, psikis, lingkungan, dan spiritual selama perawatan. Temuan ini juga diperkuat oleh penelitian (Wulandari & Prasetya, 2021), yang menyatakan bahwa intervensi keperawatan yang memfasilitasi kenyamanan pasien berpengaruh langsung terhadap peningkatan kualitas istirahat dan pemulihan kondisi fisik. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa gangguan rasa nyaman pada pasien DBD dapat diatasi secara efektif melalui pendekatan keperawatan yang menyeluruh, serta evaluasi berkelanjutan yang memantau respons pasien terhadap tindakan yang diberikan.

### **C. Keterbatasan**

Namun ada beberapa keterbatasan dari penelitian ini, salah satunya yaitu responden yang digunakan hanya 2 sehingga tidak dapat digunakan sebagai gambaran menyeluruh untuk semua pasien. Waktu intervensi yang relatif singkat sehingga efek jangka panjang belum dapat diamati, serta faktor lingkungan ruang perawatan dan keterlibatan keluarga yang berbeda-beda yang dapat memengaruhi tingkat kenyamanan pasien. Oleh karena itu penelitian selanjtnya disarankan agar melakukan penelitian dengan menambah jumlah responden dan menggunakan metode yang lebih baik.