

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. I DENGAN DIAGNOSA MEDIS DENGUE
HEMORAGIC FEVER DIRUANG V RUMKITAL TNI AL Dr. RAMELAN
SURABAYA**



Oleh :

KHOFIFAH NUR ROCHMAH

NIM. 19.20022

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA**

2022

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. I DENGAN DIAGNOSA MEDIS DENGUE
HEMORAGIC FEVER DI RUANG V RUMKITAL Dr. RAMELAN SURABAYA**

**Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**



Oleh :

KHOFIFAH NUR ROCHMAH

NIM. 1920022

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

2022

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 21 Februari 2022

KHOFIFAH NUR ROCHMAH

NIM. 1920022

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Khofifah Nur Rochmah

NIM : 1920022

Program Studi : D-III Keperawatan

Judul : Asuhan Keperawatan Pada An. I Dengan Diagnosa Medis Dengue Hemoragic Fever Di Ruang V Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

Serta perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

AHLI MADYA KEPERAWATAN (AMd.Kep)

Surabaya, 21 Februari 2022

Pembimbing

Diyah Arini, S.Kep., Ns., M.Kes

NIP. 03.003

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 21 Februari 2022

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : Khofifah Nur Rochmah

NIM : 1920022

Program Studi : D-III Keperawatan

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada An. I Dengan Diagnosa Medis Dengue Hemoragic Fever Di Ruang V Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah Stikes Hang Tuah Surabaya, pada :

Hari, tanggal : 21 Februari 2022

Bertempat di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **LULUS** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar **AHLI MADYA KEPERAWATAN** pada Prodi D-III Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya

Penguji I : Dwi Ernawati, S.Kep., Ns., M.kes
NIP. 03023

Penguji II : Sri Reny Rachmawati, S.Kep., Ns
NIP. 1982011302006042005

Penguji III : Diyah Arini, S.Kep., Ns., M.Kes
NIP. 03003

Mengetahui,
STIKES Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi D-III Keperawatan

Dya sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes.
NIP. 03.007

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 21 Februari 2022

MOTO & PERSEMBAHAN

“Kecewa semenit dua menit boleh, tapi setelah itu harus bangkit lagi. Fighting, you can do it”.

Dengan puji syukur kepada ALLAH SWT penulis mempersembahkan karya tulis ilmiah ini kepada :

1. Allah SWT atas segala limpahan rahmat, nikmat, dan karunianya sehingga saya diberikan kesehatan dan bisa menyelesaikan tugas akhir ini.
2. Ayah, almh ibu, mama, kakak yang insyaallah selalu memberikan doa tanpa henti-hentinya. Dan untuk ayah yang selalu sabar memberikan bantuan baik materi dan motivasi kepadaku.
3. Untuk dosen pembimbing institusi dan pembimbing lahan yang sudah membimbing Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Untuk sahabatku tersayang irma dan viska yang selalu ada untuk memberikan dukungan dan support dalam mengerjakan karya tulis ilmiah ini.
5. Keluarga besar D-III angkatan 25 yang telah memberikan dukungan dan support sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmad dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Ahli Madya Keperawatan.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Kol. Dr. Gigih Imanta J., So.PD., Finasim., M.M selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan izin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Dr. AV. Sri Suhardiningsih, S.Kp.,sM.Kes selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dya Sustrami., S.Kep., Ns., M.Kes, selaku Kepala Program Studi DIII Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Dwi Ernawati, S.Kep., Ns M.Kes selaku penguji ketua, yang dengan telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

5. Ibu Diyah Arini, S.Kep., Ns., M.Kes selaku Penguji dan pembimbing, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
6. Ibu Sri Reny Rachmawati, S.Kep., Ns selaku Penguji dan pembimbing, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
7. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
8. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 21 Februari 2022

KHOFIFAH NUR ROCHMAH

NIM.1920022

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
MOTTO DAN PERSEMBAHAN.....	iv
HALAMAN PENGESAHAN.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
DAFTAR SINGKATAN.....	xiv

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penulisan.....	4
1.4 Manfaat Penulisan.....	4
1.5 Metode Penulisan.....	5
1.6 Sistematika Penulisan.....	6

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit.....	8
2.1.1 Pengertian.....	8
2.1.2 Etiologi.....	9
2.1.3 Manifestasi Klinis.....	9
2.1.4 Patofisiologi.....	10
2.1.5 Diagnosa Banding.....	11

2.1.6	Komplikasi.....	12
2.1.7	Pemeriksaan Penunjang.....	12
2.1.8	Pencegahan.....	13
2.1.9	Penatalaksanaan.....	14
2.2	Konsep Anak.....	14
2.2.1	Pengertian Tumbuh Kembang.....	15
2.2.2	Tumbuh Kembang Anak Usia 10 Tahun.....	15
2.3	Hospitalisasi.....	17
2.4	Imunisasi.....	17
2.4.1	Pengertian.....	17
2.4.2	Lokasi Pemberian.....	18
2.4.3	Jenis Vaksin.....	18
2.5	Nutrisi Pada Anak Sekolah.....	19
2.5.1	Pengertian.....	19
2.5.2	Tujuan Pemberian Nutrisi.....	19
2.6	Asuhan Keperawatan.....	19
2.6.1	Pengkajian.....	22
2.6.2	Diagnosa Keperawatan.....	23
2.6.3	Intervensi Keperawatan.....	24
2.6.4	Implementasi Keperawatan.....	31
2.6.5	Evaluasi Keperawatan.....	32
2.7	Kerangka Masalah.....	33
 BAB 3 TINJAUAN KASUS		
3.1	Pengkajian.....	34

3.2 Analisa Data.....	46
3.3 Prioritas Masalah.....	49
3.4 Rencana Keperawatan.....	50
3.5 Tindakan Keperawatan.....	54
BAB 4 PEMBAHASAN	
4.1 Pengkajian.....	66
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	67
4.3 Perencanaan.....	69
4.4 Pelaksanaan.....	70
4.5 Evaluasi.....	71
BAB 5 PENUTUP	
5.1 Simpulan.....	73
5.2 Saran.....	76
DAFTAR PUSTAKA.....	78
Lampiran.....	79

DAFTAR TABEL

Tabel 3.2 Analisa Data.....	46
Tabel 3.3 Prioritas Masalah.....	49
Tabel 3.4 Rencana Keperawatan.....	50
Tabel 3.5 Tindakan Keperawatan dan Catatan Perkembangan.....	54

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Penyuluhan	86
Lampiran 2 Leaflet	87

DAFTAR SINGKATAN

An	: Anak
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Besar
BB	: Berat Badan
BCG	: Bacillus calmett Guerin
°C	: Derajat Celcius
cc	: Centimeter Cubik
Cm	: Centimeter
CT	: Computerized Tomography
DL	: Darah Lengkap
DHF	: Dengue Hemoragik Fever
DO	: Data Objektif
DS	: Data Subjektif
DSS	: Dengue Syok Syndrom
DPT	: Difteria Pertusis Tetanus
GCS	: Glasgow Coma Scale
Hb	: Hepatits B
Hib	: Haemophilus influenza tipe B
Ics	: Intercosta
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
IPV	: Inactivated Poliomyelitis vaccine
ITP	: Idiopathic Thrombocytopenia Purpura
Iv	: Intravena
Ka	: Ketua
Kg	: Kilogram
Kkal	: Kilokalori
LBP	: Lapang Pandang Besar
Mg	: Miligram
MK	: Masalah Keperawatan

MI	: Mililiter
MMR	: Mumps, Measles dan Rubella
OPV	: Oral Poliomyelitis
PCT	: Procalcitonin
PEWS	: Pediatric Early Warning Sign
Prodi	: Program studi
RR	: Respiration Rate
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
RSPAL	: Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut
RUMKITAL	: Rumah Sakit Angkatan Laut
S1 S2	: Suara 1 Suara 2
SDKI	: Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia
SLKI	: Standar Luaran Keperawatan Indonesia
SIKI	: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
STIKES	: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
TB	: Tinggi Badan
TBC	: Tuberculosis
Th	: Tahun
TTV	: Tanda Tanda Vital
UL	: Urin Lengkap
USG	: Ultrasonografi
WIB	: Waktu Indonesia Barat

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Anak merupakan individu yang unik dan mempunyai kebutuhan sesuai tahap perkembangannya. Sebagai individu yang unik, anak memiliki berbagai kebutuhan yang berbeda dengan yang lain sesuai tumbuh kembang. Kebutuhan fisiologis seperti nutrisi, cairan, aktivitas, eliminasi, tidur dan lain- lain, sedangkan kebutuhan psikologis, sosial dan spiritual yang akan terlihat sesuai tumbuh kembangnya (Yuliastati ,2016). Hockenberry & Wilson (2009) anak dapat dikelompokkan menurut fase perkembangannya yaitu terdiri dari fase prenatal, fase neonatal, fase infant, fase toddler, fase prasekolah, fase sekolah, dan fase remaja. Fase prenatal mencakup masa kehamilan sampai anak dilahirkan. Fase neonatal merupakan masa saat bayi lahir sampai usia 28 hari. Fase infant merupakan fase saat bayi berusia 1 bulan sampai 12 bulan. Fase toddler merupakan saat anak berusia 1-3 tahun. Setelah di fase ini akan memasuki pra sekolah yaitu saat anak memasuki usia 3-6 tahun. Fase sekolah merupakan fase fase berusia 6-12 tahun, dan terakhir fase remaja yaitu saat anak memasuki usia 12-18 tahun.

Dengue hemoragik fever (DHF) merupakan penyakit infeksi virus akut yang disebabkan oleh virus dengue yang di tularkan melalui gigitan nyamuk aedes aegypti dan ditandai dengan demam 2-7 hari disertai dengan manifestasi seperti hipertermi, pendarahan, penurunan trombosit (trombositopenia), adanya hemokonsentrasi yang ditandai dengan kebocoran plasma (peningkatan hematokrit, asites, efusi pleura, hipoalbuminemia), dan disertai dengan gejala-gejala yang muncul seperti nyeri kepala, nyeri otot dan tulang, ruam kulit atau nyeri belakang bola mata, nyeri perut (Kemenkes RI, 2013). Penyakit demam berdarah termasuk dalam kelompok B Arthropod virus

arbovirus yang meliputi, genus flavivirus, family flavivirus dan mempunyai 4 serotipe, yaitu DEN-1, DEN-2, DEN-3, DEN-4 (Depkes RI, 2016). Aningsih (2018) dalam Ngastiyah (2014), penyakit DHF ditandai oleh demam mendadak tanpa sebab yang jelas dan disertai gejala lain seperti lemah, nafsu makan berkurang, muntah, nyeri pada anggota badan, punggung, sendi, kepala dan perut. Gejala – gejala tersebut menyerupai influenza biasa. Pada hari ke-2 dan ke-3 demam muncul bentuk perdarahan yang beraneka ragam dimulai dari yang paling ringan berupa perdarahan di bawah kulit (peteki atau ekimosis), perdarahan gusi, epitaksis, sampai perdarahan yang hebat berupa muntah darah akibat perdarahan lambung, melena, dan juga hematuria masif. Aningsih (2018) dalam hasil penelitian Annisa, dkk (2015), menjelaskan bahwa tanda dan gejala lain yang terdapat pada anak DBD yaitu pembesaran hepar, epitaksis. Kemenkes RI (2010), menjelaskan bahwa tanda bahaya DBD adalah nyeri perut, muntah berkepanjangan, terdapat akumulasi cairan, perdarahan mukosa, letargi, lemah, pembesaran hati >2 cm, kenaikan hematokrit seiring dengan penurunan jumlah trombosit yang cepat.

Pada tahun 2017 di Indonesia terjadi angka kesakitan / Incidence Rate DBD sekitar 68,407 kasus dan angka kematian/Case Fatality Rate sebesar 493 kematian jika dibandingkan pada tahun 2016 berjumlah 1.598 kematian, kasus ini mengalami penurunan hampir tiga kali lipat. Di Jawa Timur pada tahun 2017 tercatat 7,838 kasus dan 105 kematian (DepKes RI, 2017). Berdasarkan pengkajian klinis penulis di RSAL ruang V penderita Dengue Hemotagik Fever mengalami demam tinggi lalu datang ke RSAL untuk berobat dan setelah itu dilakukan pemeriksaan laboratorium cek darah lengkap adanya trombositopenia ($50.00 \cdot 10^3/\mu$ l), hemakosentrasi (35.20%) dari hasil yang didapatkan pasien terdiagnosa DHF dengan masalah keperawatan yang muncul adalah Hipertermi, Intoleransi Aktivitas, Resiko Hipovolemia, Nyeri Akut, Defisit Nutrisi. Di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya jumlah klien yang di Ruang V pada tahun 2016 terdapat 30

kasus Dengue Hemoragik Fever, pada tahun 2017 mencapai 64 kasus Dengue Hemoragik Fever, pada tahun 2018 mencapai 32 kasus Dengue Fever, sedangkan pada tahun 2022 bulan Januari ini mencapai 45 kasus Dengue Hemoragik Fever. Dan masalah keperawatan yang sering muncul pada Januari ini adalah Hipertermi, Resiko Hipovolemia, Nyeri Akut, Defisit Nutrisi.

Peran perawat sangat dibutuhkan dalam memberikan asuhan keperawatan yaitu memberikan pendidikan kesehatan pada pasien Dengue hemoragic fever untuk pemberian cairan yang cukup. Karena pada penderita DHF penting untuk minum air putih yang banyak dan mendapatkan asupan makanan seimbang antara sayur, buah dan lauk dan upaya terapi farmakologi pemberian antibiotik dan antiinflamasi (Potter&Perry, 2011). Terkait penatalaksanaan dengan masalah keperawatan demam pada pasien dengue hemoragic fever, ada beberapa teknik non farmakologi yaitu melakukan tindakan kompres hangat, menganjurkan menggunakan pakaian tipis, dan banyak minum air putih (Doenges, Marlynn, dkk. 2015). Tindakan kompres hangat merupakan tindakan keperawatan yang sangat efektif diberikan pada pasien dengan demam dengue hemoragic fever. Karena, dapat berpengaruh terhadap perubahan suhu tubuh pada pasien dengue hemoragic fever jika dilakukan secara berulang. Dan peran manusia dalam mencegah terjadinya peningkatan khusus demam berdarah adalah dengan kegiatan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN), Pemantauan Jentik Berkala (PJB), abatisasi, dan peran serta menjadi Jumanti.

1.2 Rumusan Masalah

Agar mengetahui lebih lanjut dari pengawasan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan Asuhan Keperawatan Dengue Fever dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut :

“ Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Diagnosa Medis Dengue Hemoragic Fever Di Ruang V Rumkital Dr. Ramelan Surabaya “.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Diagnosa Medis Dengue Hemoragic Fever Di Ruang V Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengkaji klien dengan diagnosa medis Dengue Hemoragic Fever Di Ruang V Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
2. Merumuskan diagnosa medis Dengue Hemoragic Fever Di Ruang V Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
3. Merencanakan asuhan keperawatan pada klien diagnosa medis Dengue Hemoragic Fever Di Ruang V Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan asuhan keperawatan pada klien diagnosa medis Dengue Hemoragic Fever Di Ruang V Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
5. Mengevaluasi asuhan keperawatan pada klien diagnosa medis Dengue Hemoragic Fever Di Ruang V Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
6. Mendokumentasi asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis Dengue Hemoragic Fever Di Ruang V Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

1.4 Manfaat

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat, sebagai berikut :

1. Akademis, hasil karya tulis ilmiah ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam asuhan keperawatan pada klien Dengue Hemoragic Fever.
2. Secara praktis tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :
 - a. Bagi Karya Tulis ilmiah
Dapat menjadikan gambaran atau masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan klien Dengue Hemoragic Fever dengan baik.
 - b. Bagi Penelitian
Hasil ini dapat menjadi salah satu tujuan bagi peneliti berikutnya yang akan melakukan karya tulis ilmiah pada asuhan keperawatan pada klien dengan Dengue Hemoragic Fever..
 - c. Bagi Profesi Kesehatan
Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada klien Dengue Hemoragic Fever.

1.5 Metode Penulisan

1. Metode
Metode dekriptif merupakan metode yang bersifat mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang, meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.
2. Teknik Pengumpulan Data
 - a. Wawancara
Merupakan data yang di ambil atau diperoleh melalui percakapan yang baik dengan klien, keluarga, tim kesehatan lainnya.

b. Observasi

Merupakan data yang diambil melalui percakapan yang baik dengan klien, keluarga, tim kesehatan lainnya.

c. Pemeriksaan

Merupakan pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

3. Sumber Data

a. Data Primer

Merupakan data yang diperoleh dari klien

b. Data Sekunder

Merupakan data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat klien, catatan medic perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lainnya.,

4. Studi Kepustakaan

Merupakan mempelajari dari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis ilmiah dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan mempermudah dalam mempelajari dan memahami karya tulis ilmiah ini secara keseluruhan dibagi menjadi 3 bagian yaitu :

1. Bagian awal memuat halaman judul, persetujuan pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian inti terdiri dari 5 bab yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : Pendahuluan berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat, penelitian, dan sistematika penulisan karya tulis ilmiah.

BAB 2 : Tinjauan pustaka berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa medis Dengue Fever, serta kerangka masalah.

BAB 3 : Tinjauan kasus berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnose, perencanaan, dan evaluasi.

BAB 4 : Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada dilapangan.

BAB 5 : Penutup berisi tentang kesimpulan dan saran.

3. Bagian akhir terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan anak dengan diagnose Dengue Hemoragic Fever. Konsep penyakit ini meliputi, definisi, etiologi, dan penanganan secara medis. Dan asuhan keperawatan diuraikan masalah-masalah yang sering muncul pada penyakit Dengue Hemoragic Fever. Dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari, pengkajian, diagnose, pelaksanaan, dan evaluasi.

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Pengertian

Demam Berdarah Dengue/DBD (Dengue Hemorrhagic Fever/DHF) adalah penyakit yang di sebabkan oleh virus Dengue yang di tularkan melalui gigitan nyamuk aedes aegypti dan aedes albopictus. Virus ini akan mengganggu kinerja darah kapiler dan sistem pembekuan darah, sehingga mengakibatkan perdarahan. Demam Berdarah Dengue tidak menular melalui kontak manusia dengan manusia. Virus dengue sebagai penyebab demam berdarah hanya dapat di tularkan melalui gigitan nyamuk (Prasetyo, 2012). Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan penyakit yang disebabkan oleh gigitan nyamuk Aedes yang terinfeksi salah satu dari empat tipe virus dengue dengan manifestasi klinis demam, nyeri otot dan nyeri sendi yang disertai leukopenia, ruam, limfadenopati, trombositopenia dan diathesis hemoragik (WHO, 2011). Dan terdapat tiga tahapan yang dialami penderita penyakit DBD, yaitu fase demam, fase kritis, dan fase pemulihan (WHO,2009).

2.1.2 Etiologi

Penyakit DHF disebabkan oleh virus dengue dari kelompok arbovirus B yaitu *Aedes triseriatus*. Atau disebut juga virus yang disebabkan oleh Arthropoda. Virus ini termasuk genus flavivirus dari famili flavivirus. Nyamuk *Aedes* betina biasanya terinfeksi virus dengue pada saat menghisap darah dari seseorang yang mengalami tahap demam akut. Setelah melalui periode inkubasi ekstrinsik selama 8-10 hari. Kelenjar ludah *Aedes* akan menjadi terinfeksi dan virusnya akan ditularkan ketika nyamuk menggigit dan mengeluarkan cairan ludahnya kedalam luka gigitan ke tubuh orang lain. Setelah masa inkubasi instrinsik selama 3-14 hari timbul gejala awal penyakit secara mendadak yang ditandai dengan demam, pusing, nyeri otot, hilangnya nafsu makan dan berbagai tanda nonspesifik seperti mual (mual-mual), muntah dan rash (ruam kulit) biasanya muncul pada saat atau persis sebelum gejala awal penyakit tampak dan berlangsung selama 5 hari setelah dimulai penyakit, saat-saat tersebut merupakan masa kritis dimana penderita dalam masa inefektif untuk nyamuk yang berperan dalam siklus penularan. (Widoyono, 2012).

2.1.3 Manifestasi Klinik

Manifestasi klinis mulai dari infeksi tanpa gejala demam, demam dengue (DD) dan DBD, ditandai dengan (Khair,2013) :

- a. Demam tinggi selama 5-7 hari
- b. Perdarahan terutama bawah kulit, petekie, hematoma
- c. Epitaksi, hemamalena, hematuria
- d. Mual, muntah, diare, konstipasi, tidak mau makan
- e. Nyeri otot, nyeri tulang, nyeri sendi, nyeri abdomen, dan nyeri uluh hati
- f. Sakit kepala

- g. Pembengkakan sekitar mata
- h. Pembesaran hati, limfa, kelenjar getah bening
- i. Tanda-tanda renjatan (sianosis, kulit lembab dan dingin, tekanan darah menurun, gelisah, capila reffil time lebih dari 2 detik nadi cepat dan lemah).

2.1.4 Patofisiologi

Patofisiologi primer DBD dan dengue syock syndrome (DSS) adalah peningkatan akut permeabilitas vaskuler yang mengarah pada kebocoran plasma ke dalam ruang ekstrasvaskuler, sehingga mengakibatkan hemokonsentrasi dan penurunan tekanan darah. Pada kasus berat, volume plasma akan menurun lebih dari 20%, hal ini didukung penemuan post mortem meliputi efusi pleura, hemokonsentrasi dan hipoproteinemi. (*Demam Berdarah - Dr Genis Ginanjar - Google Buku, n.d.*)

Setelah masuk ke dalam tubuh manusia, virus dengue berkembang biak dalam sel retikuloendotelial dan diikuti dengan viremia yang berlangsung 5-7 hari. Akibat infeksi ini, muncul respon imun baik humoral maupun selular, antara lain anti netralisasi, anti-hemaglutinin dan anti komplemen. Antibodi yang muncul pada umumnya adalah IgG dan IgM, pada infeksi dengue primer antibodi mulai terbentuk, dan pada infeksi sekunder kadar antibodi yang telah ada jadi meningkat. (*Demam Berdarah - Dr Genis Ginanjar - Google Buku, n.d.*)

Antibodi terhadap virus dengue dapat ditemukan di dalam darah sekitar demam hari ke-5, dan meningkat pada minggu pertama sampai dengan ketiga, lalu menghilang setelah 60-90 hari. Kinetik kadar IgG berbeda dengan kinetik kadar antibodi IgM, oleh karena itu kinetik antibodi IgG harus dibedakan antara infeksi primer dan sekunder. Pada infeksi primer antibodi IgG meningkat sekitar demam hari ke-14 sedang pada infeksi sekunder antibodi IgG meningkat pada hari kedua.

Oleh karena itu diagnosa dini infeksi primer hanya dapat ditegakkan dengan mendeteksi antibodi IgM setelah hari sakit kelima, diagnosis (Aspirator Vol. 2 No. 2 Tahun 2010 : 110 –119).

2.1.5 Diagnosa Banding

- a. Belum / tanpa renjatan meliputi : campak, infeksi bakteri / virus lain (misal tonsilo faringitis, demam dari kelompok penyakit, hepatitis, chikungunya).
- b. Dengan renjatan meliputi : demam tipoid, Renjatan septik oleh kuman gram negatif lain.
- c. Dengan kejang meliputi : Ensefalopatis, Meningitis G (Hidayat A. Aziz Alimul, 2008).

2.1.6 Klasifikasi

- a. Derajat I meliputi demam yang disertai dengan gejala klinis lain atau perdarahan spontan, uji turniket positif, trombositopenia dan hemokonsentrasi.
- b. Derajat II meliputi perdarahan spontan selain manifestasi pasien pada derajat I, biasanya pada bentuk perdarahan kulit atau perdarahan lain.
- c. Derajat III meliputi gagal sirkulasi pada manifestasikan dengan nadi cepat dan lemah serta penyempitan tekanan nadi atau hipotensi, dengan adanya kulit dingin dan lembab serta gelisah.
- d. d. Derajat IV meliputi rejan berat, denyut nadi, dan tekanan darah tidak dapat di ukur. Yang di sertai dengan Dengue Shock Sindrom.

2.1.7 Komplikasi

- a. Perdarahan : Infeksi virus yang menyebabkan perlekatan kompleks antigen-antibodi pada membran trombosit, sehingga terjadi trombositopenia. Jadi pada perdarahan

- masif, penurunan faktor pembekuan, kelainan fungsi trombosit pada DHF di akibatkan oleh trombositopenia.
- b. Syok : Indikasi sekunder oleh virus dengue akan menyebabkan respon antibodi amnesia yang akan terjadi dalam waktu beberapa hari mengakibatkan proliferasi dan transformasi limfosit dengan menghasilkan titer tertinggi antibodi IgG anti dengue. Pada pasien dengan syok berat, volume plasma dapat berkurang sampai lebih dari 30% dan berlangsung selama 24-28 jam. Syok yang tidak di tanggulasi menyebabkan asidosis dan anoreksia yang dapat berakhir fatal yaitu kematian.
 - c. Efusi Pleura : Efusi pleura di sebabkan oleh infeksi virus dengue yang bisa memecahkan membran kapiler dan memungkinkan pengaliran protein plasma dan cairan yang kemudian masuk kedalam rongga pleura secara cepat dan akumulasi cairan ini di sebut efusi pleura.
 - d. Penurunan kesadaran : Saat terjadi infeksi virus dengue, kemudian mengalami replikasi. Maka terbentuk kompleks virus antibodi yang menyebabkan efek, salah satunya permeabilitas kapiler yang mengakibatkan terjadi penurunan kesadaran.
 - e. Kematian : Syok yang tidak di tanggulasi menyebabkan asidosis dan anoksia yang dapat berakhir fatal yaitu kematian.

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Menurut susalaningrum,R (2013) pada pemeriksaan darah pasien DHF akan dijumpai sebagai berikut :

- a. Hb dan PCV meningkat (>20%).
- b. Trombosit (<100.000).
- c. IgD dengue positif.

- d. Hasil pemeriksaan kimia darah menunjukkan hipoproteinemia, hipokloremia, hiponateremia.
- e. Urin dan pH darah mungkin meningkat.
- f. Asidosis metabolic: $p\text{CO}_2 < 35\text{-}40$ mmHg HCO_3 rendah.

2.1.9 Pencegahan

Pencegahan penyakit demam berdarah berfokus pada pengendalian cara penularannya melalui nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*. Jika sudah memasuki pergantian musim, maka perlu sering dilakukan pengasapan atau *fogging* terutama jika di suatu tempat ada yang terkena penyakit demam berdarah.

Tak hanya hal itu, setiap orang wajib menjaga kebersihan lingkungan untuk memberantas sarang nyamuk, termasuk menghindari adanya genangan air dengan cara menjaga saluran drainase tetap lancar. Pemberantasan sarang nyamuk dapat dilakukan dengan 3M, yaitu:

- a. Menutup tempat penampungan air untuk mengurangi tempat nyamuk berkembangbiak
- b. Menguras dan membersihkan bak mandi atau tempat penampungan air yang lain secara rutin
- c. Mengubur sampah-sampah yang berpotensi sebagai sarang nyamuk
- d. Untuk perlindungan dari gigitan nyamuk penyebab demam berdarah bisa juga dilakukan dengan memakai lotion anti nyamuk terutama di pagi hari, menggunakan kelambu di tempat tidur, memasang kawat anti nyamuk, dan menjaga kesehatan tubuh agar tetap fit.

Pemberian vaksin juga bisa dilakukan sejak usia anak-anak 9-16 tahun untuk mencegah risiko demam berdarah yang mengandung 4 tipe virus. Vaksin demam berdarah dapat diberikan secara bertahap sebanyak 3 kali dengan jarak antara vaksin setiap 6 bulan.

2.1.10 Penatalaksanaan

Dalam penatalaksanaan kasus demam berdarah dengue dikutip oleh WHO (2016) menyatakan bahwa dasar pengobatan demam berdarah Dengue adalah pemberian cairan ganti secara adekuat. Sebagai contoh jika anak dengan berat 20kg, maka kebutuhan cairan 2.500 ml/24 jam dengan kecepatan 5 ml/kgBB/jam. Cairan kristaloid isotonik merupakan cairan pilihan. Pada bayi <6 bulan diberikan cairan NaCl 0,45% atau dasar pertimbangan fungsi fisiologis yang berbeda dengan anak yang lebih besar. Penderita DBD tanpa renjatan tersebut dapat di beri minum banyak 1,5-2 liter perhari, berupa air putih, teh manis, sirup, susu, oralit. (*Demam Berdarah - Dr Genis Ginanjar - Google Buku, n.d.*)

Terhadap penderita DBD yang tidak disertai dengan renjatan tersebut dapat diberikan dengan penurun panas. Karena besarnya risiko bahaya yang mengancam, setiap orang yang diduga menderita DBD harus segera dibawa ke rumah sakit. Perawatan di rumah sakit diperlukan untuk pemantauan kemungkinan terjadi komplikasi yaitu perdarahan dan renjatan (*shock*). Pada orang dewasa kemungkinan ini sangat kecil dan banyak terjadi pada anak-anak. Penderita biasanya mengalami demam 2-7 hari diikuti fase kritis 2-3 hari. Pada fase kritis ini, suhu menurun tetapi risiko terjadinya penyakit justru meningkat bahkan bila tidak diatasi dengan baik dapat menyebabkan kematian. (*Demam Berdarah - Dr Genis Ginanjar - Google Buku, n.d.*)

2.2 Konsep Anak

2.2.1 Pengertian Pertumbuhan & Perkembangan Anak Usia Sekolah

Pertumbuhan adalah perubahan fisik yang dengan mudah dapat diukur. Perkembangan adalah bertambahnya kemampuan struktur dan fungsi tubuh menjadi lebih kompleks. Pertumbuhan ialah terjadinya perubahan yang bersifat kuantitatif, yang dapat diukur. Titik beratnya ada pada fisik. Pertumbuhan Anak Anda bisa dipantau dengan pengukuran tinggi badan, lingkar kepala, berat badan, dan ukuran ang standart yang telah disepakatai secara internasional. Adapun perkembangan ialah terjadinya pertambahan kemampuan struktur dan fungsi tubuh yang sangat kompleks, Misalkan Anak Anda sudah berjalan dan berbicara. Sedangkan Perkembangan diamati dari bagaimana cara bermain, belajar, berbicara, dan juga bersikap.(Seefeldt, Wasik, & Seefeldt, 2006).

Pertumbuhan dan perkembangan Anak dipengaruhi banyak faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal yang terjadi pada anak kita meliputi jenis kelamin, usia, perbedaan ras, genetik, dan kromosom. Adapun faktor eksternal terdiri dari keadaan lingkungan sosial, nutrisi, ekonomi, dan stimulasi psikologis. Perkembangan anak sudah menjadi bidang ilmu yang luas dan kompleks. Perkembangan merupakan suatu proses halus dan berkesinambungan atau kontinu yakni sebuah proses penambahan yang bertahap terhadap suatu keterampilan yang sama yang pernah digunakan sejak dulu (Nahriyah, 2017).

2.2.2 Pertumbuhan & Perkembangan Anak Usia Sekolah

1. Perkembangan Fisik

Perkembangan fisik pada masa ini lambat dan relatif seragam sampai mulai terjadi perubahan-perubahan pubertas. Peningkatan berat badan anak lebih banyak daripada panjang badannya. Peningkatan berat badan anak selama masa ini terjadi terutama karena bertambahnya ukuran sistem rangka, dan otot, serta ukuran beberapa organ tubuh (Wong, 2008).

2. Perkembangan Motorik

Perkembangan motorik pada usia ini menjadi lebih halus dan lebih terkoordinasi dibandingkan dengan awal masa anak-anak. Anak-anak terlihat lebih cerdas. Anak juga mampu menjaga keseimbangan badannya. Untuk memperhalus ketrampilan motorik, anak-anak terus melakukan berbagai aktifitas fisik yang terkadang bersifat informal dalam bentuk permainan. Disamping itu anak-anak juga melibatkan diri dalam aktivitas permainan olahraga yang bersifat formal seperti senam dan berenang (Wong, 2008).

3. Perkembangan Kognitif

Kemampuan kognitifnya turut mengalami perkembangan yang pesat, karena dengan masuk sekolah dan dengan meluasnya minat maka bertambah pula pengertian tentang manusia dan objek-objek yang sebelumnya kurang berarti bagi anak. Pola perkembangan anak dibagi menjadi 4 tahapan stadium sensorimotorik (0-18 atau 24 bulan). Stadium praoperasional (1-7 tahun), stadium operasional konkrit (7-11 tahun), stadium operasional formal (11-15 tahun atau lebih). Pemikiran anak usia sekolah dasar disebut stadium operasional konkret artinya aktifitas mental yang difokuskan pada objek-objek peristiwa nyata atau konkret. Dalam upaya memahami alam sekitarnya, mereka tidak lagi berlalu mengandalkan informasi yang bersumber dari panca indera, karena ia mulai mempunyai kemampuan untuk membedakan apa yang tampak oleh mata dengan kenyataan sesungguhnya (Wong,2008).

4. Perkembangan Psikososial

Anak dapat menghadapi dan menyelesaikan tugas atau perbuatan yang dapat membuahkan hasil, sehingga dunia psikososial anak menjadi kompleks. Anak lebih memahami dirinya melalui karakteristik internal daripada karakteristik eksternal dan dapat memilah apa yang baik bagi

dirinya, maupun memecahkan masalahnya sendiri dan mulai melakukan identifikasi terhadap tokoh tertentu yang menarik perhatannya (Wong, 2008).

2.3 Hospitalisasi

Hospitalisasi merupakan suatu proses yang memiliki alasan yang berencana atau darurat sehingga mengharuskan anak untuk tinggal di rumah sakit, menjalani terapi perawatan sampai pemulangnya kembali ke rumah. Selama proses tersebut anak dan orang tua dapat mengalami kejadian yang menurut beberapa penelitian ditunjukkan dengan pengalaman traumatic dan penuh dengan stress. Perasaan yang sering muncul yaitu cemas, marah, sedih, takut, dan rasa bersalah (Wulandari, 2016). Pada anak usia sekolah biasanya rentan terhadap kejadian-kejadian yang dapat mengurangi rasa kendali dan kekuatan mereka. Perubahan peran keluarga, ketidakmampuan fisik, takut terhadap kematian, penelantaran atau cedera permanen, ketidakmampuan untuk menghadapi stress sesuai harapan budaya yang ada dapat menyebabkan kehilangan kendali (Sari, 2019)

2.4 Imunisasi

2.4.1 Pengertian

Imunisasi adalah suatu cara untuk menimbulkan/meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit, sehingga bila kelak ia terpapar dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau sakit ringan. Pengertian dari imunisasi dasar adalah pemberian imunisasi awal untuk mencapai kadar kekebalan diatas ambang perlindungan. Kelengkapan imunisasi dasar terutama ditujukan pada bayi usia 1 tahun. Jika kekebalan seseorang terhadap penyakit tertentu diperoleh karena pernah menderita penyakit spesifik atau telah mendapatkan suntikan vaksin/pemberian vaksin spesifik maka ia dapat disebut telah mendapatkan imunisasi (Widyani, 2011)

2.4.2 Lokasi Pemberian

a. Oral

Melalui mulut diberikan secara oral pada jenis vaksin polio OPV (oral poliomyelitis), polio IPV (Inactivated Poliomyelitis Vaccine).

b. Intrakutan

Diberikan intrakutan pada regio deltoid kanan jenis vaksin BCG

c. Subkutan

Pada lengan atas belakang jenis vaksin Campak dan MMR

d. Intramuskuler

Hepatitis B di daerah deltoid kiri atau kanan pada anak, dan sedangkan pada bayi di paha anterolateral (antero: otot-otot bagian depan, lateral: otot bagian luar)[

CITATION May12 \l 1057].

2.4.3 Jenis Vaksin Pada Anak Usia Sekolah

1. Vaksin Varicella

Merupakan imunisasi yang bertujuan untuk mencegah penularan cacar air. varisela diberikan setelah usia 12 bulan, terbaik pada usia sebelum masuk sekolah dasar. Apabila diberikan pada usia lebih dari 13 tahun perlu 2 dosis dengan interval minimum 4 minggu. Di dalam jadwal imunisasi tahun 2020 imunisasi varisela diberikan mulai umur 12 – 18 bulan. Pada umur 1 – 12 tahun diberikan 2 dosis dengan interval 6 minggu sampai 3 bulan. Pada umur 13 tahun atau lebih diberikan 2 dosis dengan interval 4 sampai 6 minggu (Soedjatmiko et al., 2020).

2. Vaksin Difteri, Pertusis, Tetanus

Merupakan imunisasi yang bertujuan untuk melindungi anak dari penyakit difteri, pertusis, dan tetanus. Di dalam jadwal imunisasi 2017 booster DTP diberikan pada umur 5 tahun, sedangkan di

jadwal imunisasi 2020 pada umur 5 - 7 tahun, atau pada program BIAS kelas 1 sesuai dengan Permenkes No. 12 tahun 2017 (Soedjatmiko et al., 2020).

2.5 Nutrisi Pada Anak Usia Sekolah

2.5.1 Pengertian

Nutrisi adalah ikatan kimia yang diperlukan tubuh untuk melakukan fungsinya, yaitu energi, membangun dan memelihara jaringan, serta mengatur proses-proses kehidupan (Soenarjo, 2000). Sedangkan menurut Supriasa (2001), nutrisi adalah suatu proses organisme menggunakan makanan yang dikonsumsi secara normal melalui proses digesti, absorpsi, transportasi, penyimpanan, metabolisme dan pengeluaran zat-zat yang tidak digunakan untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan, dan fungsi normal dari organ-organ, serta menghasilkan energi.

2.5.2 Tujuan Pemberian Nutrisi

Dalam melaksanakan pemberian makanan yang sebaik-baiknya kepada anak usia sekolah, bertujuan sebagai berikut :

- a. Memberikan nutrient yang untuk kebutuhan dalam memelihara kesehatan dan memulihkannya bila sakit. Melaksanakan berbagai jenis aktivitas, pertumbuhan dan perkembangan jasmani serta psikomotor.
- b. Mendidik kebiasaan yang baik tentang makanan, menyukai dan menentukan makanan yang diperlukan (FKUI (Edisi 1), 1985)

2.6 Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Dengue Fever

Proses keperawatan adalah metode pengorganisasian yang sistematis dalam melakukan asuhan keperawatan pada individu, kelompok, dan masyarakat yang berfokus pada identifikasi dan pemecahan masalah dari respon pasien terhadap penyakitnya. Proses keperawatan digunakan

untuk membantu perawat melakukan praktik keperawatan secara sistematis dalam memecahkan masalah keperawatan. Dengan menggunakan metode ini, perawat dapat mendemostrasikan tanggung gugat dan tanggung jawab pada klien, sehingga kualitas praktik keperawatan dapat meningkat.

1. Pengkajian

Pengkajian tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya. Oleh karena itu, pengkajia harus dilakukan dengan teliti dan cermat, sehingga seluruh kebutuhan perawatan pada klien dapat diidentifikasi (Wulan & Erawati, 2016). Langkah-langkah dalam pengkajian meliputi :

a. Pengumpulan Data

Tahap ini merupakan kegiatan dalam himpunan informasi (data-data) dari pasien yang meliputi umur bio, psiko, spiritual yang komprehensif secara lengkap dan relevan untuk mengenal pasien agar dapat memberikan arahan kepada tindakan keperawatan.

b. Identitas

Pada pasien Dengue hemoragic fever, sebagian besar sering terjadi pada anak-anak usia 1-4 tahun dan 5-10 tahun, tidak terdapat perbedaan jenis kelamin. (Sari, 2019)

c. Keluhan Utama

Alasan atau keluhan yang menonjol pada pasien Demam Dengue untuk datang ke Rumah Sakit adalah panas tinggi dengan suhu hingga 40°C dan anak tampak lemah. (Rampengan, 2009)

d. Riwayat penyakit sekarang

Didapatkan adanya keluhan panas mendadak yang disertai menggigil, dan saat demam kesadaran komposmentis, Turunnya panas terjadi antara hari ke 3 dan ke 7 dan anak

semakin lemah, Kadang-kadang disertai dengan keluhan batuk pilek, nyeri telan, mual, muntah, anoreksia, diare atau konstipasi, sakit kepala, nyeri otot dan persendian, nyeri ulu hati dan pergerakan bola mata terasa pegal, serta adanya manifestasi perdarahan pada kulit, gusi (grade III, IV), melena atau hematemesis. (Nur salam, 2013).

e. Riwayat Penyakit Dahulu

1. Riwayat kesehatan dalam keluarga perlu dikaji

Kemungkinan ada keluarga yang sedang menderita DHF.

2. Kondisi Lingkungan Rumah dan Komunitas Mengkaji

Mengkaji kondisi lingkungan disekitar rumah seperti adanya genangan air didalam bak dan selokan-selokan yang dapat mengundang adanya nyamuk. Kemungkinan ada tetangga disekitar rumah yang berjarak 100 m yang menderita DHF.

f. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dipergunakan untuk memperoleh data objektif dari riwayat perawatan klien. Adapun tujuan dari pemeriksaan fisik dalam keperawatan adalah untuk menentukan status kesehatan klien, mengidentifikasi kesehatan dan mengambil data dasa runtuk menentukan rencana perawatan (Wulan & Erawati, 2016).

1. Sistem pernafasan

Inspeksi, pada derajat 1 dan 2 : pola nafas regular, retraksi otot bantu nafas tidak ada, pola nafas normal, RR dbn (-), pada derajat 3 dan 4 : pola nafas ireguler, terkadang terdapat retraksi otot bantu nafas, pola nafas cepat dan dangkal, frekuensi nafas meningkat, terpasang alat bantu nafas. Palpasi, vocal fremitus normal kanan-kiri. Auskultasi, pada derajat 1 dan 2 tidak adanya suara tambahan ronchi, wheezing, pada

derajat 3 dan 4 adanya cairan yang tertimbun pada paru, rales(+), ronchi (+). Perkusi, pada derajat 3 dan 4 terdapat suara sonor (Sari, 2019)

2. Sistem kardiovaskuler

Inspeksi, pada derajat 1 dan 2 pucat, pada derajat 3 dan 4 tekanan vena jugularis menurun. Palpasi, pada derajat 1 dan 2 nadi teraba lemah, kecil, tidak teratur, pada derajat 3 tekanan darah menurun, nadi lemah, kecil, tidak teratur, pada derajat 4 tensi tidak terukur, ekstermitas dingin, nadi tidak teraba. Perkusi, pada derajat 3 dan 4 normal redup, ukuran dan bentuk jantung secara kasar pada kasus demam haemorrhagic fever masih dalam batas normal. Auskultasi, pada derajat 1 dan 2 bunyi jantung S1,S2 tunggal, pada derajat 3 dan 4 bunyi jantung S1,S2 tunggal (Sari, 2019).

3. Sistem pencernaan

Inspeksi, pada derajat 1 dan 2 BAB, konsistensi (cair, padat, lembek), frekuensi lebih dari 3 kali dalam sehari, mukosa mulut kering, perdarahan gusi, gusi tampak kotor, nyeri telan. Auskultasi, pada derajat 1 dan 2 bising usus normal (dengan menggunakan diafragma stetoskop), peristaltik usus meningkat (gurgling) > 5-20 kali/menit dengan durasi 1 menit pada derajat 3 dan 4. Perkusi, pada derajat 1 dan 2 mendengar adanya gas, cairan atau massa (-), hepar dan lien tidak membesar suara tympani, pada derajat 3 dan 4 terdapat hepar membesar. Palpasi, pada derajat 1 dan 2 nyeri tekan (+), hepar dan lien tidak teraba, pada derajat 3 dan 4 pembesaran limpa/spleen dan hepar, nyeri tekan epigastrik, hematemesis dan melena (Sari, 2019).

4. Sistem persyarafan

Inspeksi, pada derajat 1 dan 2 tidak terjadi penurunan tingkat kesadaran (apatis, somnolen, stupor, koma) atau gelisah, pada derajat 3 dan 4 terjadi penurunan tingkat

kesadaran (apatis, somnolen, stupor, koma) atau gelisah, GCS menurun, pupil miosis atau midriasis, reflek fisiologis atau reflek patologis. Palpasi, pada derajat 3 dan 4 biasanya adanya parese, anesthesia (Sari, 2019).

5. Sistem integumen & Sistem muskuloskeletal

Inspeksi, pada derajat 1 dan 2 kulit sekitar wajah kemerahan, klien tampak lemah, aktivitas menurun, pada derajat 3 dan 4 terdapat kekakuan otot, pada derajat 3 dan 4 adanya ptekie atau bintik-bintik merah pada kulit, akral klien hangat, biasanya timbul mimisan, berkeringskat, kulit tampak biru. Palpasi, pada derajat 1 dan 2 hipotoni, kulit kering, elastisitas menurun, turgor kulit menurun, ekstermitas dingin, pada derajat 3 dan 4 pasien mengalami parese atau kekakuan bahkan kelumpuhan.(Dianindriyani, 2011)

6. Sistem Perkemihan

Inspeksi, pada derajat 1 dan 2 produksi urin menurun (oliguria sampai anuria), warna berubah pekat dan berwarna coklat tua pada derajat 3 dan 4. Palpasi, pada derajat 3 dan 4 ada nyeri tekan pada daerah simfisis.(Sari, 2019)

2. Analisis Data

Dari hasil pengkajian kemudian data tersebut dikelompokkan lalu dianalisa sehingga dapat ditarik kesimpulan masalah yang timbul dan untuk selanjutnya dapat dirumuskan diagnosa keperawatan.

3. Diagnosa Keperawatan

Adapun diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien Dengue Fever adalah sebagai berikut (Qurohman, 2020):

- a. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit
- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi (anoreksia)
- c. Resiko hipovolemia berhubungan dengan kurangnya asupan cairan dan peningkatan suhu tubuh, mual, muntah
- d. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan nafas
- e. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (penekanan intra abdomen)
- f. Resiko perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi (trombositopenia)
- g. Resiko syok (hipovolemia) berhubungan dengan perdarahan yang berlebihan

4. Perencanaan

- a. Diagnosa 1 : Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit

Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat termogulasi membaik.

Kriteria hasil :

Luaran Utama	Termogulasi (SLKI L.09091) hal. 128	1. Suhu tubuh membaik 2. Suhu kulit membaik 3. Tekanan darah membaik.
Luaran Tambahan	Status cairan (SLKI L. 03028) hal. 107	1. Perasaan lemah menurun 2. Keluhan haus menurun 3. Kadar hb membaik
	Status nutrisi (SLKI L. 03030) hal. 121	1. Nyeri abdomen menurun 2. Berat badan membaik 3. Frekuensi makan membaik 4. Nafsu makan membaik 5. Membran mukosa membaik

Rencana tindakan :

No	Intervensi	Rasional
1.	Manajemen hipertermia (SIKI. I.15506) hal.181 1. Identifikasi penyebab hipertermia 2. Monitor suhu tubuh	1. Untuk mengetahui penyebab hipertermia pada pasien 2. Untuk mengetahui suhu tubuh pada pasien

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Monitor kadar elektrolit 4. Sediakan lingkungan yang dingin 5. Longgarkan atau lepaskan pakaian 6. Lakukan pendinginan (kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila). 7. Kalaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Untuk mengetahui kadar elektrolit pada pasien 4. Dapat menurunkan suhu tubuh pada pasien 5. Agar pasien hipertermia dapat mengeluarkan keringat untuk menurunkan suhu. 6. Untuk menurunkan suhu tubuh pada pasien 7. Untuk memenuhi kebutuhan cairan elektrolit
2.	<p>Pemberian obat intravena (SIKI I.02065) hal. 263</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda vital dan nilai laboratorium 2. Monitor efek samping, toksisitas, dan interaksi obat 3. Lakukan prinsip enam benar (pasien, obat, dosis, waktu, rute, dokumentasi) 4. Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memantau keadaan pasien dalam pemberian analgesik. 2. Mengetahui apakah ada alergi atau efek yang menimbulkan. 3. Mengurangi kesalahan dalam pemberian obat. 4. Menambah pengetahuan pada klien dan keluarga.
3.	<p>Manajemen cairan (SIKI I.03098) hal.159</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor status dehidrasi (frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, kelembapan mukosa, turgor kulit, tekanan darah) 2. Monitor berat badan sebelum dan sesudah 3. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium 4. Catat intake-output dan hitung balans cairan 24jam 5. Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui status dehidrasi pada pasien 2. Untuk mengetahui perkembangan berat badan pasien sebelum dan sesudah 3. Untuk mengetahui pemeriksaan laboratorium pada pasien 4. Untuk mengetahui cairan yang masuk dan keluar pada pasien 5. Agar pasien tidak kehilangan banyak cairan

b. Diagnosa 2 : defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi (anoreksia)

Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan maka status nutrisi membaik

Kriteria hasil :

Luaran Utama	Status nutrisi (SLKI L.03030) hal. 121	7. Berat badan membaik 8. Nafsu makan membaik 9. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 10. Membran mukosa membaik
Luaran Tambahan	Fungsi gastrointestinal (SLKI L. 03019) hal. 25	1. Mual menurun 2. Muntah menurun 3. Nyeri abdomen menurun 4. Frekuensi BAB membaik
	Nafsu makan (SLKI L. 03024) hal. 68	1. Keinginan makan membaik 2. Asupan makan membaik 3. Kemampuan merasakan makanan membaik 4. Asupan nutrisi membaik

Rencana tindakan :

No	Intervensi	Rasional
1.	Manajemen nutrisi (SIKI. I.03119) hal.200 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi makanan yang disukai 3. Monitor berat badan 4. Berikan suplemen makanan jika diperlukan 5. Kalaborasi pemberian medikasi sebelum makan (pereda nyeri, antiemetik) jika perlu	1. Untuk mengetahui status nutrisi pada pasien 2. Untuk mengetahui makan apa saja yang disukai pada pasien 3. Untuk mengetahui berat badan 4. Untuk membantu pasien agar mau makan 5. Untuk membantu pasien agar nafsu makan bisa kembali seperti semula
2.	Pemantauan nutrisi (SIKI I.03123) hal. 246 1. Identifikasi perubahan berat badan 2. Identifikasi pola makan 3. Monitor mual dan muntah 4. Monitor hasil laboratorium 5. Hitung perubahan berat badan 6. Monitor warna konjungtiva	1. Untuk mengetahui perubahan berat badan pada pasien 2. Untuk mengetahui pola makan pada pasien 3. Untuk memonitor mual dan muntah 4. Untuk mengetahui hasil laboratorium pasien 5. Agar dapat memataui berat badan pasien 6. Untuk memonitor warna konjungtiva pada pasien
3.	Konseling nutrisi (SIKI I.03094) hal.159 1. Monitor intake dan output cairan, nilai hb, tekanan darah, kenaikan berat badan	1. Untuk memonitor intake dan output cairan pada pasien 2. Untuk mengetahui kebiasaan makan dan perilaku makan yang akan di ubah 3. Agar mengetahui perlunya modifikasi diet

	2. Identifikasi kebiasaan makan dan perilaku makan yang akan di ubah	
	3. Informasikan perlunya modifikasi diet	

c. Diagnosa 3 : Resiko hipovolemia berhubungan dengan kurangnya asupan cairan dan peningkatan suhu tubuh, mual, muntah

Tujuan : setelah di lakukan intervensi keperawatan maka status cairan membaik

Kriteria hasil :

Luaran Utama	Status cairan (SLKI L.03028) hal. 107	<ol style="list-style-type: none"> 1. Turgor kulit meningkat 2. Perasaan lemah menurun 3. Konsentrasi urine 4. Kadar hb membaik 5. Kadar ht membaik 6. Output urine meningkat 7. Intake cairan membaik 8. Suhu tubuh membaik
Luaran Tambahan	Keseimbangan cairan (SLKI L. 03020) hal. 41	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asupan cairan meningkat 2. Kelembaban membran mukosa meningkat 3. Asupan makanan meningkat 4. Dehidrasi menurun tekanan darah membaik 5. Membran mukosa membaik 6. Turgor kulit membaik 7. Berat badan membaik
	Status nutrisi (SLKI L.03030) hal. 121	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berat badan membaik 2. Nafsu makan membaik 3. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 4. Membran mukosa membaik

Rencana tindakan :

No	Intervensi	Rasional
1.	Manajemen hipovolemia (SIKI. I.03116) hal.184 <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia 2. Monitor intake dan output cairan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agar mengetahui tanda dan gejala hipovolemia pada pasien 2. Untuk memonitor intake dan output cairan

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Hitung kebutuhan cairan 4. Kalaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. NaCl, RL) 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Untuk menghitung kebutuhan cairan 4. Mengkalaborasi pemberian cairan IV isotonis
2.	<p>Pemberian obat intravena (SIKI I.02065) hal. 263</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda vital dan nilai laboratorium 2. Monitor efek samping, toksisitas, dan interaksi obat 3. Lakukan prinsip enam benar (pasien, obat, dosis, waktu, rute, dokumentasi) <p>Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memantau keadaan pasien dalam pemberian analgesik. 2. Mengetahui apakah ada alergi atau efek yang menimbulkan. 3. Mengurangi kesalahan dalam pemberian obat. 4. Menambah pengetahuan pada klien dan keluarga.
3.	<p>Manajemen cairan (SIKI I.03098) hal.159</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor status dehidrasi (frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, kelembapan mukosa, turgor kulit, tekanan darah) 2. Monitor berat badan sebelum dan sesudah 3. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium 4. Catat intake-output dan hitung balans cairan 24jam <p>Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui status dehidrasi pada pasien 2. Untuk mengetahui perkembangan berat badan pasien sebelum dan sesudah 3. Untuk mengetahui pemeriksaan laboratorium pada pasien 4. Untuk mengetahui cairan yang masuk dan keluar pada pasien 5. Agar pasien tidak kehilangan banyak cairan

d. Diagnosa 4 : Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan nafas

Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan maka pola nafas membaik

Kriteria hasil :

Luaran Utama	Pola napas (SLKI L.01004) hal. 95	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea menurun 2. Frekuensi napas membaik 3. Tekanan ekspirasi meningkat 4. Tekanan inspirasi meningkat
Luaran Tambahan	Keseimbangan asam basa (SLKI L. 02009) hal. 40	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Mual menurun 3. Frekuensi napas membaik 4. Kadar CO₂ membaik irama napas membaik

	Status neurologis (SLKI L.06053) hal. 120	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pola napas membaik 2. Frekuensi napas membaik 3. Hipertermi menurun 4. Tingkat kesadaran meningkat
--	---	--

Rasional :

No	Intervensi	Rasional
1.	Manajemen jalan napas (SIKI I.01011) hal.186 <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas 2. Monitor bunyi napas tambahan 3. Berikan minum hangat 4. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 5. Ajurkan asupan cairan 2000ml/hari 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk memonitor pola napas 2. Untuk memonitor bunyi napas tambahan 3. Memberikan minuman hangat 4. Untuk melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 5. menjurkan asupan cairan 2000ml/hari
2.	Pencegahan aspirasi (SIKI I.01018) hal. 273 <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah, dan kemampuan menelan 2. Monitor status pernapasan 3. Monitor bunyi napas, terutama setelah makan/minum 4. Berikan makanan dengan ukuran kecil dan lunak 5. Ajarkan makan secara perlahan 6. Ajarkan strategi mencegah aspirasi 7. Ajarkan teknik mengunyah atau menelan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk memonitor tingkat kesadaran, batuk, muntah, dan kemampuan menelan 2. Untuk memonitor status pernapasan 3. Untuk memonitor bunyi napas, terutama setelah makan/minum 4. Memberikan makanan dengan ukuran kecil dan lunak 5. Mengajarkan makan secara perlahan 6. Mengajarkan strategi mencegah aspirasi 7. Mengajarkan teknik mengunyah atau menelan

e. Diagnosa 5 : Nyeri akut berhubungan dengan agen pecendera fisiologis

Tujuan : setelah di lakukan intervensi keperawatan maka nyeri akut membaik

Kriteria hasil :

Luaran Utama	Tingkat nyeri (SLKI L.08066) hal. 145	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Frekuensi nadi membaik 4. Pola napas membaik
--------------	---------------------------------------	---

		<ul style="list-style-type: none"> 5. Tekanan darah membaik 6. Nafsu makan membaik 7. Pola tidur membaik
Luaran Tambahan	Kontrol nyeri (SLKI L. 08063) hal. 58	<ul style="list-style-type: none"> 1. Melaporkan nyeri terkontrol meningkat 2. Kemampuan mengenali penyebab nyeri 3. Kemampuan menggunakan teknik non farmakologi meningkat 4. Keluhan nyeri menurun
	Status kenyamanan (SLKI L.08064) hal. 110	<ul style="list-style-type: none"> 1. Keluhan tidak nyaman menurun 2. Keluhan sulit tidur menurun 3. Mual menurun 4. Lelah menurun 5. Pola tidur membaik

Rasional :

No	Intervensi	Rasional
1.	Manajemen nyeri (SIKI. I.08238) hal.201 <ul style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensi nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon non verbal 4. Berikan teknik non farmakologi 5. Jelaskan strategi meredakan nyeri 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensi nyeri 2. Untuk mengidentifikasi skala nyeri 3. Mengidentifikasi respon non farmakologi 4. Memberikan teknik non farmakologi 5. Menjelaskan strategi meredakan nyeri
2.	Pemantauan nyeri (SIKI I.08242) hal. 246 <ul style="list-style-type: none"> 1. identifikasi faktor pereda nyeri 2. monitor kualitas nyeri 3. monitor lokasi dan penyebaran nyeri 4. jelaskan tujuan pemantauan nyeri 	<ul style="list-style-type: none"> 1. untuk mengidentifikasi faktor pereda nyeri 2. untuk memonitor kualitas nyeri 3. memonitor lokasi dan penyebaran nyeri 4. menjelaskan tujuan pemantuan nyeri
3.	Pemberian obat intravena (SIKI I. 02065) hal 263 <ul style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemungkinan alergi, interaksi, dan kontraindikasi obat 2. Periksa tanggal kadaluarsa obat 3. Monitor ttv dan hasil laboratorium 4. Monitor efek samping 5. Lakukan prinsip 6 benar 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengidentifikasi kemungkinan alergi, interaksi, dan kontraindikasi obat 2. Untuk mengetahui tanggal kadaluarsa 3. Untuk memonitor ttv dan hasil laboratorium 4. Untuk memonitor efek samping 5. Untuk melakukan prinsip 6 benar (pasien,obat,dosis,waktu,rute,dokumentasi) 6. Memberikan obat IV dengan kecepatan yang tepat

6. Berikan obat IV dengan kecepatan yang tepat	7. Menjelaskan jenis obat, alasan pemberian obat, tindakan dan efek samping
7. Jelaskan jenis obat, alasan pemberian obat, tindakan dan efek samping	8. Menjelaskan faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan efektifitas obat
8. Jelaskan faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan efektifitas obat	

4. Pelaksanaan

Pelaksanaan rencana keperawatan adalah kegiatan atau tindakan yang diberikan kepada pasien sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan tergantung pada situasi dan kondisi pasien saat ini.

Pada diagnosa keperawatan hipertemia berhubungan dengan proses penyakit dilakukan tindakan keperawatan selama dengan intervensi identifikasi penyebab hipertermia, monitor suhu tubuh, monitor kadar elektrolit, sediakan lingkungan yang dingin, longgarkan atau lepaskan pakaian, lakukan pendinginan (kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila), kalaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena.

Pada diagnosa keperawatan defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi (anoreksia) dilakukan tindakan keperawatan selama dengan intervensi identifikasi status nutrisi, identifikasi makanan yang disukai, monitor berat badan, berikan suplemen makanan jika diperlukan, kalaborasi pemberian medikasi sebelum makan (peredam nyeri, antiemetik) jika perlu.

Pada diagnosa keperawatan resiko hipovolemia berhubungan dengan kurangnya asupan cairan dan peningkatan suhu tubuh, mual, muntah dilakukan tindakan keperawatan selama dengan

interevensi periksa tanda dan gejala hipovelemlia, monitor intake dan output cairan, Hitung kebutuhan cairan, kalaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. NaCl, RL).

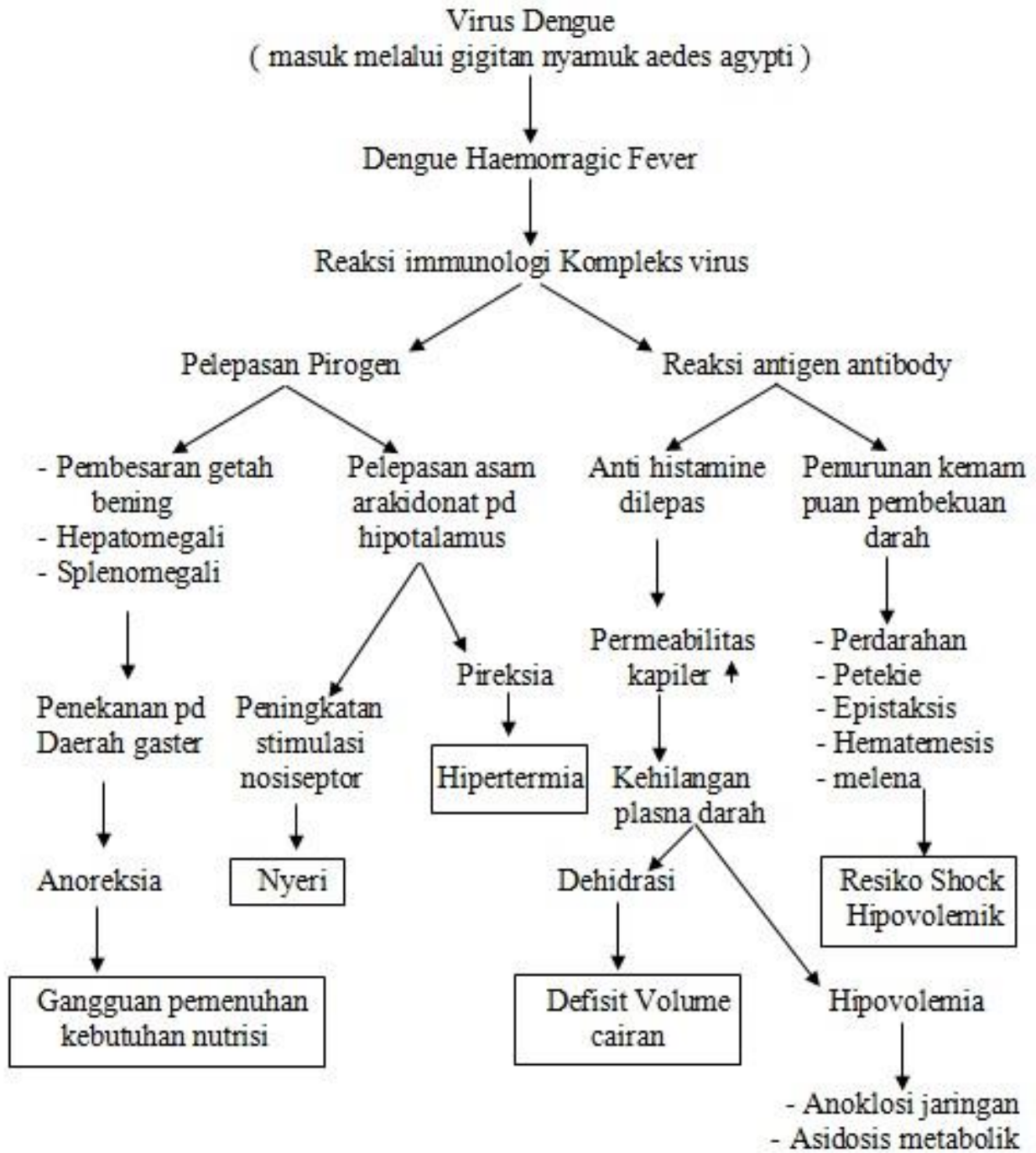
Pada diagnosa keperawatan pola nafas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan nafas dilakukan tindakan keperawatan selama dengan intervensi monitor pola napas, monitor bunyi napas tambahan, berikan minum hangat, Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik, Ajurkan asupan cairan 2000ml/hari.

Pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi dilakukan tindakan keperawat selama dengan intervensi Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensi nyeri, identifikasi skala nyeri, dentifikasi respon non verbal , Berikan teknik non farmakologi, Jelaskan strategi meredakan nyeri.

5 . Evaluasi

Dilaksanakan suatu penilaian terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan atau dilaksanakan dengan berpegang teguh pada tujuan ingin dicapai. Pada bagian ini ditentukan apakah rencana atau intervensi sudah tercapai atau belum, dapat juga timbul masalah baru. Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama diharapkan hipertemia teratasi, defisit nutrisi terpenuhi, tidak terjadi kekurangan volume cairan, pola nafas efektif, nyeri dapat terkontrol, tidak terjadi resiko perdarahan, tidak terjadi resiko syok hipovelemik.

2.7 Kerangka Masalah



Gambar 2.4 Kerangka Masalah sumber (wirawan-lesmana.blogspot.com)

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambar nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose Dengue Hemoragic Fever. Maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 18 Januari 2022 sampai 21 Januari 2022. Dengan data pengkajian pada tanggal 18 Januari 2022 pada pukul 12.30 WIB. Anamnesa diperoleh dari pasien dan keluarga pasien serta file No. Register 55.xx.xx sebagai berikut :

3.1 PENGKAJIAN

3.1.1 Identitas

Pasien adalah seorang anak yang berjenis kelamin laki-laki bernama An. I berusia 10 tahun, beragama islam, bahasa yang sering dipakai bahasa Indonesia, pasien merupakan anak pertama dari 5 bersaudara, pasien tinggal bersama orang tua yang bertempat tinggal di Sidoesermo Kota Surabaya, pasien masuk rumah sakit pada tanggal 17 Januari 2022 pada pukul 22.00 WIB, dengan diagnose medis pasien adalah Dengue Hemoragic Fever.

3.1.2 Keluhan Utama

Ibu pasien mengatakan An. I panas hari ke empat, merasakan nyeri pada perut, badannya terasa lemas dan sakit semua, tidak mau makan.

3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Ibu pasien mengatakan An. I pada tanggal 15 Januari 2022 mengeluh badannya panas dan saat diukur suhu dengan hasil 39°C dan hanya di berikan obat sanmol syrup, karena setelah di berikan obat tetapi panasnya masih naik turun, lalu pada tanggal 17 Januari 2022 dibawah di

Rumkital Dr. Ramelan pada pukul 22.00 datang di IGD dengan keluhan demam 3 hari yang lalu, batuk tidak berdahak, nyeri uluh hati, tidak ada mual, tidak ada muntah, badan sakit semua dan lemas. Hasil observasi TTV IGD suhu tubuh 39.2°C , nadi 125x/menit, TD 110/70 mmHg, RR 21x/menit, SPO2 97x/menit, GCS 456, Keadaan umum lemas. Pasien mendapat terapi infus D5 ½ NS 1000cc/24jam, injeksi antrain 200mg, ranitiden 200mg, cek DL, HS, GDA. dari IGD pasien di anjurkan masuk rumah sakit dan di pindahkan keruang V dikamar 6.4 pada tanggal 18 Januari 2022 pada pukul 00.30 dengan observasi suhu tubuh 36,7 C, nadi 100x/menit, TD 110/70 mmHg, RR 21x/menit. Pasien mendapatkan terapi infus D5 ½ NS 1000cc/24jam. Pada saat pengkajian tanggal 18 Januari 2022 pada pukul 12.30 ibu pasien mengatakan pasien jika An. I merasakan nyeri pada perut, badannya terasa lemas dan sakit semua, dan tidak mau makan hanya 2-3 sendok suapan. Terpasang cairan infus D5 ½ NS 1000cc/24jam ditangan sebelah kiri.

3.1.4 Riwayat Kehamilan dan Persalinan Prenatal Care

a. Prenatal Care

Ibu pasien mengatakan selama hamil An. I selalu rutin memeriksakan kehamilannya di RS terdekat. Dan selama hamil ibu pasien mengalami mual-mual.

b. Natal Care

Pasien lahir secara normal pada usia kehamilan 37 minggu (9 bulan) dengan BB 2800gram dan panjang 54cm. Ibu pasien bersalin di RSUD mojokerto dibantu oleh dokter.

c. Post Natal Care

Ibu pasien mengatakan An. I di berikan ASI eksklusif selama 6 bulan, lalu mengkonsumsi susu formula selama 2 tahun.

3.1.5 Riwayat Penyakit Masa Lampau

a. Penyakit-penyakit waktu kecil

Ibu pasien mengatakan An. I pernah demam dan dibawa di rumah sakit.

b. Pernah Dirawat Di Rumah Sakit

Ibu pasien mengatakan An. I pernah dirawat di rumah sakit saat umur 5 tahun dengan keluhan demam.

c. Penggunaan Obat-obatan

Ibu pasien mengatakan setiap An. I sakit hanya memberikan obat-obatan yang diberikan oleh dokter.

d. Tindakan (operasi atau tindakan lainnya)

Ibu pasien mengatakan An. I tidak pernah dioperasi.

e. Alergi

Ibu pasien mengatakan An. I tidak mempunyai riwayat alergi.

f. Kecelakaan

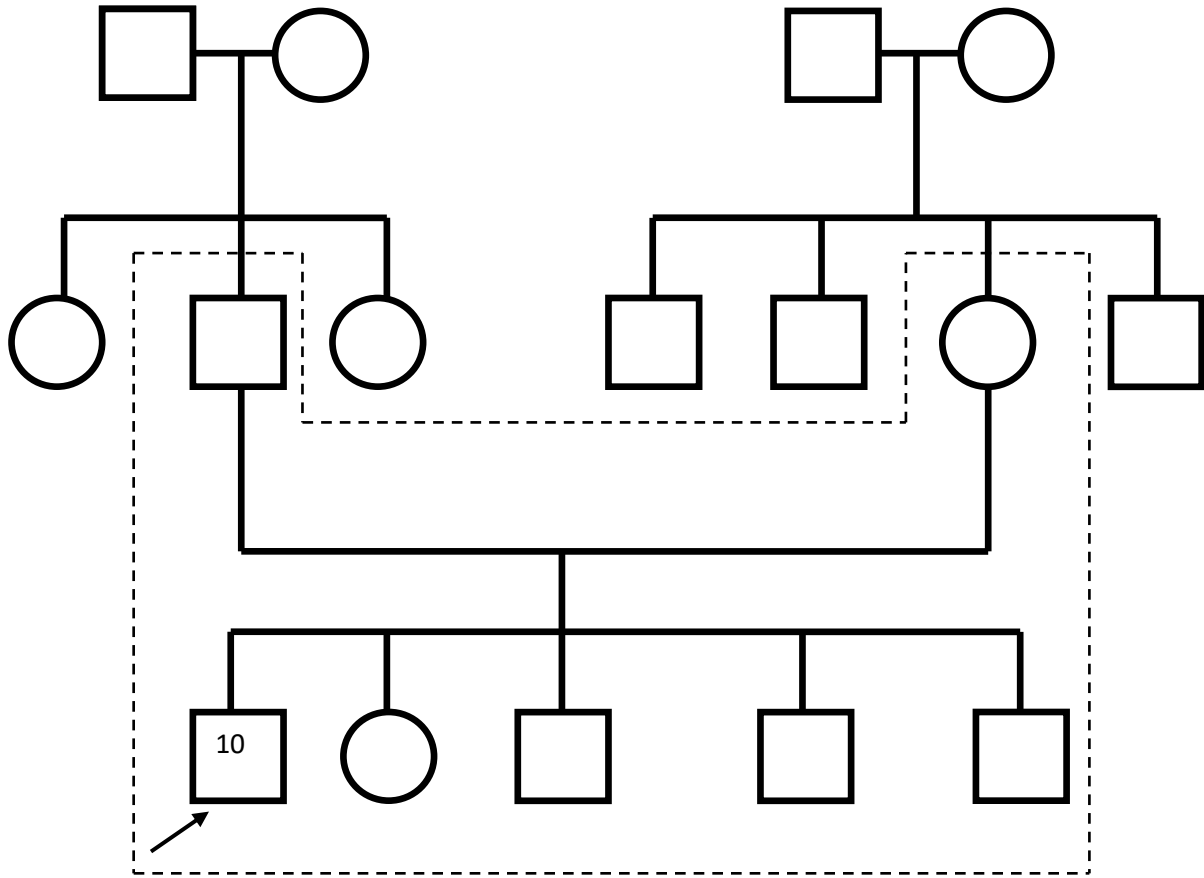
Ibu pasien mengatakan An. I tidak pernah mengalami kecelakaan.

g. Imunisasi

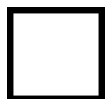
Ibu pasien mengatakan bahwa An. I sudah menjalani imunisasi lengkap dan tepat waktu, HB0, polio 1 dan BCG saat lahir, DPT, Hib 1 dan polio 2 saat umur 3 bulan, DPT 2, Hib 2 dan polio 3 saat umur 4 bulan, DPT 3, Hib 3, polio 4 saat umur 5 bulan, campak saat umur 9 bulan dan difteri saat usia 6 tahun.

3.1.6 Pengkajian Keluarga

a. Genogram



Keterangan :



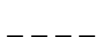
: Laki-laki



: Perempuan



: Pasien



: Tinggal Serumah

b. Psikososial Keluarga

Ibu pasien mengatakan bahwa ayah An. I bekerja sebagai karyawan dan ibu An. I tidak bekerja dan menjadi ibu rumah tangga.

3.1.7 Riwayat Sosial

a. Yang Mengasuh Anak

Pasien di asuh oleh kedua orang tuanya

b. Hubungan Dengan Anggota Keluarga.

Pasien sangat disayangi oleh semua anggota keluarganya.

c. Hubungan Dengan Teman Sebaya

Hubungan dengan teman sebayanya baik, dan pasien mempunyai beberapa teman akrab.

d. Pembawaan Secara

Pasien terlihat lemas dan tidur-tiduran ditempat tidur.

3.1.8 Kebutuhan Dasar

a. Pola Nutrisi

SMRS pasien makan 3x sehari dan menghabiskan satu porsi makanan dan minum air putih kurang lebih 7 gelas dalam sehari. Pada saat MRS pasien tidak nafsu makan, pasien menghabiskan 2 sendok makan porsi, minum air putih kurang lebih 750-1000cc (3-4 gelas) dalam sehari. Di rumah sakit pasien mendapatkan diidit TKTP.

b. Pola Tidur

SMRS pasien tidur kurang lebih 10jam perhari dengan perincian tidur siang pasien dari jam 13.00 – jam 15.00, dan waktu tidur malam dari jam 21.00- jam 06.00.

kebiasaan sebelum tidur pasien main game. Pada saat di rumah sakit pasien sering tidur, waktu tidur pasien kurang lebih 11jam perhari. Tidur siang pasien kurang lebih 3jam, tidur malam jam 20.00-06.00.

c. Pola Aktivitas/bermain

SMRS pasien sering bermain bersama ke empat adiknya dan sering bermain keluar rumah dengan teman sekolah dan teman lingkungannya. Pada saat di rumah sakit pasien hanya berbaring ditempat tidur dan melihat youtube.

d. Pola Eliminasi

SMRS pasien BAB normal 2x sehari dengan konsistensi lunak berwarna kuning. Pasien BAK frekuensi 5x sehari. Pada saat di rumah sakit pasien belum BAB, dan BAK normal 5x sehari.

e. Pola Kognitif

Ibu pasien mengatakan An. I tidak mau makan mungkin karena merasakan nyeri pada perutnya dan efek dari penyakit.

f. Pola Koping Toleransi Stres

Pasien terlihat malu-malu saat di datangi oleh perawat dan dokternya. Tetapi saat diajak bicara pasien menjawab dengan sopan.

3.1.9 Keadaan Umum

a. Cara Masuk

Tanggal 17 Januari 2022 pasien di bawa ke IGD diantar oleh ayah dan ibunya. Pasien diantar keruangan dengan brankar.

b. Keadaan Umum

Keadaan pasien lemas, kesadaran compos mentis, akral hangat

3.1.10 Tanda-Tanda Vital

Tensi : 110/70 mmHg

Suhu/nadi : 36,7°C/108x/menit

RR : 20x/menit tanpa bantuan alat pernafasan

TB/BB : 129cm/27kg

Lingkar lengan atas : -

3.1.11 Pemeriksaan Fisik

a. Pemeriksaan kepala dan rambut

Terlihat kondisi rambut An. I bersih, berwarna hitam, lurus, tidak rontok, kepala nampak normal, tidak ada benjolan, tidak ada lesi.

b. Mata

Terlihat kondisi mata An. I simetris, tidak ada ikerus, konjungtiva anemis, tidak ada benjolan pada kelopak mata, tidak ada gangguan penglihatan.

c. Hidung

Terlihat kondisi hidung An. I cukup bersih, tidak ada polip, tidak ada epistaksis, tidak ada secret, tidak ada gangguan pada penciuman.

d. Telinga

Terlihat kondisi telinga An. I cukup bersih, bentuk telinga kanan dan kiri simetris, tidak ada tumpukan serumen, tidak menggunakan alat bantu pendengaran, tidak ada gangguan pendengaran.

e. Mulut dan tenggorokan

Membrane mukosa bibir lembab, tidak ada perdarahan pada gusi, tidak ada gangguan menelan, tidak ada pembesaran tonsil.

f. Tengkuik dan leher

Tidak ada lesi pada leher, tidak terlihat adanya pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada kelenjar getah bening, tidak ada pembesaran vena jugularis.

g. Pemeriksaan thorax / dada

Paru : bentuk dada normochest, pergerakan dada simetris, tidak ada nyeri tekan pada dada (RR : 20x/menit), saat perkusi suara sonor, suara nafas vesikuler, tidak ada suara tambahan seperti ronchi, wheezing.

Jantung : tidak ada oedem pada ekstermitas / ictus cordis tidak teraba, tidak ada bunyi tambahan, bunyi jantung S1, S2 lugdup.

h. Punggung

Terlihat kondisi punggung pasien tidak ada lesi, tidak terdapat decubitus, tidak ada benjolan pada punggung, tidak ada ruam.

i. Pemeriksaan abdomen

Terlihat tidak ada ruam pada abdomen, tidak ada lesi, pasien terlihat meringis ketika ditekan, dan nyeri hilang timbul dengan skala 2, suara abdomen tympani.

j. Pemeriksaan kelamin dan daerah sekitarnya

Terlihat tidak ada kelainan pada anus, tidak ada ruam, tidak ada benjolan, tidak ada pembesaran hemoroid, tidak ada nyeri tekan pada kantong kemih.

k. Pemeriksaan muskuluskeletal

Keadaan umum lemah, kemampuan gerak sendi bebas, merasa capek, kekuatan otot kanan kiri maksimal, kekuatan otot kaki kanan kiri maksimal.

l. Pemeriksaan neurologi

Keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, GCS 456, tidak ada kejang, tidak ada pusing.

m. Pemeriksaan integument

Warna kulit pasien sawo matang, tidak ada lesi, tidak ada ptekie pada tubuh, tidak ada bintik merah pada tubuh, akral hangat, turgor kulit elastis, kuku cukup bersih, terpasang infus D5 ½ NS 1000cc/24jam (14 tpm) ditangan kiri.

3.1.12 Tingkat Perkembangan

a. Adaptasi sosial

Pasien An. I berusia 10 tahun merupakan usia sekolah. Pasien terlihat sedikit pemalu dan sedikit takut terhadap orang asing yang baru dikenal. Saat pasien berinteraksi dengan perawat dan dokter pasien sedikit malu dan hanya berbicara sedikit.

b. Bahasa

Pasien An. I mampu berbicara bahasa Indonesia dengan jelas, pengucapannya tidak terbata-bata, mampu bicara dengan kalimat bertanya, soal waktu, sebab akibat, kapan, dimana, mengapa, dan lainnya.

c. Motorik halus

Pasien An. I mampu menyebutkan barang-barang yang dilihat dirumah sakit.

d. Motorik kasar

Pasien An. I mampu melakukan setiap perkataan ibunya disaat membutuhkan sesuatu.

Kesimpulan dari pemeriksaan perkembangan : Tumbuh kembang pasien sesuai dengan usianya.

3.1.13 Pemeriksaan Penunjang

a. Laboratorium

Lab tanggal 17/01/22

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Leukosit	2.84	$10^3/\mu\text{L}$	4.0 – 12.0
Hitung jenis leukosit			
:			
• Eosinofil#	0.04	$10^3/\mu\text{L}$	0.02 – 0.08
• Eosinofil%	0.40	%	0.5 - 5.0
• Basofil#	0.02	$10^3/\mu\text{L}$	0.00 – 0.10
• Basofil%	0.2	%	0.0 – 1.0
• Neutrofil#	7.64	$10^3/\mu\text{L}$	2.00 – 8.00
• Neutrofil%	75.60	%	50.0 – 70.0
• Limfosit#	1.46	$10^3/\mu\text{L}$	0.80 – 7.00
• Limfosit%	14.40	%	20.0 – 60.0
• Monosit#	0.95	$10^3/\mu\text{L}$	0.12 – 1.20
• Monosit%	9.40	%	3.0 – 12.0
Hemoglobin	15.10	g/dL	13 – 17
Hematokrit	35.20	%	35.0 – 49.0
Eritrosit	5.61	$10^6/\mu\text{L}$	3.50 – 5.20
Indeks eritrosit :			
• MCV	79.6	fL/cell	72 – 88
• MCH	27.4	Pg	23 – 31
• MCHC	34.4	g/dL	32 – 36
RDW_CV	12.6	%	11.0 – 16.0
RDW_SD	39.0	fL	35.0 – 56.0

Trombosit	50.00	$10^3/\mu\text{L}$	150 – 450
Indeks trombosit :			
• MPV	9.4	fL	6.5 – 12.0
• PDW	16.2	%	15 – 17
• PCT	0.348	$10^3/\mu\text{L}$	1.08 – 2.82
P-LCC	86.0	$10^3/\mu\text{L}$	30 – 90
P-LCR	23.4	%	11.0 – 45.0

3. Rontgen

<p>Foto thorax Ap :</p> <p>Cor : besar dan bentuk normal</p> <p>Pulmo : infiltrat perselubunya</p> <p>Sinus phrenicocostalis kanan kiri tajam</p> <p>Diaphragm kanan kiri baik</p> <p>Tulang baik</p>

4. Terapi

Infus D5 ½	1000cc/24 jam (14 tpm)	Untuk sumber kalori dimana pengganti cairan dan kalori dibutuhkan
------------	------------------------	---

Injeksi Dexametason	3x ½ ampul	obat anti radang seperti reaksi alergi, penyakit autoimun, atau radang sendi
Injeksi Antrain	3x200mg	Untuk menurunkan demam, pereda nyeri, meredakan kram, dan meringankan rasa sakit.
Injeksi Ranitiden	2x ½ ampul	Untuk mengobati gejala atau penyakit yang berkaitan dengan produksi asam lambung berlebihan.
Injeksi Cinam	2x500mg	Untuk mengatasi resistensi bakteri

Tabel 3.2 Analisis Data

Nama Px : An. I

Ruang/Kamar : Pav/6.4

Umur : 10 Tahun

RM : 55.xx.xx

No.	Data	Penyebab	Masalah
1.	<p>Ds : Ibu pasien mengatakan An. I mengeluh nyeri saat perut ditekan</p> <p>a. P : nyeri</p> <p>Q : ditekan</p> <p>R : abdomen</p> <p>S : 2 (ringan)</p> <p>T : hilang timbul</p> <p>Do :</p> <p>a. Keadaan umum lemah</p> <p>b. Pasien merasa sakit saat perut ditekan</p> <p>c. Hasil observasi TTV :</p> <p>Nadi : 108x/menit</p> <p>RR : 20x/menit</p>	<p>Agen pencedera fisiologis</p> <p>(penekanan intra abdomen)</p>	<p>Nyeri akut</p> <p>(SDKI hal 172 D.0077)</p>
2.	<p>Ds : Ibu pasien mengatakan An. I makan hanya menghabiskan 2-3 sendok</p>	<p>Faktor psikologis</p> <p>(keenganan untuk makan)</p>	<p>Defisit nutrisi</p> <p>(SDKI hal 81 D.0032)</p>

	<p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. BB SMRS : 27kg BB MRS : 27kg TB : 129cm b. Hasil laboratorium Hb : 15,10 g/dL c. Pasien lemas, tidak mual dan tidak muntah d. Diit TKTP 		
3.	<p>Ds : Ibu pasien mengatakan An. I tidak ada perdarahan pada gusi dan hidung</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Keadaan umum lemah b. Kesadaran composmentis c. Tidak ada bintik-bintik merah (ptekie) d. Tidak ada perdarahan pada hidung e. Hasil pemeriksaan laboratorium : 	<p>Gangguan koagulasi (trombositopenia)</p>	<p>Risiko Pendarahan (SDKI D.0012 hal 42</p>

	<p>trombosit 50.00</p> <p>10³/U1</p> <p>f. Hasil observasi TTV</p> <p>Nadi : 108x/menit</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>Suhu : 36,7°C</p> <p>g. Akral hangat</p>		
--	--	--	--

Tabel 3.3 Prioritas Masalah

Nama Px : An. I

Ruang/Kamar : Pav/6.4

Umur : 10 Tahun

RM : 55.xx.xx

No	Diagnosa keperawatan	TANGGAL		Nama perawat
		ditemukan	Teratasi	
1.	Risiko perdarahan	18 Januari 2022	21 Januari 2022	<i>KNR</i>
2.	Nyeri akut	18 Januari 2022	21 Januari 2022	<i>KNR</i>
3.	Defisit nutrisi	18 Januari 2022	21 Januari 2022	<i>KNR</i>

Tabel 3.4 Rencana Keperawatan

Nama Klien : An. I

No Rekam Medis : 55.xx.xx

Hari Rawat Ke : 2

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Rencana intervensi	Rasional
1.	Risiko perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi (trombositopenia)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tidak terjadi perdarahan dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak ada tanda-tanda perdarahan pada hidung, gusi. 2. Hasil trombosit dalam batas norma(150.000 -440.000 10^3/UI), hematokrit 35.0-49,0% g/dL 3. Hasil observasi dalam batas normal Nadi : 70-110 x/menit RR : 19-21 x/menit, Suhu : 36,5-37,5°C 	<p>Intervensi Utama : pencegahan perdarahan (283)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi tanda-tanda terjadinya perdarahan dan penurunan trombosit 2. Observasi pemeriksaan laboratorium pada trombosit, hematokrit dan hemoglobin 3. Observasi pemeriksaan tanda-tanda vital (nadi, suhu, dan pernafasan) 4. Berikan penjelasan kepada orang tua pasien untuk melaporkan segera bila ada tandah perdarahan lebih lanjut. <p>Intervensi Pendukung : Pencegahan syok (285)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penurunan trombosit merupakan tanda kebocoran pembuluh darah/plasma 2. Untuk menilai peningkatan atau penurunan sehingga dapat menentukan intervensi 3. Menilai keadaan umum dan mencegah terjadinya tanda-tanda syok 4. Membantu mendapatkan penanganan selanjutnya dan mencegah terjadinya perdarahan lebih lanjut

			<ol style="list-style-type: none"> 2. Monitor status cairan 3. Monitor tingkat kesadaran 4. Periksa riwayat alergi 5. Jelaskan penyebab/faktor risiko syok 6. Jelaskan tanda dan gejala awal syok 7. Menganjurkan memperbanyak asupan cair oral 8. Kalaborasi pemberian IV, jika perlu 	
2.	Nyeri akut berhubungan dengan penekanan intra abdomen	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tenang 2. Skala nyeri berkurang dengan skala nyeri 1 3. Ekspresi wajah tidak menunjukkan kesakitan 4. Hasil observasi TTV : Nadi : 70-110 x/menit RR : 19-21 x/menit 	<p>Intervensi utama : manajemen nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji keluhan penyebab nyeri, lokasi, karakteristik, dan intestinal 2. Observasi petunjuk nyeri non verbal dengan menunjukkan ekspresi wajah (0-10) 3. Observasi tanda-tanda vital 4. Ajarkan teknik manajemen nyeri non farmakologi dengan memberikan minyak kayu jika terasa nyeri <p>Intervensi pendukung : pemberian analgesik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi karakteristik nyeri 2. Identifikasi riwayat nyeri 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk melihat penyebab nyeri dan merencanakan intervensi keperawatan selanjutnya 2. Membantu dalam mengidentifikasi derajat skala nyeri dari ekspresi wajah 3. Untuk melihat keadaan umum pasien 4. Membantu mengurangi rasa nyeri yang sering muncul

			<ol style="list-style-type: none"> 3. Jelaskan efek terapi dan efek samping obat 4. Kalaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, jika perlu 	
3.	Defisit nutrisi berhubungan dengan keengganan untuk makan	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nutrisi terpenuhi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nafsu makan meningkat 2. Tidak ada penurunan berat badan 3. Tidak ada mual dan muntah 4. Hasil laboratorium dalam batas normal hemoglobin 13-17 g/dL 	<p>Intervensi utama : manajemen nutrisi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. observasi penyebab terjadinya anoreksia 2. Melakukan dan mengajarkan kepada orang tua pasien tentang cara melakukan perawatan kebersihan mulut (oral hygiene) 3. Berikan makanan kepada pasien sesuai selera dan berikan makanan sedikit tapi sering 4. Jelaskan kepada orang tua pasien tentang pentingnya nutrisi bagi tubuh 5. Kalaborasi pemberian obat suplemen <p>Intervensi pendukung : pemantauan nutrisi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi faktor yang mempengaruhi asupan gizi 2. Identifikasi pola makan 3. Identifikasi eliminasi 4. Identifikasi kemampuan menelan 5. Monitor hasil laboratorium 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk melihat dan merencanakan intervensi selanjutnya 2. Untuk memberikan rasa nyaman dan kebersihan mulut sehingga meningkatkan nafsu makan 3. Untuk meningkatkan nafsu makan dan memenuhi kebutuhan asupan nutrisi 4. Meningkatkan pengetahuan tentang nutrisi sebagai proses metabolik 5. Untuk memperbaiki kebutuhan nutrisi yang di butuhkan

Tabel 3.4 Tindakan Keperawatan Dan Catatan Perkembangan

No Dx	Tgl Jam	Tindakan	TT Perawat	Tgl Jam	Catatan Perkembangan	TT Perawat
1,2,3 1 1,2,3	18-01-22		KNR	18/01/22		KNR
	08.00	a. observasi TTV (hasil : Suhu 36,7°C, Nadi 108 x/menit, RR 20 x/menit)		13.30	Dx 1 : Risiko perdarahan S: ibu pasien mengatakan jika An. I tidak ada perdarahan pada hidung dan gusi O :	
	08.30	b. observasi keadaan umum (hasil : ibu pasien mengatakan jika An. I merasakan nyeri pada perut, tidak nafsu makan, badannya terasa sakit dan lemas)			a. pasien lemah b. kesadaran composmentis c. tidak ada bintik merah/ptekie d. tidak ada perdarahan e. hasil TTV Suhu 36,7°C, Nadi 108 x/menit, RR 20 x/menit	
	10.00	c. observasi tanda-tanda perdarahan (hasil : ibu pasien mengatakan jika An. I tidak ada perdarahan pada hidung dan gusi, tidak ada bintik merah/ptekie)			f. hasil laboratorium trombosit : 50.00 10 ³ /uL A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	
	11.30	d. injeksi dexametason ½ ampul dan cinam 500 mg			Dx 2 : nyeri akut S: ibu pasien mengatakan jika An. I merasakan	

3	12.00	<p>(hasil : tidak ada reaksi saat pemberian obat)</p> <p>e. memberikan diit siang sesuai diit pasien</p> <p>f. monitor pola nutrisi</p> <p>(hasil : ibu pasien mengatakan jika An. I tidak mau makan hanya menghabiskan 2-3 sendok makan)</p>			<p>nyeri jika perut di tekan dengan skala 2)</p> <p>O :</p> <p>a. pasien lemah</p> <p>b. pasien merasa sakit saat perut di tekan</p> <p>c. hasil TTV Suhu 36,7°C, Nadi 108 x/menit, RR 20 x/menit)</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
2	15.00	<p>g. identifikasi skala nyeri</p> <p>(hasil : ibu pasien mengatakan jika An. I merasakan nyeri jika perut di tekan dengan skala 2)</p>			<p>Dx 3 : defisit nutrisi</p> <p>S : : ibu pasien mengatakan jika An. I tidak mau makan hanya menghabiskan 2-3 sendok makan)</p> <p>O :</p>	
1,2,3	17.00	<p>h. observasi TTV</p> <p>(hasil : Suhu 36,7°C, Nadi 108 x/menit, RR 20 x/menit)</p>			<p>a. hasil laboratorium Hb : 15,10 g/dL</p> <p>b. pasien lemah</p> <p>c. pasien tidak ada mual dan tidak muntah</p> <p>d. diit pasien (TKTP)</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
2	18.30	<p>i. memotivasi keluarga untuk melakukan kompres hangat jika pasien merasakan nyeri</p>				

1,2,3	22.00	<p>(hasil : ibu pasien mengatakan sudah melakukan apa yang perawat katakan)</p> <p>j. injeksi cinam 500mg</p> <p>(hasil : tidak ada reaksi setelah pemberian obat)</p>		20.30	<p>Dx 1 : Risiko perdarahan</p> <p>S : ibu pasien mengatakan jika An. I tidak ada perdarahan pada hidung dan gusi</p> <p>O :</p> <p>a. pasien lemah</p> <p>b. kesadaran composmentis</p> <p>c. tidak ada bintik merah/ptekie</p> <p>d. tidak ada perdarahan</p> <p>e. hasil TTV Suhu 36,5°C, Nadi 110 x/menit, RR 20 x/menit</p> <p>f. hasil laboratorium trombosit : 50.00 $10^3/uL$</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
1,2,3	05.00	<p>k. observasi TTV</p> <p>(hasil : Suhu 36,7°C, Nadi 108 x/menit, RR 20 x/menit)</p>				
1,2,3		<p>l. injeksi dexametason ½ ampul dan cinam 500 mg</p> <p>(hasil : tidak ada reaksi saat pemberian obat)</p>			<p>Dx 2 : nyeri akut</p> <p>S : ibu pasien mengatakan jika An. I merasakan nyeri jika perut di tekan dengan skala 2)</p> <p>O :</p> <p>a. pasien lemah</p> <p>b. pasien merasa sakit saat perut di tekan</p>	

					<p>c. hasil TTV Suhu 36,5°C, Nadi 110 x/menit, RR 20 x/menit)</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>Dx 3 : defisit nutrisi</p> <p>S: : ibu pasien mengatakan jika An. I tidak mau makan hanya menghabiskan 2-3 sendok makan)</p> <p>O :</p> <p>a. hasil laboratorium Hb : 15,10 g/dL</p> <p>b. pasien lemah</p> <p>c. pasien tidak ada mual dan tidak muntah</p> <p>d. diit pasien (TKTP)</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>Dx 1 : Risiko perdarahan</p> <p>S : ibu pasien mengatakan jika An. I tidak ada perdarahan pada hidung dan gusi</p> <p>O :</p> <p>a. pasien lemah</p>	
				19-01-22 07.00		

					<p>b. kesadaran composmentis</p> <p>c. tidak ada bintik merah/ptekie</p> <p>d. tidak ada perdarahan</p> <p>e. hasil TTV Suhu 36,7°C, Nadi 110 x/menit, RR 20 x/menit</p> <p>f. hasil laboratorium trombosit : 50.00 10³/uL</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>Dx 2 : nyeri akut</p> <p>S : ibu pasien mengatakan jika An. I merasakan nyeri jika perut di tekan dengan skala 2)</p> <p>O :</p> <p>a. pasien lemah</p> <p>b. pasien merasa sakit saat perut di tekan</p> <p>c. hasil TTV Suhu 36,7°C, Nadi 110 x/menit, RR 20 x/menit)</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					<p>Dx 3 : defisit nutrisi</p> <p>S : ibu pasien mengatakan jika An. I tidak mau makan hanya menghabiskan 2-3 sendok makan)</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> hasil laboratorium Hb : 15,10 g/dL pasien lemah pasien tidak ada mual dan tidak muntah diit pasien (TKTP) <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
2. 1,2, 3	19/01/22 08.00	<p>a. observasi TTV</p> <p>(hasil : Suhu 36,5°C, Nadi 108 x/menit, RR 20 x/menit)</p>	KNR	19/01/22 13.30	<p>Dx. 1 : risiko perdarahan</p> <p>S :</p> <p>ibu pasien mengatakan jika An. I tidak ada perdarahan pada hidung dan gusi, tidak ada bintik merah/ptekie)</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> pasien merasa sudah tidak lemah kesadaran composmentis tidak ada bintik merah/ptekietidak ada perdarahan hasil TTV Suhu 36,7°C, Nadi 108 x/menit, RR 20 x/menit 	KNR
1,2, 3	08.30	<p>b. observasi keadaan umum</p> <p>(hasil : ibu pasien mengatakan jika An. I merasakan nyeri pada perut berkurang , mau makan meskipun sedikit, badannya terasa sakit dan lemas)</p>				

1.	10.00	c. observasi tanda-tanda perdarahan (hasil : ibu pasien mengatakan jika An. I tidak ada perdarahan pada hidung dan gusi, tidak ada bintik merah/ptekie)			e. hasil laboratorium trombosit : 109.00 $10^3/uL$ A : Masalah sebagian teratasi P : Intervensi dilanjutkan	
1,2,3	11.30	d. injeksi dexametason $\frac{1}{2}$ ampul dan cinam 500 mg (hasil : tidak ada reaksi saat pemberian obat)			Dx 2 : nyeri akut S : ibu pasien mengatakan jika An. I merasakan nyeri jika perut di tekan sudah berkurang dengan skala 1 O :	
3	12.00	m. memberikan diit siang sesuai diit pasien n. monitor pola nutrisi (hasil : ibu pasien mengatakan jika An. I sudah mau makan meskipun sedikit)			a. pasien merasa lemas nya berkurang b. pasien merasa sakit saat perut di tekan berkurang c. hasil TTV Suhu $36,0^{\circ}C$, Nadi 110 x/menit, RR 20 x/menit) A : Masalah teratasi sebagian	
1	15.00	o. identifikasi skala nyeri (hasil : ibu pasien mengatakan jika An. I merasakan nyeri jika perut di tekan sudah berkurang dengan skala 1)			P : Intervensi dilanjutkan Dx 3 : defisit nutrisi S : ibu pasien mengatakan jika An. I sudah mau makan menghabiskan 1 porsi makanan	

1,2, 3	16.00	p. observasi TTV (hasil : Suhu 36,7°C, Nadi 108 x/menit, RR 20 x/menit)			O : a. hasil laboratorium Hb : 15,10 g/dL b. pasien sudah tidak lemah c. pasien tidak ada mual dan tidak muntah d. diit pasien (TKTP) A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	
3	17.30	q. memotivasi keluarga untuk memberikan makan sedikit tapi sering (hasil : ibu pasien mengatakan sudah melakukan apa yang perawat katakan)		20.30	Dx. 1 : risiko perdarahan S : ibu pasien mengatakan jika An. I tidak ada perdarahan pada hidung dan gusi, tidak ada bintik merah/ptekie)	
1,2, 3	22.00	r. injeksi cinam 500mg (hasil : tidak ada reaksi setelah pemberian obat)			O : a. pasien merasa tidak lemah b. kesadaran composmentis c. tidak ada bintik merah/ptekietidak ada perdarahan d. hasil TTV Suhu 36,7°C, Nadi 108 x/menit, RR 20 x/menit e. hasil laboratorium trombosit : 105.00 10 ³ /uL A : Masalah sebagian teratasi	
1,2, 3	05.00	s. observasi TTV (hasil : Suhu 36,7°C, Nadi 108 x/menit, RR 20 x/menit)				
1,2, 3		t. injeksi dexametason ½ ampul dan cinam 500 mg (hasil : tidak ada reaksi saat pemberian obat)				

					<p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>Dx 2 : nyeri akut</p> <p>S : ibu pasien mengatakan jika An. I merasakan nyeri jika perut di tekan sudah berkurang dengan skala 1</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> pasien merasa tidak lemah pasien merasa sakit saat perut di tekan berkurang hasil TTV Suhu 36,0°C, Nadi 110 x/menit, RR 20 x/menit) <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
				<p>20-01-22 07.00</p>	<p>Dx. 1 : risiko perdarahan</p> <p>S :</p> <p>ibu pasien mengatakan jika An. I tidak ada perdarahan pada hidung dan gusi, tidak ada bintik merah/ptekie)</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> pasien merasa tidak lemah 	

					<p>b. kesadaran composmentis</p> <p>c. tidak ada bintik merah/ptekietidak ada perdarahan</p> <p>d. hasil TTV Suhu 36,7°C, Nadi 108</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>Dx 2 : nyeri akut</p> <p>S : ibu pasien mengatakan jika An. I merasakan nyeri jika perut di tekan sudah berkurang dengan skala 1</p> <p>O :</p> <p>a. pasien merasa tidak lemah</p> <p>b. hasil TTV Suhu 36,0°C, Nadi 110 x/menit, RR 20 x/menit)</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
3.1,3	20/01/22 07.30	<p>a. observasi TTV</p> <p>(hasil : Suhu 36,0°C, Nadi 110</p>	KNR	20/01/22 11.00	<p>Dx 3 : Risiko Perdarahan</p> <p>S :</p> <p>ibu pasien mengatakan jika An. I tidak ada perdarahan pada hidung</p>	KNR

1,3	08.00	<p>x/menit, RR 21 x/menit)</p> <p>b. observasi keadaan umum</p> <p>(hasil : ibu pasien mengatakan jika An. I sudah tidak merasakan nyeri pada saat ditekan, badannya sudah mulai membaik)</p>			<p>dan gusi, tidak ada bintik merah/ptekie)</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. pasien merasa tidak lemah b. kesadaran composmentis c. tidak ada bintik merah/ptekietidak ada perdarahan d. hasil TTV Suhu 36,0°C, Nadi 110 x/menit, RR 21 x/menit e. hasil trombosit : 190.00 $10^3/uL$ <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	
3	08.30	<p>c. observasi tanda-tanda perdarahan</p> <p>(hasil : ibu pasien mengatakan jika An. I tidak ada perdarahan pada hidung dan gusi, tidak ada bintik merah/ptekie)</p>			<p>Pasien KRS</p> <p>Dx 2 : nyeri akut</p> <p>S : ibu pasien mengatakan jika An. I sudah tidak merasakan nyeri pada saat ditekan)</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. pasien merasa tidak lemah b. hasil TTV Suhu 36,0°C, Nadi 110 x/menit, RR 20 x/menit) <p>A : masalah teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan pasien KRS</p>	
2	09.00	<p>d. mengidentifikasi nyeri</p> <p>(hasil : ibu pasien mengatakan jika An. I sudah tidak merasakan nyeri pada saat ditekan)</p>				

--	--	--	--	--	--	--

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan Diagnosa Dengue Hemoragic Fever di ruang Anak Rumkital Dr. Ramelan Surabaya yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

5.1 Pengkajian

Pada tahap penumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien dan keluarga terbuka dan mengerti serta kooperatif.

Dalam melakukan pengkajian kasus pada pasien, penulis tidak kesulitan untuk mendapatkan data diri dari pasien sendiri, karena pasien bisa diajak untuk berkomunikasi dan juga pasien kooperatif apabila ditanya dan keluarga pasien juga banyak memberikan informasi jika saat ditanya.

Pada keluhan utama dalam tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus terdapat kesenjangan data pada saat dilakukan pengkajian. Pada konsep teori keluhan pada DHF biasanya muncul demam tinggi, nyeri otot, dan nyeri sendi, di sertai leukopenia, ruam, limfadenopati, trombositopenia dan diathes hemoragik, malaise (Wulan & Erawati, 2016). Dan ditemukan adanya keluhan panas mendadak yang di sertai menggigil dengan kesadaran composmentis, turunnya panas terjadi antara hari ke-3 dan ke-7. Kadang di sertai dengan keluhan batuk, pilek, nyeri telan, mual, muntah, diare/konstipasi, sakit kepala, nyeri otot, serta adanya perdarahan pada kulit (Sari, 2019). Pada pemeriksaan pasien DHF terdapat nadi lemah, adanya penurunan nadi menjadi (20mmHg),

tekanan darah menurun sampai (80mmHg atau kurang), kulit teraba dingin, adanya sianosis, adanya syok hipovolemik. Adanya penurunan nafsu makan dan berat badan, di temukannya nyeri pada otot atau persendian, adanya kebocoran plasma yang berdampak pada berdarahan, adanya petekie, purpura yang terjadi jika adanya peningkatan suhu tubuh (hipertermi) (qurohman, 2020)

Sedangkan tinjauan kasus DHF di ruang V terdapat keluhan utama pada pasien yaitu panas hari ke-3, merasakan nyeri pada perut, badannya terasa lemas dan sakit semua, tidak mau makan hanya menghabiskan 2-3 sendok. Dan tidak ada perdarahan pada gusi dan hidung, tidak ada petekie, tidak ada mual dan muntah, tidak ada diare, tidak ada syok, tidak ada kejang. Hanya terdapat hasil laboratorium dengan trombosit ($50.00 \times 10^3/uL$) dan tekanan darah (110/70 mmHg), Suhu ($36,7^\circ C$), Nadi (108 x/menit), RR : 20 x/menit, akral terasa hangat, keadaan composmentis, tidak adanya penurunan berat badan.

Pada kasus pasien dengan suhu $36,7^\circ C$ karena sudah melewati kritis fase menuju kesembuhan. Analisis data pada tinjauan pustaka hanya menguraikan teori saja pada kasus nyata sesuai dengan keluhan yang di alami pasien, karena penulis menghadapi pasien secara langsung kesenjangan lainnya yaitu diagnosa keperawatan.

5.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa berdasarkan yang diperoleh pada kasus di ruang V terdapat diagnosa yang muncul yaitu resiko perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi (trombositopenia) yang di tandai dengan tanda-tanda klinis yaitu tidak ada perdarahan pada gusi dan hidung, keadaan lemah, kesadaran compos mentis, tidak ada bintik-bintik merah (petekie), hasil pemeriksaan laboratorium : trombosit ($50.00 \times 10^3/uL$), Hasil observasi TTV tekanan darah (110/70 mmHg), Suhu ($36,7^\circ C$), Nadi (108 x/menit), RR : 20 x/menit, dengan akral hangat. Masalah keperawatan risiko perdarahan

yaitu dengan tujuan : setelah di lakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam di harapkan tidak terjadi risiko perdarahan dengan kriteria hasil : pemeriksaan trombosit normal 150.000-450.000, tidak ada tanda-tanda ptikie, tidak ada gusi berdarah, dan tidak muncul bintik merah. Karena pada kasus anak memiliki tanda-tanda DHF yaitu terjadi penurunan trombosit karena pasien mengalami fase kritis menuju fase penyembuhan.

Pada diagnosa keperawatan ke dua pada tinjauan kasus nyeri akut berhubungan dengan agen pencendera fisiologis. Pada saat pengkajian di tandai nyeri pada perut saat ditekan dengan skala 2, badan terasa sakit semua. Masalah keperawatan nyeri akut yaitu bertujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam di harapkan nyeri akut berkurang di tandai dengan kriteria hasil : pasien merasa tenang, nyeri berkurang dengan skala 1, ekspresi wajah tidak kesakitan, hasil observasi TTV dalam batas normal Suhu (36,7°C), Nadi (108 x/menit), RR : 20 x/menit. Diagnosa keperawatan berdasarkan yang diperoleh dari tinjauan kasus memiliki kesenjangan sehingga dapat mengambil nyeri akut berhubungan dengan agen pecendera fisiologis dengan ditandai nyeri pada abdomen karena terjadinya trombositopenia.

Pada diagnosa keperawatan ke tiga pada tinjauan kasus defisit nutrisi berhubungan dengan keengganan untuk makan bertujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam kebutuhan nutrisi terpenuhi dengan kriteria hasil : berat badan stabil, pasien nafsu makan, tidak ada mual dan tidak ada muntah. Berdasarkan yang diperoleh dari tinjauan kasus memiliki kesenjangan sehingga defisit nutrisi berhubungan dengan keengganan untuk makan ditandai nyeri pada abdomen.

Sedangkan diagnosa keperawatan tidak muncul pada kasus nyata dan tetap pada tinjauan pustaka hipertemia berhubungan dengan proses penyakit dengan kriteria hasil : suhu tubuh 36°C-37,5°C, dengan ditandai tubuh tidak teraba panas, dan haus berkurang. Sedangkan pada tinjauan

kasus pasien tidak mengalami hipertermia dengan suhu 36.7°C karena pasien sudah melewati fase febris selama 4 hari. Sehingga tidak mengambil masalah keperawatan tersebut.

Risiko hipovolemik berhubungan dengan asupan cairan dan peningkatan suhu tubuh, mual dan muntah dengan kriteria hasil : tanda-tanda vital dalam batas normal, turgor kulit baik, kadar elektrolit dalam batas normal, tidak ada peningkatan hematokrit. Sedangkan pada tinjauan kasus tidak ada tanda-tanda seperti kekurangan volume cairan dengan tanda peningkatan suhu tubuh, turgor kulit baik. Sehingga tidak mengambil diagnosa tersebut.

5.3 Perencanaan

Berikut adalah intervensi keperawatan Dengue Hemorrhagic Fever yang telah disesuaikan dengan kondisi pasien :

1. Risiko perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi (trombositopenia)

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24jam di harapkan Tidak ada tanda-tanda perdarahan pada hidung, gusi. Hasil trombosit dalam batas norma(150.000-440.000 10^3 /Ul), hematokrit 35.0-49,0% g/dL, Hasil observasi dalam batas normal Nadi : 70-110 x/menit, RR : 19-21 x/menit , Suhu : 36,537,5°C. Intervensi Observasi tanda-tanda terjadinya perdarahan dan penurunan trombosit, Observasi pemeriksaan laboratorium pada trombosit, hematokrit dan hemoglobin, Observasi pemeriksaan tanda-tanda vital (nadi, suhu, dan pernafasan), Berikan penjelasan kepada orang tua pasien untuk melaporkan segera bila ada tandah perdarahan lebih lanjut.

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (penekanan intra abdomen)

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, tampak meringis menurun, tekanan

darah membaik, nafsu makan membaik. Intervensi yang dilakukan adalah mengidentifikasi nyeri, memberikan teknik untuk mengurangi rasa nyeri, diberikan injeksi antrain 250mg/iv untuk mengurangi nyeri.

3. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan)

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : porsi makan di habiskan, nyeri abdomen menurun, nafsu makan membaik, membran mukosa membaik. Intervensi meliputi penyebab terjadinya anoreksia , Melakukan dan mengajarkan kepada orang tua pasien tentang cara melakukan perawatan kebersihan mulut (oral hygiene), Berikan makanan kepada pasien sesuai selera dan berikan makanan sedikit tapi sering, Jelaskan kepada orang tua pasien tentang pentingnya nutrisi.

5.4 Pelaksanaan

Berikut ini adalah implementasi yang telah dilakukan pada An. I dengan diagnosa Dengue Hemoragic Fever sesuai rencana keperawatan diatas :

1. Risiko perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi (trombositopenia)

Tindakan yang dilakukan adalah memonitor tanda-tanda perdarahan, monitor keadaan umum, menganjurkan keluarga jika terjadi perdarahan segera melapor, mengobservasi TTV, kalaborasi pemberian cairan infus D5 ½ 1000cc/24 jam (14tpm) dan injeksi dexameason ½ ampul, injeksi cinam 500mg. Implementasi dilakukan sesuai rencana dan tidak ada intervensi yang tidak dilakukan.

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (penekanan intra abdomen)

Tindakan yang dilakukan adalah mengidentifikasi nyeri, memonitor skala nyeri, monitor keadaan umum, menganjurkan keluarga untuk melakukan kompres hangat jika pasien

merasakan nyeri, mengobservasi TTV, kalaborasi pemberian injeksi cinam 500mg. Implementasi dilakukan sesuai rencana dan tidak ada intervensi yang tidak dilakukan.

3. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan)

Tindakan yang dilakukan adalah memonitor asupan makanan, mengobservasi makanan yang disukai, menganjurkan keluarga untuk selalu memberikan makan sedikit tapi sering.

Memotivasi pasien agar mau makan. Implementasi dilakukan sesuai rencana dan tidak ada intervensi yang tidak dilakukan.

5.5 Evaluasi

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilaksanakan karena merupakan kasus semu sedangkan pada tinjauan kasus sudah dapat dilakukan evaluasi karena dapat diketahui keadaan pasien dan masalahnya secara langsung.

Pada waktu dilaksanakan evaluasi hari ketiga risiko perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi trombositopenia. Hasil pemeriksaan trombosit normal dan tidak ada perdarahan pada gusi dan ptekie. Pasien sudah terpenuhi selama 3x24 jam karena tindakan yang tepat telah berhasil dilaksanakan dan masalah teratasi pada tanggal 21 Januari 2022. Pada diagnosa kedua nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi. Pasien tidak nyeri saat ditekan, pasien merasa tenang dan tidak kesakitan. Nyeri teratasi 3x24 jam karena tindakan yang tepat telah berhasil dilaksanakan dan masalah teratasi pada tanggal 21 Januari 2022. Pada diagnosa ketiga defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan). Pasien sudah mau makan dan menghabiskan 1 porsi, tidak ada mual dan tidak ada muntah. Defisit nutrisi teratasi selama 3x24 jam karena tindakan yang tepat telah berhasil dilaksanakan dan masalah teratasi pada tanggal 21 Januari 2022.

Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara pasien, keluarga pasien, dan tim kesehatan. Hasil evaluasi pada An. I sebagian sudah sesuai dengan harapan masalah teratasi dan pasien KRS pada tanggal 21 Januari 2022.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada An. I dengan Dengue Hemoragic Fever di Ruang Anak V Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

5.1 Simpulan

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien Dengue Hemoragic Fever, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian pada pasien dengue hemoragic fever ditemukan adanya risiko perdarahan , nyeri akut, defisit nutrisi. Didapatkan data fokus pasien terdapat keluhan utama pada pasien yaitu panas hari ke-4, merasakan nyeri pada perut, badannya terasa lemas dan sakit semua, tidak mau makan hanya menghabiskan 2-3 sendok. Dan tidak ada perdarahan pada gusi dan hidung, tidak ada ptekie, tidak ada mual dan muntah, tidak ada diare, tidak ada syok, tidak ada kejang. Hanya terdapat hasil laboratorium dengan trombosit ($50.00 \cdot 10^3/uL$) dan tekanan darah (110/70 mmHg), Suhu ($36,7^{\circ}C$), Nadi (108 x/menit), RR : 20 x/menit, akral terasa hangat, keadaan composmentis, tidak adanya penurunan berat badan. Pada kasus pasien dengan suhu $36,7^{\circ}C$ karena sudah melewati kritis fase menuju kesembuhan. Analisis data pada tinjauan pustaka hanya menguraikan teori saja pada kasus nyata sesuai dengan keluhan yang di alami pasien, karena penulis menghadapi pasien secara langsung kesenjangan lainnya yaitu diagnosa keperawatan. Pada pasien ini muncul beberapa diagnosa yaitu : Risiko perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi

trombositopenia, nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisiologi, defisit nutrisi berhubungan dengan keengganan untuk makan.

2. Pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan adalah Risiko perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi (trombositopenia), dilakukan intervensi Observasi tanda-tanda terjadinya perdarahan dan penurunan trombosit, Observasi pemeriksaan laboratorium pada trombosit, hematokrit dan hemoglobin, Observasi pemeriksaan tanda-tanda vital (nadi, suhu, dan pernafasan), Berikan penjelasan kepada orang tua pasien untuk melaporkan segera bila ada tandah perdarahan lebih lanjut. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (penekanan intra abdomen) dilakukan intervensi yang dilakukan adalah mengidentifikasi nyeri, memberikan teknik untuk mengurangi rasa nyeri, diberikan injeksi antrain 250mg/iv untuk mengurangi nyeri. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan) dilakukan intervensi meliputi penyebab terjadinya anoreksia , melakukan dan mengajarkan kepada orang tua pasien tentang cara melakukan perawatan kebersihan mulut (oral hygiene), Berikan makanan kepada pasien sesuai selera dan berikan makanan sedikit tapi sering, Jelaskan kepada orang tua pasien tentang nutrisi bagi penderita DHF.
3. Pada akhirnya semua tujuan dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara pasien, keluarga pasien, tim kesehatan. Hasil evaluasi An. I sudah sesuai harapan masalah teratasi dan pasien KRS pada tanggal 21 Januari 2022.

5.2 Saran

1. Adapun beberapa saran yang dapat diberikan oleh penulis, sebagai berikut :

Untuk mencapai hasil keperawatan yang di harapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan pasien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.

2. Perawat sebagai petugas kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, ketrampilan yang cukup serta dapat bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dengan Dengue Fever.
3. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang profesional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada pasien.
4. Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal khususnya pengetahuan dalam bidang keperawatan.
5. Kembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara komprehensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Demam Berdarah - Dr Genis Ginanjar - Google Buku.* (n.d.). Retrieved January 29, 2022, from [https://books.google.co.id/books?hl=id&lr=&id=dZTuoqhfWdMC&oi=fnd&pg=PA1&dq=demam+berdarah+pada+anak&ots=l7TxPQ3Dct&sig=sOW5TQUST-hzpayJWZIUd20yesc&redir_esc=y#v=onepage&q=demam berdarah pada anak&f=false](https://books.google.co.id/books?hl=id&lr=&id=dZTuoqhfWdMC&oi=fnd&pg=PA1&dq=demam+berdarah+pada+anak&ots=l7TxPQ3Dct&sig=sOW5TQUST-hzpayJWZIUd20yesc&redir_esc=y#v=onepage&q=demam%20berdarah%20pada%20anak&f=false)
- Nahriyah, S. (2017). Tumbuh kembang anak di era digital. *Risalah, Jurnal Pendidikan Dan Studi Islam*, 4(1), 65–74. <https://doi.org/10.5281/zenodo.3552008>
- Qurohman, T. (2020). *Asuhan keperawatan pada anak dengue hemoragic fever (DHF) dengan masalah keperawatan peningkatan suhu tubuh (hipertermi) diruangan kalimaya atas RSU. Dr. Slamet garut.* 39.
- Sari, W. A. M. (2019). Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Dengue Hemoragic Fever (Dhf). *Jurnal Ilmiah Cerebral Medika*, 1(2). <https://doi.org/10.53475/jicm.v1i2.70>
- Soedjatmiko, S., Sitaresmi, M. N., Hadinegoro, S. R. S., Kartasasmita, C. B., Moedjito, I., Rusmil, K., Siregar, S. P., Munasir, Z., Prasetyo, D., & Sarosa, G. I. (2020). Jadwal Imunisasi Anak Umur 0 – 18 tahun Rekomendasi Ikatan Dokter Anak Indonesia Tahun 2020. *Sari Pediatri*, 22(4), 252. <https://doi.org/10.14238/sp22.4.2020.252-60>
- Widyani, P. A. (2011). TENTANG IMUNISASI DASAR LENGKAP PADA BAYI SEBELUM USIA 1 TAHUN TESIS Untuk Memenuhi Persyaratan Mencapai Derajat Magister Program Studi Magister Kedokteran Keluarga Minat Utama Pendidikan Profesi Kesehatan Oleh : AGNES WIDYANI PALUPI NIM S540209101 PROGRA. *Tesis*.

Lampiran 1

SATUAN ACARA PENYULUHAN DENGUE HEMORAGIC FEVER

Pokok bahasan	: Dengue Hemoragic Fever
Sub pokok bahasan	: Pencegahan Dengue Hemoragic Fever
Sasaran	: keluarga Pasien An. I di ruang V Rumkital Dr. Ramelan Surabaya
Hari / tanggal	: Rabu, 19 Januari 2022
Tempat	: Ruang V Rumkital Dr. Ramelan Surabaya
Pukul	: 08.30-09.00 WIB

A. TUJUAN

Tujuan Umum : setelah diberikan penyuluhan selama 30 menit tentang Dengue Hemoragic Fever (DHF) diharapkan keluarga pasien mengetahui tentang pencegahan Demam Hemoragic Fever.

Tujuan khusus : setelah diberikan penyuluhan selama 30 menit diharapkan keluarga pasien mampu menjelaskan pengertian Dengue Hemoragic Fever, mengetahui penyebab Dengue Hemoragic Fever, menyebutkan tanda dan gejala Dengue Hemoragic Fever, mengetahui cara pencegahan Dengue Hemoragic Fever.

B. MATERI

1. Pengertian

Demam Berdarah Dengue/DBD (Dengue Hemorrhagic Fever/DHF) adalah penyakit yang di sebabkan oleh virus Dengue yang di tularkan melalui gigitan nyamuk aedes aegypti dan aedes albopictus. Virus ini akan mengganggu kinerja darah kapiler dan sistem pembekuann darah, sehingga mengakibatkan perdarahan. Demam Berdarah Dengue tidak menular melalui kontak manusia dengan manusia. Virus dengue sebagai penyebab demam berdarah

hanya dapat ditularkan melalui gigitan nyamuk (Prasetyo, 2012). Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan penyakit yang disebabkan oleh gigitan nyamuk *Aedes* yang terinfeksi salah satu dari empat tipe virus dengue dengan manifestasi klinis demam, nyeri otot dan nyeri sendi yang disertai leukopenia, ruam, limfadenopati, trombositopenia dan diathesis hemoragik (WHO, 2011). Dan terdapat tiga tahapan yang dialami penderita penyakit DBD, yaitu fase demam, fase kritis, dan fase pemulihan (WHO,2009).

2. Etiologi

Penyakit DHF disebabkan oleh virus dengue dari kelompok arbovirus B yaitu *Aedes* *borne*. Atau disebut juga virus yang disebabkan oleh *Arthropoda*. Virus ini termasuk genus *flavivirus* dari famili *flavivirus*. Nyamuk *Aedes* betina biasanya terinfeksi virus dengue pada saat menghisap darah dari seseorang yang mengalami tahap demam akut. Setelah melalui periode inkubasi ekstrinsik selama 8-10 hari. Kelenjar ludah *Aedes* akan menjadi terinfeksi dan virusnya akan ditularkan ketika nyamuk menggigit dan mengeluarkan cairan ludahnya kedalam luka gigitan ke tubuh orang lain. Setelah masa inkubasi instrinsik selama 3-14 hari timbul gejala awal penyakit secara mendadak yang ditandai dengan demam, pusing, nyeri otot, hilangnya nafsu makan dan berbagai tanda nonspesifik seperti mual (mual-mual), muntah dan rash (ruam kulit) biasanya muncul pada saat atau persis sebelum gejala awal penyakit tampak dan berlangsung selama 5 hari setelah dimulai penyakit, saat-saat tersebut merupakan masa kritis dimana penderita dalam masa inefektif untuk nyamuk yang berperan dalam siklus penularan. (Widoyono, 2012).

3. Manifestasi Klinik

Manifestasi klinis mulai dari infeksi tanpa gejala demam, demam dengue (DD) dan DBD, ditandai dengan (Khair,2013) :

- a. Demam tinggi selama 5-7 hari
- b. Perdarahan terutama bawah kulit, petekie, hematoma
- c. Epitaksi, hemamalena, hematuria
- d. Mual, muntah, diare, konstipasi, tidak mau makan Nyeri otot, nyeri tulang, nyeri sendi, nyeri abdomen, dan nyeri uluh hati
- e. Sakit kepala
- f. Pembengkakan sekitar mata
- g. Pembesaran hati, limfa, kelenjar getah bening

h. Tanda-tanda renjatan (sianosis, kulit lembab dan dingin, tekanan darah menurun, gelisah, capila reffil time lebih dari 2 detik nadi cepat dan lemah).

4. Patofisiologi

Patofisiologi primer DBD dan dengue syock syndrome (DSS) adalah peningkatan akut permeabilitas vaskuler yang mengarah pada kebocoran plasma ke dalam ruang ekstravaskuler, sehingga mengakibatkan hemokonsentrasi dan penurunan tekanan darah. Pada kasus berat, volume plasma akan menurun lebih dari 20%, hal ini didukung penemuan post mortem meliputi efusi pleura, hemokonsentrasi dan hipoproteinemi. (*Demam Berdarah - Dr Genis Ginanjar - Google Buku*, n.d.)

Setelah masuk ke dalam tubuh manusia, virus dengue berkembang biak dalam sel retikuloendotelial dan diikuti dengan viremia yang berlangsung 5-7 hari. Akibat infeksi ini, muncul respon imun baik humoral maupun selular, antara lain anti netralisasi, anti-hemaglutinin dan anti komplemen. Antibodi yang muncul pada umumnya adalah IgG dan IgM, pada infeksi dengue primer antibodi mulai terbentuk, dan pada infeksi sekunder kadar antibodi yang telah ada jadi meningkat. (*Demam Berdarah - Dr Genis Ginanjar - Google Buku*, n.d.)

Antibodi terhadap virus dengue dapat ditemukan di dalam darah sekitar demam hari ke-5, dan meningkat pada minggu pertama sampai dengan ketiga, lalu menghilang setelah 60-90 hari. Kinetik kadar IgG berbeda dengan kinetik kadar antibodi IgM, oleh karena itu kinetik antibodi IgG harus dibedakan antara infeksi primer dan sekunder. Pada infeksi primer antibodi IgG meningkat sekitar demam hari ke-14 sedang pada infeksi sekunder antibodi IgG meningkat pada hari kedua. Oleh karena itu diagnosa dini infeksi primer hanya dapat ditegakkan dengan mendeteksi antibodi IgM setelah hari sakit kelima, diagnosis (*Aspirator Vol. 2 No. 2 Tahun 2010 : 110 –119*).

5. Diagnosa Banding

- a. Belum / tanpa renjatan meliputi : campak, infeksi bakteri / virus lain (misal tonsilo faringitis, demam dari kelompok penyakit, hepatitis, chikungunya).
- b. Dengan renjatan meliputi : demam tipoid, Renjatan septik oleh kuman gram negatif lain
- c. Dengan kejang meliputi : Ensefalopatis, Meningitis G (Hidayat A. Aziz Alimul, 2008).

6. Klasifikasi

- a. Derajat I meliputi demam yang disertai dengan gejala klinis lain atau perdarahan spontan, uji turniket positif, trombositopenia dan hemokonsentrasi.
- b. Derajat II meliputi perdarahan spontan selain manifestasi pasien pada derajat I, biasanya pada bentuk perdarahan kulit atau perdarahan lain.
- c. Derajat III meliputi gagal sirkulasi pada manifestasikan dengan nadi cepat dan lemah serta penyempitan tekanan nadi atau hipotensi, dengan adanya kulit dingin dan lembab serta gelisah.
- d. Derajat IV meliputi rejan berat, denyut nadi, dan tekanan darah tidak dapat di ukur. Yang di sertai dengan Dengue Shock Sindrom.

7. Komplikasi

- a. Perdarahan : Infeksi virus yang menyebabkan perlekatan kompleks antigen-antibodi pada membran trombosit, sehingga terjadi trombositopenia. Jadi pada perdarahan masif, penurunan faktor pembekuan, kelainan fungsi trombosit pada DHF di akibatkan oleh trombositopenia.
- b. Syok : Indikasi sekunder oleh virus dengue akan menyebabkan respon antibodi amnesia yang akan terjadi dalam waktu beberapa hari mengakibatkan proliferasi dan tranformasi limfosit dengan menghasilkan titer tertinggi antibodi IgG anti dengue. Pada pasien dengan syok berat, volume plasma dapat berkurang sampai lebih dari 30% dan berlangsung selama 24-28 jam. Syok yang tidak di tanggulasi menyebabkan asidosis dan anoreksia yang dapat berakhir fatal yaitu kematian.
- c. Efusi Pleura : Efusi pleura di sebabkan oleh infeksi virus dengue yang bisa memecahkan membran kapiler dan memungkinkan pengaliran protein plasma dan cairan yang kemudian masuk kedalam rongga pleura secara cepat dan akumulasi cairan ini di sebut efusi pleura.
- d. Penurunan kesadaran : Saat terjadi infeksi virus dengue, kemudian mengalami replikasi. Maka terbentuk kompleks virus antibodi yang menyebabkan efek, salah satunya permeabilitas kapiler yang mengakibatkan terjadi penurunan kesadaran.
- e. Kematian : Syok yang tidak di tanggulasi menyebabkan asidosis dan anoksia yang dapat berakibat fatal yaitu kematian.

8. Pemeriksaan Penunjang

Menurut susalaningrum,R (2013) pada pemeriksaan darah pasien DHF akan dijumpai sebagai berikut :

- a. Hb dan PCV meningkat (>20%).
- b. Trombosit (<100.000).
- c. IgD degue positif.
- d. Hasil pemeriksaan kimia darah menunjukkan hipoproteinemia, hipokloremia, hiponateremia.
- e. Urin dan pH darah mungkin meningkat.
- f. Asidosis metabolic: $pCO_2 < 35-40$ mmHg HCO_3 rendah.

9. Pencegahan

Pencegahan penyakit demam berdarah berfokus pada pengendalian cara penularannya melalui nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*. Jika sudah memasuki pergantian musim, maka perlu sering dilakukan pengasapan atau *fogging* terutama jika di suatu tempat ada yang terkena penyakit demam berdarah. Tak hanya hal itu, setiap orang wajib menjaga kebersihan lingkungan untuk memberantas sarang nyamuk, termasuk menghindari adanya genangan air dengan cara menjaga saluran drainase tetap lancar. Pemberantasan sarang nyamuk dapat dilakukan dengan 3M, yaitu:

- a. Menutup tempat penampungan air untuk mengurangi tempat nyamuk berkembangbiak
- b. Menguras dan membersihkan bak mandi atau tempat penampungan air yang lain secara rutin
- c. Mengubur sampah-sampah yang berpotensi sebagai sarang nyamuk

Untuk perlindungan dari gigitan nyamuk penyebab demam berdarah bisa juga dilakukan dengan memakai lotion anti nyamuk terutama di pagi hari, menggunakan kelambu di tempat tidur, memasang kawat anti nyamuk, dan menjaga kesehatan tubuh agar tetap fit.

Pemberian vaksin juga bisa dilakukan sejak usia anak-anak 9-16 tahun untuk mencegah risiko demam berdarah yang mengandung 4 tipe virus. Vaksin demam berdarah dapat diberikan secara bertahap sebanyak 3 kali dengan jarak antara vaksin setiap 6 bulan.

10. METODE

1. Ceramah

2. Tanya jawab

11. MEDIA

1. Leaflet

12. KEGIATAN PENYULUHAN

No.	Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Peserta
1.	10 menit	<p>Pembukaan</p> <ol style="list-style-type: none">2. Memulai penyuluhan dengan mengucapkan salam3. Memperkenalkan diri4. Menjelaskan tujuan penyuluhan5. Menyebutkan materi yang akan diberikan	<ol style="list-style-type: none">1. Menjawab salam2. Memperhatikan3. Memperhatikan4. Memperhatikan
2.	15 menit	<p>Pelaksanaan</p> <ol style="list-style-type: none">1. Menjelaskan tentang : pengertian Dengue Hemoragic Fever, penyebab Dengue Hemoragic Fever, tanda dan gejala Dengue Hemoragic Fever, cara pencegahan Dengue Hemoragic Fever2. Memberikan kesempatan untuk bertanya3. Menjawab pertanyaan peserta	<ol style="list-style-type: none">1. Memperhatikan2. Aktif bertanya3. Mendengarkan
3.	5 menit	<p>Penutup</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Menjelaskan

		<ol style="list-style-type: none">1. Menyimpulkan materi yang disampaikan oleh penyuluh2. Memberikan leaflet3. Mengevaluasi peserta atas penjelasan yang disampaikan dan penyuluhan menanyakan kembali mengenai materi penyuluhan4. Salam penutup	<ol style="list-style-type: none">2. Menerima3. Menjelaskan
--	--	--	--

Lampiran 2

<p>Apa itu Demam Berdarah Dengue???</p> <p>DBD adalah infeksi akut yang disebabkan oleh arbovirus (arthrooborn virus) dan ditularkan melalui gigitan nyamuk Aedes (<i>Aedes albapictus</i> dan <i>Aedes aegypti</i>)</p> <p>Penularan</p>  <p>Penularan DBD terjadi melalui gigitan nyamuk <i>Aedes aegypti</i> / <i>Aedes albapictus</i> betina yang sebelumnya telah membawa virus dalam tubuhnya dari penderita demam berdarah lain.</p>	<p>Ciri dan Sifat Nyamuk Aedes Aegypti</p>  <ol style="list-style-type: none">1. Warna hitam dengan bercak putih pada badan dan khaki.2. Hidup dan berekembang biak didalam rumah dan sekitarnya.3. Hidup pada pakaian yang tergantung, kelambu serta di tempat gelap dan lembab.4. Menggigit di siang hari.5. Tempat perlindungan di genangan air yang tidak langsung berhubungan dengan tanah. misal: bak mandi, gentong, drum, ban bekas, vas bunga dll.	<p>Gejala DBD</p>  <ol style="list-style-type: none">1. Demam akut yang tetap tinggi selama 2-7 hari, kemudian turun secara cepat.2. Manifestasi pendarahan.3. Pembesaran hati yang disertai icterus.4. Jika keadaan bertambah parah dapat menyebabkan syok (renjatan).5. Kenaikan nilai hermatocrit atau hemokonsentrasi.
---	---	--