

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. V USIA 6 TAHUN DENGAN
DIAGNOSA MEDIS DENGUE HAEMORRAGIC FEVER (DHF)
GRADE 2 DI RUANG PAEDIATRIC/ SURGICAL
RUMAH SAKIT PREMIER SURABAYA**



Oleh :

MAHKDA ANJANI PUTRI, S.Kep.

NIM. 193.0049

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2020**

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. V USIA 6 TAHUN DENGAN
DIAGNOSA MEDIS DENGUE HAEMORRAGIC FEVER (DHF)
GRADE 2 DI RUANG PAEDIATRIC/ SURGICAL
RUMAH SAKIT PREMIER SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai satu syarat
untuk memperoleh gelar Ners (Ns)**



Oleh :

MAHKDA ANJANI PUTRI, S.Kep.

NIM. 193.0049

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2020**

HALAMAN PERNYATAAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa Karya Ilmiah Akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar.

Bila ditemukan plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 15 Juli 2020

Penulis



Mahkda Anjani Putri, S.Kep.
NIM. 193.0049

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : **Mahkda Anjani Putri, S.Kep.**

NIM : **193.0049**

Program Studi : **Pendidikan Profesi Ners**

Judul : **ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. V 6 TAHUN
USIA PRA-SEKOLAH DENGAN DIAGNOSA MEDIS
DENGUE HAEMORRAGIC FEVER (DHF) GRADE 2
DI RUANG PAEDIATRIC/ SURGICAL RUMAH
SAKIT PREMIER SURABAYA**

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

NERS (Ns)

Surabaya, 23 Juli 2020

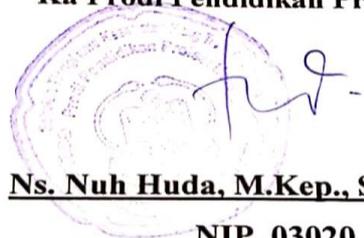
Pembimbing



Diyah Arini, S.Kep., Ns., M.Kes
NIP.03003

Mengetahui,

STIKES Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners



Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB.
NIP. 03020

HALAMAN PENGESAHAN

Proposal dari

Nama : **Mahkda Anjani Putri, S.Kep.**

NIM : **193.0049**

Program Studi : **Pendidikan Profesi Ners**

Judul : **ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. V 6 TAHUN
USIA PRA-SEKOLAH DENGAN DIAGNOSA MEDIS
DENGUE HAEMORRAGIC FEVER (DHF) GRADE 2
DI RUANG PAEDIATRIC/ SURGICAL RUMAH
SAKIT PREMIER SURABAYA**

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji proposal di STIKES Hang
Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar “Ners” pada Prodi Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya.

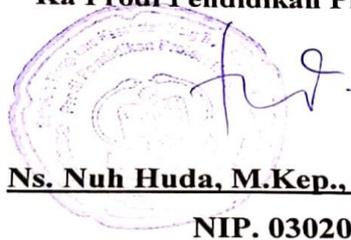
Penguji I : **Qori' Ila Saidah, M.Kep., Ns.Sp.Kep.An**
NIP. 03026



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



Mengetahui,
STIKES Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners



Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB.
NIP. 03020

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya.

Tanggal :

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

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

1. Dr. Hartono Tanto, MARS., selaku Direktur Rumah sakit Premier Surabaya yang telah memberi kesempatan untuk mengikuti program pendidikan sarjana keperawatan
2. Ibu Wiwiek Lestyningrum, S.Kp., M.Kep selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Janny Prihastuti, S.Kep,M.Kes selaku Manajer Keperawatan Rumah Sakit Premier Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada penulis untuk melakukan penelitian di are Rawat Inap Rumah Sakit Premier Surabaya

4. Puket 1, Puket 2, Puket 3 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
5. Bapak Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB., selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
6. Ibu Diyah Arini, S.Kep., Ns., M.Kes, selaku Pembimbing yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga, pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Ibu Qori'lla Saidah, M.Kep., Ns.Sp.Kep.An selaku penguji yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Pendidikan Profesi Ners serta terima kasih atas segala arahan dalam pembuatan Karya Ilmiah Akhir ini.
8. Seluruh staf dan karyawan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bantuan dalam kelancaran proses belajar di perkuliahan.
9. Teman-teman se-almamater profesi ners A10 di STIKES Hang Tuah Surabaya yang selalu bersama-sama dan menemani dalam pembuatan Karya Ilmiah Akhir ini.
10. 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 Ilmiah Akhir ini.

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

Surabaya, 15 Juli 2020



Mahkda Anjani Putri, S.Kep.

NIM. 193.0049

DAFTAR ISI

KARYA ILMIAH AKHIR.....	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PERNYATAAN.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iiii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
DAFTAR SINGKATAN.....	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian	3
1.3.1 Tujuan Umum	3
1.3.2 Tujuan Khusus	3
1.4 Manfaat Penelitian.....	4
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	4
1.4.2 Manfaat Praktis.....	5
1.5 Metode Penulisan.....	5
1.6 Sistematika Penulisan.....	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Penyakit Dengue Haemmoragic Fever	8
2.1.1 Anatomi Fisiologi Darah	8
2.1.2 Definisi Dengue Haemmoragic Fever	11
2.1.3 Klasifikasi Dengue Haemmoragic Fever	12
2.1.4 Etiologi Dengue Heemmoragic Fever	13
2.1.5 Manifestasi Klinis	14
2.1.6 Patofisiologi	16
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang.....	17
2.1.8 Penatalaksanaan	20
2.1.9 Komplikasi	22
2.2 Konsep Tumbuh Kembang Anak Usia Pra-Sekolah.....	24
2.2.1 Definisi Anak Usia Pra-Sekolah	24
2.2.2 Karakteristik Perkembangan Anak Usia Pra-Sekolah.....	24
2.2.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pertumbuhan dan Perkembangan Pada Anak	27
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Anak dengan Dengue Haemmoragic Fever	31
2.4 Kerangka Asuhan Keperawatan Dengue Heemmoragic Fever	45
BAB 3 TINJAUAN KASUS	46
3.1 Pengkajian	46
3.1.1 Identitas Anak.....	46
3.1.2 Keluhan Utama	46
3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang.....	46
3.1.4 Riwayat Kehamilan dan Persalinan.....	47

3.1.5 Riwayat Masa Lampau	48
3.1.6 Pengkajian Keluarga	48
3.1.7 Riwayat Sosial	49
3.1.8 Kebutuhan Dasar	49
3.1.9 Keadaan Umum (Penampilan Umum)	51
3.1.10Tanda-Tanda Vital.....	51
3.1.11Pemeriksaan Fisik	51
3.1.12Tingkat Perkembangan	54
3.1.13Pemeriksaan Penunjang	55
3.2 Analisa Data	57
3.3 Diagnosa Keperawatan	58
3.4 Intervensi Keperawatan.....	59
3.5 Implementasi Keperawatan.....	64
3.6 Evaluasi Keperawatan	68
BAB 4 PEMBAHASAN	73
4.1 Pengkajian	73
4.1.1 Identitas	73
4.1.2 Keluhan Utama	74
4.1.3 Riwayat Sekarang.....	76
4.1.4 Riwayat Masa Lampau	77
4.1.5 Kebutuhan Dasar.....	77
4.1.6 Pemeriksaan Fisik.....	81
4.1.7 Tingkat Perkembangan.....	87
4.1.8 Pemeriksaan Penunjang.....	87
4.2 Diagnosa Keperawatan	88
4.3 Intervensi Keperawatan.....	89
4.4 Implementasi Keperawatan.....	93
4.5 Evaluasi Keperawatan	95
BAB 5 PENUTUP.....	99
5.1 Simpulan.....	99
5.2 Saran	100
DAFTAR PUSTAKA	101
LAMPIRAN 1.....	103
LAMPIRAN 2.....	104
LAMPIRAN 3.....	105
LAMPIRAN 4.....	106
LAMPIRAN 5.....	107
LAMPIRAN 6.....	108
LAMPIRAN 7.....	109

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klarifikasi Derajat DHF	13
Tabel 3.1 Terapi Obat.....	56

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Darah	8
Gambar 2.2 Perjalanan Penyakit Dengue Haemmoragic Fever	16
Gambar 2.4 Kerangka Asuhan Keperawatan Dengue Haemmoragic Fever	45

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Curriculum Vitae	103
Lampiran 2 Motto & Persembahan	104
Lampiran 3 Standar Prosedur Operasional Mengukur Tekanan Darah....	105
Lampiran 4 Standar Prosedur Operasional Mengukur Nadi	106
Lampiran 5 Standar Prosedur Operasional Mengukur Suhu Axilla.....	107
Lampiran 6 Standar Prosedur Operasional Mengukur Pernapasan	108
Lampiran 7 Standar Prosedur Operasional Rumpel Lead Test.....	109

DAFTAR SINGKATAN

SINGKATAN

ABJ	: Angka Bebas Jentik
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BCG	: Bacillus Calmette Guerin
CVP	: Central Venous Pressure
DBD	: Demam Berdarah
DD	: Demam Dengue
DepKes RI	: Departemen Kesehatan Republik Indonesia
DHF	: Dengue Haemorrhagic Fever
Dinkes	: Dinas Kesehatan
DPT	: Difteri Pertusis Tetanus
DSS	: Dengue Syok Syndrom
GCS	: Glasgow Coma Scale
Kemenkes RI	: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
KLB	: Kejadian Luar Biasa
KRS	: Keluar Rumah Sakit
MRS	: Masuk Rumah Sakit
PSN	: Pemberantasan Sarang Nyamuk
RNA	: Ribonucleic Acid
SDKI	: Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia
SIKI	: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
SLKI	: Standar Luaran Keperawatan Indonesia
WHO	: <i>World Health Organization</i>

SIMBOL

%	: Persen
?	: Tanda Tanya
/	: Atau
=	: Sama Dengan
-	: Sampai
(+)	: Positif
(-)	: Negatif
<	: Kurang Dari
>	: Lebih Dari
≤	: Kurang Dari Sama Dengan
≥	: Lebih Dari Sama Dengan
&	: Dan

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit yang disebabkan oleh virus dari keluarga *flaviviridae* yang ditularkan melalui gigitan nyamuk (*arthropod borne viruses/arbovirus*) yaitu *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*. DBD dapat menyerang semua kelompok umur, namun DBD masih merupakan penyebab utama kematian pada anak-anak. DBD sering terjadi pada anak berusia kurang dari 15 tahun, dengan tingkat serangan tertinggi dalam umur 5-9 tahun (Rahma, 2011).

World Health Organization (WHO) (2017) tahun 2016, menyebutkan bahwa wabah demam berdarah tersebar di seluruh dunia. Filipina melaporkan lebih dari 169.000 kasus dan Malaysia melebihi 111.000 kasus dugaan demam berdarah, meningkat 59,5% dan 16% dalam jumlah kasus tahun sebelumnya. Diperkirakan 500.000 orang dengan dengue parah memerlukan rawat inap setiap tahunnya, sebagian besar di antaranya adalah anak-anak. Kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) yang terjadi di Indonesia dengan jumlah kasus 68.407 tahun 2017 mengalami penurunan yang signifikan dari tahun 2016 sebanyak 294.171 kasus. Provinsi dengan jumlah tertinggi terjadi di tiga provinsi di Pulau Jawa, masing-masing Jawa Barat dengan total kasus sebanyak 10.016 kasus, Jawa Timur sebesar 7.838 kasus dan Jawa Tengah 7.400 kasus. Jumlah kematian di Indonesia pada tahun 2017 berjumlah 493 kematian, dengan jumlah kematian tertinggi di Jawa Timur sebanyak 105 kematian (KemenKes RI, 2017). Insiden rate (*Incidence Rate*) atau Angka Kesakitan Demam Berdarah Dengue (DBD) di

Surabaya pada tahun 2017 sebesar 11,12 per 100.000 penduduk ditemukan sebanyak 451 kasus (DinKes Surabaya, 2017).

Virus dengue yang masuk ke tubuh manusia melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti* betina mengakibatkan aktivasi pada C3 dan C5 sehingga terjadi peningkatan permeabilitas dinding kapiler/vaskuler. Cairan plasma dari intravaskuler keluar ke ekstrasvaskuler atau terjadi perembesaran plasma akibat pembesaran plasma terjadi pengurangan volume plasma yang menyebabkan hipovolemia, penurunan tekanan darah, hemokonsentrasi, hipoproteinemia, efusi dan renjatan. DBD pada anak dapat menunjukkan gejala demam tinggi dan mendadak disertai sakit kepala, nyeri sendi atau otot, dan muntah. Gejala khas DBD berupa perdarahan pada kulit atau tanda perdarahan lainnya seperti purpura, perdarahan konjungtiva, epistaksis, ekimosis, perdarahan mukosa, perdarahan gusi, hematemesis, melena. Penanganan kasus DBD yang terlambat akan menyebabkan Dengue Syok Sindrom (DSS) yang menyebabkan kematian. Gejala syok pada anak antara lain anak menjadi lemah, ujung-ujung jari, telinga, hidung teraba dingin dan lembab. Denyut nadi terasa cepat, kecil dan tekanan darah menurun dengan tekanan sistolik 80 mmHg atau kurang (Ngastiyah, 2014).

Perawat sebagai tim kesehatan mempunyai peran dalam melakukan asuhan keperawatan kepada pasien meliputi: peran promotif/preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dalam upaya promotif/ preventif perawat berperan dalam memberikan edukasi/ pendidikan kesehatan dalam mencegah bertambahnya jumlah penderita dengan membiasakan pola hidup sehat. Peran perawat dalam upaya kuratif yaitu memberikan tindakan keperawatan sesuai dengan masalah dan respon pasien terhadap penyakit yang diderita, seperti: menganjurkan pasien

untuk tirah baring, menganjurkan pasien untuk memperbanyak asupan cairan secara oral (minum air putih yang banyak). Sedangkan upaya rehabilitatif seperti: memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga agar pasien yang sudah terkena penyakit tidak terjadi komplikasi yang tidak diinginkan. Berdasarkan uraian diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan Asuhan Keperawatan pada An. V usia 6 tahun dengan diagnosa dengue haemmoragic fever grade 2 di Ruang Pediatric Rumah Sakit Premier Surabaya.

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan pengkajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan dengue haemmoragic fever dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut: “Bagaimana asuhan keperawatan pada An. V usia 6 tahun dengan diagnosa dengue haemmoragic fever grade 2 di Ruang Pediatric Rumah Sakit Premier Surabaya”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada An. V usia 6 tahun dengan diagnosa dengue haemmoragic fever grade 2 di Ruang Pediatric Rumah Sakit Premier Surabaya

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengkaji pasien An. V usia 6 tahun dengan diagnosa medis dengue haemmoragic fever grade 2 di Ruang Pediatric Rumah Sakit Premier Surabaya

2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien An. V usia 6 tahun dengan diagnosa medis dengue haemmoragic fever grade 2 di Ruang Pediatric Rumah Sakit Premier Surabaya
3. Merencanakan asuhan keperawatan pasien An. V usia 6 tahun dengan diagnosa medis dengue haemmoragic fever grade 2 di Ruang Pediatric Rumah Sakit Premier Surabaya
4. Melaksanakan asuhan keperawatan pasien An. V usia 6 tahun dengan diagnosa medis dengue haemmoragic fever grade 2 di Ruang Pediatric Rumah Sakit Premier Surabaya
5. Mengevaluasi pasien An. V usia 6 tahun dengan diagnosa medis dengue haemmoragic fever grade 2 di Ruang Pediatric Rumah Sakit Premier Surabaya
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien An. V usia 6 tahun dengan diagnosa medis dengue haemmoragic fever grade 2 di Ruang Pediatric Rumah Sakit Premier Surabaya

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil Karya Ilmiah Akhir ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada pasien An. V usia 6 tahun dengan diagnosa Dengue Haemmoragic Fever Grade 2 di Ruang Pediatric Rumah Sakit Premier Surabaya

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit

Hasil Karya Ilmiah Akhir ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan Dengue Haemmoragic Fever.

2. Bagi Penulis

Hasil penulisan ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi penulisan berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada pasien Dengue Haemmoragic Fever.

3. Bagi Profesi Kesehatan

Hasil Karya Ilmiah Akhir ini dapat sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien asuhan keperawatan pada pasien An. V usia 6 tahun dengan diagnosa Dengue Haemmoragic Fever Grade 2 di Ruang Pediatric Rumah Sakit Premier Surabaya

1.5 Metode Penulisan

1. Metode

Metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan asuhan keperawatan dengan diagnosa keperawatan pada pasien An. V pada tanggal 10 Maret 2020 yaitu meliputi studi kepustakaan, yang mempelajari tentang cara mengumpulkan data, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

2. Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Data diambil/ diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga maupun dengan tim kesehatan lain.

b. Observasi

Data yang diambil melalui percakapan dengan orang tua pasien maupun pasien dengan memantau kondisi pasien

c. Pemeriksaan

Dengan pemeriksaan yang meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya

3. Sumber Data

a. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien.

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan catatan dari tim kesehatan yang lain.

c. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang dibahas

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam memahami dan mempelajari studi kasus ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu :

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian inti terdiri dari lima bab, yang masing – masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :
 - a. BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan studi kasus.
 - b. BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis, dan asuhan keperawatan pasien dengan dengue haemmoragic fever
 - c. BAB 3 : Tinjauan kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.
 - d. BAB 4 : Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data, teori dan opini serta analisis.
 - e. BAB 5 : Penutup: Simpulan dan saran.
3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran

BAB 2

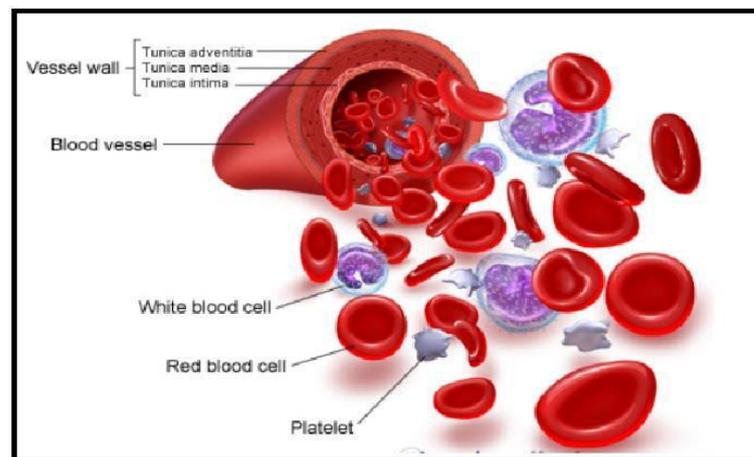
TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini membahas mengenai konsep, landasan teori dan berbagai aspek, meliputi: 1) Konsep Penyakit Dengue Haemmoragic Fever, 2) Konsep Tumbuh Kembang Pada Anak Usia Pra-Sekolah, 3) Konsep Asuhan Keperawatan Pada Anak dengan Dengue Haemmoragic Fever

2.1 Konsep Penyakit Dengue Haemmoragic Fever

2.1.1 Anatomi Fisiologi Darah

Gambar 2.1 Anatomi Darah



Darah adalah cairan di dalam pembuluh darah yang mempunyai fungsi sangat penting yaitu fungsi transportasi dalam tubuh. Darah membawa nutrisi, oksigen dari usus dan paru-paru untuk kemudian diedarkan keseluruh tubuh. Darah mempunyai 2 komponen yaitu komponen padat dan komponen cair. Darah berwarna merah, warna merah tersebut keadaannya tidak tetap, tergantung kepada banyaknya O₂ dan CO₂ di dalamnya. Apabila kandungan O₂ lebih banyak maka warnanya akan menjadi merah muda (Sherwood, 2014).

Peran penting yang dilakukan darah yaitu dalam pengaturan suhu tubuh, karena dengan cara konduksi darah membawa panas tubuh dari pusat produksi panas (hepar dan otot) untuk didistribusikan ke seluruh tubuh dan permukaan tubuh yang akhirnya diatur pelepasannya dalam upaya *homeostatis* suhu (*termoregulasi*). Jumlah darah manusia bervariasi tergantung dari berat badan seseorang. Rata-rata jumlah darah adalah 70cc/KgBB (Sherwood, 2014).

Komponen pada darah terdiri dari:

1. Eritrosit

Eritrosit dibuat di dalam sumsum tulang. Umur peredaran *eritrosit* sekitar 105-120 hari. Di dalam sel eritrosit di dapat *hemoglobin*, yaitu suatu senyawa *kimiawi* yang terdiri dari atas molekul yang mempunyai ion Fe (besi) yang terkait dengan rantai *globulin* (suatu senyawa *protein*). *Hemoglobin* berperan mengangkut O₂ dan CO₂, jumlah Hb pada laki-laki 14-16 gr%, pada perempuan 12-14 gr%.

2. Leukosit

Fungsi utama *leukosit* adalah sebagai pertahanan tubuh dengan cara menghancurkan antigen (*kuman, virus, toksin*) yang masuk. Ada 5 jenis leukosit yaitu *neutrofil, eosinofil, basofil, limfosit, monosit*. Jumlah normal leukosit 5.000-9.000/mm³. Bila jumlahnya berkurang disebut *leukopenia*. Jika tubuh tidak membuat *leukosit* sama sekali disebut *agranulasitosis*.

3. Trombosit

Jumlah *trombosit* 150.000-450.000/mm³, fungsinya sebagai *hemostatis* dan pembekuan darah. Pembekuan darah proses *kimiawi* yang mempunyai pola tertentu dan berjalan dalam waktu singkat. Bila ada kerusakan pada dinding

pembuluh darah maka *tromboit* akan berkumpul dan menutup lubang yang bocor dengan cara saling melekat, berkelompok dan menggumpal dan kemudian dilanjutkan dengan proses pembekuan darah. Kemampuan *trombosit* seperti ini karena *trombosit* mempunyai 2 zat yaitu *protaglandin* dan *tromboxan* yang segera dikeluarkan bila ada kerusakan dinding pembuluh darah atau kebocoran. zat ini menimbulkan efek *vasokonstriksi* pembuluh darah, sehingga aliran darah berkurang dan membantu proses pembekuan proses.

4. Plasma

Plasma merupakan bagian cair dari darah. plasma juga berfungsi sebagai media transportasi bahan-bahan organik dan anorganik dari satu organ ke jaringan lain. Komposisi dari *plasma* :

- a. Air yaitu sekitar 91-92%.
- b. *Protein plasma*.
- c. *Albumin* (bagian besar pembentuk *plasma protein*)
- d. *Globulin a, b, g Immunoglobulin* merupakan bentuk *globulin*.
- e. *Fibrinogen dan Protrombin*.
- f. Unsur-unsur pokok anorganik : Na, K, Cl, Magnesium, zat besi, *iodin*

Fungsi protein *plasma* :

- a. Mempertahankan tekanan *osmotik plasma* yang diperlukan untuk membentuk dan menyerap cairan juga.
- b. Bergabung bersama asam dan *alkali protein plasma* bertindak sebagai penyangga dalam mempertahankan pH normal darah.

- c. *Fibrinogen* dan *protrombin* adalah penting untuk pembekuan darah.
- d. *Immunoglobulin* merupakan hal yang esensial dalam pertahanan tubuh melawan infeksi.

2.1.2 Definisi Dengue Haemorrhagic Fever

Demam berdarah merupakan penyakit infeksi virus akut yang disebabkan oleh virus dengue yang disebabkan oleh nyamuk *Aedes aegypti* yang ditandai dengan demam 2-7 hari disertai dengan manifestasi seperti pendarahan, penurunan trombosit (trombositopenia), adanya hemokonsentrasi yang ditandai dengan kebocoran plasma (peningkatan hematokrit, asites, efusi pleura, hipoalbuminemia), dan disertai dengan gejala-gejala tidak khas seperti nyeri kepala, nyeri otot dan tulang, ruam kulit atau nyeri belakang bola mata (Kemenkes RI, 2016).

Demam berdarah Dengue adalah penyakit berpotensi KLB/wabah yang disebabkan oleh virus Dengue dan ditularkan oleh vektor nyamuk *Aedes Aegypti*. Penyakit ini menyerang sebagian besar anak usia < 15 tahun, namun dapat juga menyerang orang dewasa (Dinkes, 2015).

Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan infeksi yang disebabkan oleh virus dengue. Virus masuk ke tubuh manusia melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* betina. Masa inkubasi 13-15 hari dengan gejala klinis yang bervariasi berdasarkan derajat DHF (Taufan, 2014).

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit yang disebabkan oleh virus dengue yang tergolong *Arthropod-Bone Virus*, genus *Flavivirus*, dan famili *Flaviviridae*. DBD ditularkan melalui gigitan nyamuk dari genus *Aedes* terutama *Aedes aegypti* atau *Aedes albopictus*. Penyakit ini

dapat muncul sepanjang tahun dan dapat menyerang seluruh kelompok umur. Penyakit ini berkaitan dengan kondisi lingkungan dan perilaku masyarakat (Kemenkes RI, 2016).

Jadi, demam berdarah dengue adalah penyakit infeksi oleh virus yang disebabkan oleh virus dengue yang tergolong *Arthropod-Bone Virus*, genus *Flavivirus*, dan famili *Flaviviridae*. Virus ini ditularkan oleh nyamuk *aedes aegypti* atau nyamuk *aedes albopictus* melalui gigitannya

2.1.3 Klasifikasi Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)

Klasifikasi DBD menurut WHO berdasarkan beratnya penyakit (Wijaya dan Putri, 2013):

1. Derajat 1 (Ringan)

Demam disertai gejala tidak khas dan satu-satunya uji perdarahan yaitu uji tourniquet positif.

2. Derajat 2 (Sedang)

Seperti derajat 1 disertai perdarahan spontan pada kulit dan atau perdarahan lainnya.

3. Derajat 3

Ditemukannya kegagalan sirkulasi seperti nadi cepat dan lemah, tekanan nadi menurun (20 mmHg atau kurang)

4. Derajat 4

Terdapat DSS (*Dengue Syok Syndrome*) dengan nadi tidak teraba dan tekanan darah tidak dapat diukur.

Klasifikasi derajat penyakit infeksi virus dengue menurut Nurarif dan Kusuma, (2015) adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1 Klarifikasi Derajat DHF

DD/DBD	Derajat	Gejala	Laboratorium
DD		Demam disertai 2 atau lebih tanda mialgia, sakit kepala, nyeri retro-orbital (nyeri dibelakang mata), artralgia	Leukopenia, trombositopenia, tidak ditemukan bukti ada kebocoran plasma, serologi dengue positif
DBD	I	Gejala diatas ditambah uji bendung positif	Trombositopenia (<100.000/ul) bukti ada kebocoran plasma
DBD	II	Gejala diatas ditambah dengan perdarahan spontan	
DBD	III	Gejala diatas ditambah kegagalan sirkulasi (kulit dingin dan lembab serta gelisah)	
DBD	IV	Syok berat disertai dengan tekanan darah dan nadi tidak terukur	

2.1.4 Etiologi Dengue Haemmoragic Fever

Penyakit demam berdarah dengue disebabkan oleh virus dengue dari genus Flavivirus, famili Flaviviridae. DBD ditularkan ke manusia melalui gigitan nyamuk Aedes yang terinfeksi virus dengue. Virus Dengue penyebab Demam Dengue (DD), Demam Berdarah Dengue (DBD) dan Dengue Shock Syndrome (DSS) termasuk dalam kelompok B Arthropod virus Arbovirosis yang sekarang dikenal sebagai genus Flavivirus, famili Flaviviride, dan mempunyai 4 jenis serotipe, yaitu : DEN-1, DEN- 2, DEN-3, DEN-4 (Depkes RI, 2016). Di Indonesia pengamatan virus dengue yang di lakukan sejak tahun 1975 di beberapa rumah sakit menunjukkan ke empat serotipe di temukan dan bersirkulasi sepanjang tahun. Serotipe DEN-3 merupakan serotipe yang dominan dan diasumsikan banyak yang menunjukkan manifestasi klinik yang berat (Depkes RI, 2016).

2.1.5 Manifestasi Klinis

Penyakit DBD ditandai oleh demam mendadak tanpa sebab yang jelas 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 dibawah kulit (petekia atau ekimosis), perdarahan gusi, epistaksis, sampai perdarahan yang hebat berupa muntah darah akibat perdarahan lambung, melena, dan juga hematuria massif (Ngastiyah, 2014). Gejala klinis untuk diagnosis DBD, sebagai berikut :

1. Demam tinggi mendadak dan terus menerus selama 2-7 hari tanpa sebab jelas.
2. Manifestasi perdarahan, paling tidak terdapat uji torniket positif dan adanya salah satu bentuk perdarahan yang lain misalnya petekia, ekimosis, epistaksis, perdarahan gusi, melena atau hematemesis.
3. Pembesaran hati (sudah dapat diraba sejak permulaan sakit)
4. Syok yang ditandai nadi lemah, cepat, disertai tekanan nadi yang menurun (menjadi 20 mmHg atau kurang), tekanan darah menurun (tekanan sistolik menurun sampai 80 mmHg atau kurang) disertai kulit yang teraba dingin dan lembab terutama pada ujung hidung, jari dan kaki, pasien menjadi gelisah, timbul sianosis disekitar mulut (Ngastiyah, 2014).

Gambaran klinis penderita Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) terdiri atas tiga fase yaitu fase febris, fase kritis, fase pemulihan (Prabowo, Rafik. 2012)

1. Fase febris

Biasanya demam mendadak tinggi 2-7 hari, disertai muka kemerahan, eritemia kulit, nyeri seluruh tubuh, mialgia, artralgia dan sakit kepala. Beberapa kasus ditemukan nyeri tenggorokan, anoreksia, mual, dan muntah. Fase tersebut dapat pula ditemukan tanda pendarahan seperti petekie, perdarahan mukosa, walaupun jarang dapat pula terjadi pendarahan pervaginam dan pendarahan gastrointestinal.

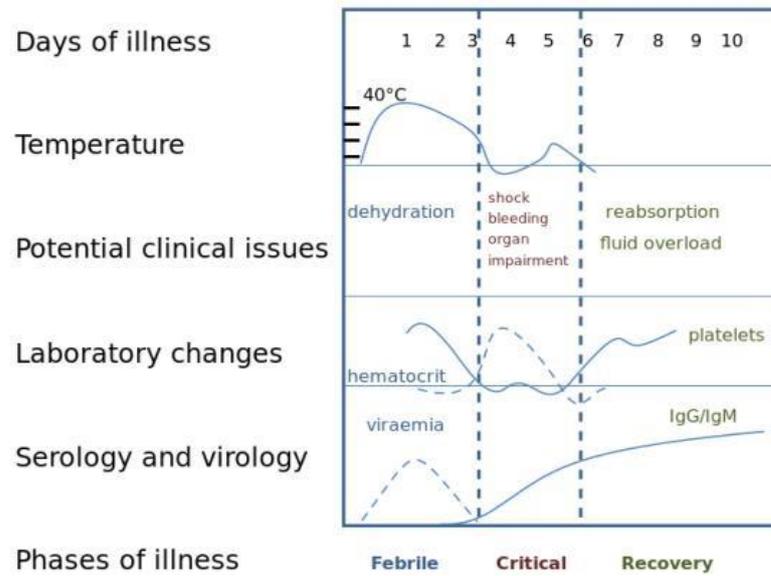
2. Fase kritis

Terjadi pada hari 3-7 sakit dan ditandai dengan penurunan suhu tubuh disertai kenaikan permeabilitas kapiler dan timbulnya kebocoran plasma yang biasanya berlangsung selama 24-48 jam. Kebocoran plasma sering didahului oleh leukopeni progresif disertai penurunan hitung trombosit. Fase tersebut dapat terjadi syok.

3. Fase pemulihan

Bila fase kritis terlewati maka terjadi pengembalian cairan dari ekstrasvaskuler ke intravaskuler secara perlahan pada 49-72 jam setelahnya. Keadaan umum penderita membaik, nafsu makan pulih kembali, hemodinamik stabil dan diuresis membaik.

Gambar 2.2 Perjalanan Penyakit Dengue Haemmoragic Fever



2.1.6 Patofisiologi

Virus dengue pertama kali masuk ke dalam tubuh manusia melalui gigitan nyamuk aedes dan menginfeksi pertama kali memberi gejala DF. Pasien akan mengalami gejala viremia seperti demam, sakit kepala, mual, nyeri otot, pegal seluruh badan, hyperemia ditenggorok, timbulnya ruam dan kelainan yang mungkin terjadi pada RES seperti pembesaran kelenjer getah bening, hati, dan limfa. Reaksi yang berbeda nampak bila seseorang mendapatkan infeksi berulang dengan tipe virus yang berlainan. Hal ini disebut *the secondary heterologous infection* atau *the sequential infection of hypothesis*. Re-infeksi akan menyebabkan suatu reaksi anamnetik antibody, sehingga menimbulkan konsentrasi kompleks antigen antibody (kompleks virus antibody) yang tinggi (Setianingrum, 2016).

Akibat aktivitas C3 dan C5 akan dilepaskan C3a dan C5a, 2 peptida yang berdaya untuk melepaskan histamine dan merupakan mediator kuat yang menyebabkan peningkatan permeabilitas dinding kapiler/vaskuler sehingga cairan

dari intravaskuler keluar ke ekstrasvaskuler atau terjadinya perembesaran plasma akibat pembesaran plasma terjadi pengurangan volume plasma yang menyebabkan hipovolemia, penurunan tekanan darah, hemokonsentrasi, hipoproteinemia, efusi dan renjatan. Plasma merembes sejak permulaan demam dan mencapai puncaknya saat renjatan. Pada pasien dengan renjatan berat, volume plasma dapat berkurang sampai 30% atau lebih. Bila renjatan hipovolemik yang terjadi akibat kehilangan plasma yang tidak dengan segera diatasi maka akan terjadi anoksia jaringan, asidosis metabolik dan berakhir dengan kematian (Ngastiyah, 2014).

Trombositopenia terjadi akibat meningkatnya destruksi trombosit. Penyebab peningkatan destruksi trombosit tidak diketahui, namun beberapa faktor dapat menjadi penyebab seperti yaitu virus dengue, komponen aktif system komplemen, dan kerusakan sel endotel. Trombositopenia, gangguan fungsi trombosit dan kelainan system koagulasi dianggap sebagai penyebab utama perdarahan pada DBD (Ngastiyah, 2014).

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan darah

a. Pemeriksaan Darah lengkap

- 1) Hemoglobin biasanya meningkat, apabila sudah terjadi perdarahan yang banyak dan hebat Hb biasanya menurun. Nilai normal: Hb: 10-16 gr/dL
- 2) Hematokrit meningkat 20% karena darah mengental dan terjadi kebocoran plasma. Nilai normal: 33- 38%.

- 3) Trombosit biasanya menurun akan mengakibatkan trombositopenia kurang dari 100.000/ml. Nilai normal: 200.000-400.000/ml
 - 4) Leukosit mengalami penurunan dibawah normal Nilai normal: 9.000-12.000/mm³ pada hari ke-2 dan ke-3
- b. Pemeriksaan kimia darah akan menunjukkan : hipoproteinemia, hipokloremia, dan hyponatremia.
- c. Pemeriksaan analisa gas darah, biasanya diperiksa :
- 1) pH darah biasanya meningkat
 - 2) Dalam keadaan lanjut biasanya terjadi asidosis metabolik mengakibatkan pCO₂ menurun dari nilai normal (35 – 40 mmHg) dan HCO₃ rendah (Wijayaningsih, 2013).
2. Pemeriksaan rontgen thorak
- Pada pemeriksaan rontgen thorak ditemukan adanya cairan di rongga pleura yang menyebabkan terjadinya effusi pleura (Wijayaningsih, 2013).
3. Pemeriksaan :Uji tourniquet (Rumplee Leed Test)
- Pemeriksaan uji tourniquet merupakan tindakan untuk mengetahui adanya perdarahan di bawah kulit. Hasilnya dikatakan positif apabila tampak adanya petechie atau bintik-bintik merah di bawah kulit. Pemeriksaan dilakukan dengan terlebih dahulu menentukan tekanan darah.. Setelah didapatkan tekanan darahnya, dijumlahkan systole dan diastole dibagi 2. Selanjutnya mempertahankan manset tensimeter pada tekanan hasil pembagian tersebut selama 5-15 menit. Kemudian dilihat apakah timbul petechie atau tidak di daerah lengan bawah dibagian media dengan kriteria:

- a. (+) bila jumlah ptechie 20
- b. (\pm) bila jumlah ptechie 10-20
- c. (-) bila jumlah ptechie 10 (Wijaya dan Putri, 2012).

4. Uji serologi

Uji serologi untuk infeksi dengue dapat dikategorikan atas dua kelompok besar, yaitu :

- a. Uji serologi memakai serum ganda yaitu serum yang diambil pada masa akut dan masa konvalesen. Pada uji ini yang dicari adalah kenaikan atibodi antidengue sebanyak minimal 4 kali. Termasuk dalam uji ini peningkatan komplemen, uji netralisasi dan uji dengue blot.
- b. Uji serologi memakai serum tunggal. Pada uji ini yang dicari ada tidaknya atau titer tertentu antibodi antidengue. Termasuk dalam golongan ini adalah uji dengue blot yang emngukur antibodi antidengue tanpa memandang kelas antibodinya; uji IgM antudengue yang mengukur hanya antibodi antidengue dari kelas IgM (Wijaya dan Putri, 2012).

5. Deteksi virus

Terdapat dua cara untuk mendeteksi virus atau antigen virus, yaitu isolasi virus dengan menggunakan kultur dan teknik hibridisasi RNA virus yang disebut sebagai *polymerase chain reaction*. Isolasi virus dengue dengan kultur merupakan sarana diagnosis pasti, tetapi pelaksanaannya memerlukan waku yang cukup lama untuk inkubasi memerlukan waktu 5-7 hari (Wijaya dan Putri, 2012).

2.1.8 Penatalaksanaan

Menurut Ngastiyah (2014), menyebutkan bahwa penatalaksanaan pasien Dengue Haemmoragic Fever (DHF) antara lain: penatalaksanaan medis dan keperawatan diantaranya :

1. Penatalaksanaan Medis

a. DBD tanpa renjatan

Demam tinggi, anoreksia, dan sering muntah menyebabkan pasien dehidrasi dan haus. Orang tua dilibatkan dalam pemberian minum pada anak sedikit demi sedikit yaitu 1,5-2 liter dalam 24 jam. Keadaan hiperpireksia diatasi dengan obat antipiretik dan kompres hangat. Jika anak mengalami kejang-kejang diberi luminal dengan dosis : anak yang berumur <1 tahun 50mg IM, anak yang berumur >1 tahun 75mg. atau antikonvulsan lainnya. Infus diberikan pada pasien DHF tanpa renjatan apabila pasien teruss menerus muntah, tidak dapat diberikan minum sehingga mengancam terjadinya dehidrasi atau hematokrit yang cenderung meningkat.

b. DBD disertai renjatan

Pasien yang mengalami renjatan (syok) harus segera dipasang infus sebagai pengganti cairan yang hilang akibat kebocoran plasma. Cairan yang biasanya diberikan Ringer Laktat. Pada pasien dengan renjatan berat pemberian infus harus diguyur. Apabila renjatan sudah teratasi, kecepatan tetesan dikurangi menjadi 10 ml/kgBB/jam. Pada pasien dengan renjatan berat atau renjatan berulang perlu dipasang CVP.

2. Penatalaksanaan Keperawatan

a. Perawatan pasien DBD derajat I

Pada pasien ini keadaan umumnya seperti pada pasien influenza biasa dengan gejala demam, lesu, sakit kepala, dan sebagainya, tetapi terdapat juga gejala perdarahan. Pasien perlu istirahat mutlak, observasi tanda vital setiap 3 jam, periksa Ht, Hb dan trombosit secara periodik (4 jam sekali). Berikan minum 1,5-2 liter dalam 24 jam. Obat-obatan harus diberikan tepat waktunya disamping kompres hangat jika pasien demam.

b. Perawatan pasien DBD derajat II

Umumnya pasien dengan DBD derajat II, ketika datang dirawat sudah dalam keadaan lemah, malas minum dan tidak jarang setelah dalam perawatan baru beberapa saat pasien jatuh ke dalam keadaan renjatan. Oleh karena itu, lebih baik jika pasien segera dipasang infus. Bila keadaan pasien sangat lemah infus lebih baik dipasang pada dua tempat. Pengawasan tanda vital, pemeriksaan hematokrit dan hemoglobin serta trombosit.

c. Perawatan pasien DBD derajat III (DSS)

Pasien DSS adalah pasien gawat maka jika tidak mendapatkan penanganan yang cepat dan tepat akan menjadi fatal sehingga memerlukan perawatan yang intensif. Masalah utama adalah kebocoran plasma yang pada pasien DSS ini mencapai puncaknya dengan ditemuinya tubuh pasien sembab, aliran darah sangat lambat karena menjadi kental sehingga mempengaruhi curah jantung dan

menyebabkan gangguan saraf pusat. Akibat terjadinya kebocoran plasma pada paru terjadi pengumpulan cairan didalam rongga pleura dan menyebabkan pasien agak dispnea, untuk meringankan pasien dibaringkan semi-fowler dan diberikan O₂. Pengawasan tanda vital dilakukan setiap 15 menit terutama tekanan darah, nadi dan pernapasan. Pemeriksaan Ht, Hb dan trombosit tetap dilakukan secara periodik dan semua tindakan serta hasil pemeriksaan dicatat dalam catatan khusus.

2.1.9 Komplikasi

Komplikasi yang sering dijumpai pada penderita Dengue Haemmoragic Fever (DHF) adalah gangguan keseimbangan elektrolit dan overhidrasi (Rampengan, T. H. 2008)

1. Gangguan keseimbangan elektrolit

Gangguan keseimbangan elektrolit biasanya dijumpai pada fase leakage/kritis dan yang paling sering adalah hiponatremia dan hipokalsemia, sedangkan hipokalemia sering pada fase konvalesen.

- a. Hiponatremia, karena intake yang tidak cukup dan mendapat cairan yang hipotonik misalnya N/2 atau N/3. Jika penderita tidak mengalami kejang tidak perlu diberikan NaCl 3% tetapi cukup diberi NaCl 0,9% atau RL-D5% atau RA-D5%.
- b. Hipokalsemia, karena leakage Ca mengikuti albumin ke ruangan peritoneum dan pleura. Diobati dengan Ca glukonas 10% sebanyak 1mL/kgBB/kali (maksimal 10 mL) diencerkan dan diberi IV perlahan dapat diulangi tiap 6 jam hanya pada penderita risiko tinggi atau yang

mungkin mengalami komplikasi, misalnya pada derajat IV dan pada penderita dengan overhidrasi.

2. Overhidrasi

Komplikasi overhidrasi dapat dijumpai, baik pada fase kritis maupun fase konvalesen. Komplikasi ini lebih serius karena dapat menyebabkan edema paru akut dan/atau gagal jantung kongestif, yang berakhir dengan gagal napas dan kematian. Untuk mencegah komplikasi ini adalah pengawasan ketat dan disesuaikan kecepatan cairan IV ke jumlah minimal untuk mempertahankan volume sirkulasi. Penyebab tersering terjadinya overhidrasi adalah :

- a. Terapi IV yang terlalu dini sejak fase demam
- b. Penggunaan cairan hipotoni (N/2, N/3)
- c. Tidak mengurangi kecepatan pemberian cairan IV dan tidak menghentikan IV pada fase konvalesen (fase pemulihan)
- d. Tidak menggunakan cairan koloid pada saat indikasi penggunaannya
- e. Tidak menggunakan cairan koloid secara efektif (hiperonkotik atau koloid plasma ekspander)
- f. Tidak memberikan transfusi darah pada saat diperlukan dan hanya memberikan cairan kristaloid dan koloid
- g. Tidak menghitung jumlah cairan IV sesuai berat badan ideal pada penderita gemuk (overweight)

2.2 Konsep Tumbuh Kembang Pada Anak Usia Pra-Sekolah

2.2.1 Definisi Anak Usia Pra-Sekolah

Periode pra-sekolah mendekati tahun antara 3 dan 6 tahun. Anak-anak menyempurnakan penguasaan terhadap tubuh mereka. Perkembangan fisik pada anak usia prasekolah berlangsung menjadi lambat, dimana perkembangan kognitif dan psikososial terjadi cepat (Kozier, 2010).

2.2.2 Karakteristik Perkembangan Anak Pra-Sekolah

1. Perkembangan Fisik

Saat berusia 3-6 tahun, anak terlihat lebih tinggi dan lebih kurus dari usia *toddler* anak cenderung bertambah tinggi bukan bertambah berat. Ukuran otak anak pada usia pra-sekolah hampir menyamai ukuran otak individu dewasa. Ekstremitas tumbuh lebih cepat daripada batang tubuh, menyebabkan tubuh anak tampak tidak proporsional.

a. Berat Badan

Anak prasekolah hanya mengalami kenaikan sebanyak 3-5 kg dari berat badan saat mereka berusia 3 tahun, sehingga berat badan mereka hanya mencapai kurang lebih 18-20 kg.

b. Tinggi Badan

Anak prasekolah tumbuh sekitar 25 cm setiap tahunnya. Dengan demikian, setelah usia 5 tahun, tinggi badan mereka menjadi dua kali panjang badan lahir, yaitu sekitar 100 cm

c. Kemampuan Motorik

Anak prasekolah mampu mencuci tangan dan wajah, serta menyikat gigi mereka. Mereka merasa malu untuk memperlihatkan tubuh

mereka. Biasanya, anak prasekolah berlari dengan keterampilan yang meningkat setiap tahunnya. Setelah usia 5 tahun, anak berlari dengan sangat terampil dan dapat melompat tiga langkah. Anak prasekolah dapat berdiri seimbang di atas jari-jari kaki dan dapat mengenakan pakaian tanpa bantuan (Kozier, 2010).

2. Perkembangan psikososial

Menurut Erikson dalam Kozier (2010) krisis perkembangan anak usia prasekolah adalah inisiatif *versus* rasa bersalah. Anak prasekolah harus memecahkan masalah sesuai hati nurani mereka. Kepribadian mereka berkembang. Erikson memandang krisis pada masa ini sebagai sesuatu yang penting bagi perkembangan konsep diri. Anak prasekolah harus belajar dengan apa yang dapat mereka lakukan. Akibatnya anak prasekolah meniru perilaku, dan imajinasi serta kreativitasnya menjadi hidup.

3. Perkembangan kognitif

Menurut Piaget dalam Kozier (2010) perkembangan kognitif anak prasekolah merupakan fase pemikiran intuitif. Anak masih egosentrik, tetapi egosentrisme perlahan-lahan berkurang saat anak menjalani dunia mereka yang semakin berkembang. Anak prasekolah belajar melalui *trial and error* dan hanya memikirkan 1 ide pada satu waktu. Sebagian besar anak yang berusia 5 tahun dapat menghitung uang koin. Kemampuan membaca juga mulai berkembang pada usia ini. Anak menyukai dongeng dan buku-buku mengenai binatang dan lainnya.

4. Perkembangan moral

Anak prasekolah mampu berperilaku prososial, yakni setiap tindakan yang dilakukan individu agar bermanfaat bagi orang lain. Perilaku moral biasanya dipelajari melalui upaya meniru, mula-mula orang tua dan kemudian orang terdekat lainnya. Anak prasekolah mengontrol perilaku mereka karena mereka menginginkan cinta dan persetujuan dari orang tua. Biasanya mereka berperilaku baik di tatanan sosial (Kozier, 2010).

5. Perkembangan spiritual

Menurut Fowler dalam Kozier (2010) anak yang berusia 4-6 tahun berada pada tahap perkembangan intuitif-proyektif. Pada tahap ini, kepercayaan merupakan hasil didikan orang-orang terdekat, seperti orang tua atau guru. Anak mulai belajar meniru perilaku religius, contohnya, menundukkan kepala saat berdoa, meskipun mereka tidak memahami makna perilaku tersebut. Anak prasekolah membutuhkan penjelasan sederhana mengenai masalah spiritual seperti yang terdapat dalam buku bergambar, anak seusia ini menggunakan imajinasi mereka untuk mewujudkan berbagai gagasan, seperti malaikat atau setan.

6. Perkembangan bahasa

Desiningsih (2012) mengemukakan bahwa anak usia 2-5 tahun dalam perkembangan bahasanya berada pada fase diferensiasi. Pada fase ini keterampilan anak dalam berbicara mulai lancar dan berkembang pesat. Anak telah mampu mempergunakan kata ganti orang “saya” untuk menyebut dirinya, mampu mempergunakan kata dalam bentuk jamak, awalan, akhiran, dan berkomunikasi lebih lancar lagi dengan lingkungan.

7. Perkembangan emosi

Menurut Susanto dalam Esti (2015), anak prasekolah berada dalam masa perkembangan kepribadian yang unik, anak sering tampak keras kepala, menjengkelkan, dan melawan orang tua. Anak mulai berkenalan serta belajar menghadapi rasa kecewa saat apa yang dikehendaki tidak terpenuhi. Rasa kecewa, marah, sedih merupakan suatu yang wajar dan natural. Pada masa prasekolah berkembang juga perasaan harga diri yang menuntut pengakuan dari lingkungannya. Jika lingkungannya (orang tua) tidak mengakui harga diri anak, seperti memperlakukan anak secara keras, atau kurang menyayangnya, maka pada diri anak akan berkembang sikap-sikap antara lain keras kepala atau menentang, menyerah menjadi penurut, harga diri kurang, serta pemalu.

2.2.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pertumbuhan dan Perkembangan Pada Anak

Pada umumnya anak memiliki pola pertumbuhan dan perkembangan normal dan merupakan hasil interaksi banyak faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak. Menurut Andriana (2011) dalam Desiningrum (2012) secara umum terdapat dua faktor utama yang berpengaruh terhadap tumbuh kembang anak yaitu :

1. Faktor Internal

a. Ras atau etnik atau Bangsa

Anak yang dilahirkan dari ras atau bangsa Amerika, tidak memiliki faktor herediter ras atau bangsa Indonesia, begitu pula sebaliknya.

b. Keluarga

Ada kecenderungan keluarga yang memiliki postur tubuh yang tinggi, pendek, gemuk atau kurus.

c. Umur

Kecepatan pertumbuhan yang pesat adalah pada masa prenatal, tahun pertama kehidupan dan masa remaja.

d. Jenis kelamin

Fungsi reproduksi pada anak perempuan berkembang lebih cepat daripada anak laki-laki. Akan tetapi setelah melewati masa pubertas, pertumbuhan anak laki-laki akan lebih cepat bila dibandingkan dengan anak perempuan.

e. Genetik

Genetik adalah bawaan anak yaitu potensi anak yang akan menjadi ciri khasnya. Ada beberapa kelainan genetik yang berpengaruh pada tumbuh kembang anak, misalnya yaitu kekerdilan.

2. Faktor Eksternal

Faktor eksternal yang dapat mempengaruhi tumbuh kembang pada anak antara lain :

a. Faktor Prenatal

1) Gizi

Nutrisi ibu hamil terutama dalam trimester akhir kehamilan akan mempengaruhi perkembangan janin.

2) Kelainan Imunologis

Eritroblastosis Fetalis timbul atas dasar perbedaan golongan darah antara janin dan darah ibu, sehingga ibu membentuk antibodi terhadap sel darah merah janin, kemudian melalui plasenta masuk ke dalam peredaran darah janin dan menyebabkan hemolisis yang selanjutnya mengakibatkan hiperbilirubinemia dan kernikterus yang akan menyebabkan kerusakan jaringan otak.

3) Psikologis Ibu

Kehamilan yang tidak diinginkan serta perlakuan salah atau kekerasan mental pada ibu hamil dapat menyebabkan terganggunya pertumbuhan dan perkembangan janin selama dalam kandungan.

b. Faktor Persalinan

Komplikasi persalinan pada bayi seperti trauma kepala dan asfiksia dapat menyebabkan kerusakan otak, karena kurangnya asupan oksigen dalam otak. Sehingga tumbuh kembang anak dapat terhambat.

c. Faktor Pasca Persalinan

Pasca persalinan juga dapat mempengaruhi tumbuh kembang anak. Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi tumbuh kembang anak yaitu: gizi, psikologis, sosial ekonomi, lingkungan pengasuhan dan stimulasi

1) Gizi

Untuk tumbuh kembang anak, diperlukan zat makanan yang adekuat, agar anak menjadi lebih sehat dan dapat berkembang sesuai dengan usianya.

2) Psikologis

Hubungan anak dengan orang sekitarnya. Seorang anak yang tidak diinginkan oleh orangtuanya atau anak yang selalu merasa tertekan akan mengalami hambatan dalam pertumbuhan dan perkembangannya.

3) Sosial Ekonomi

Kemiskinan selalu berkaitan dengan kekurangan makanan serta kesehatan lingkungan yang jelek dan ketidaktahuan, hal tersebut dapat menghambat pertumbuhan anak.

4) Lingkungan Pengasuhan

Pada lingkungan pengasuhan, interaksi antar ibu dan anak sangat mempengaruhi tumbuh kembang anak. Karena orangtua adalah orang terdekat anak, sehingga sangat diperlukan adanya hubungan yang baik antara orangtua dengan anak.

5) Stimulasi

Perkembangan memerlukan rangsangan atau stimulasi, khususnya dalam keluarga misalnya yaitu penyediaan mainan, sosialisasi anak, serta keterlibatan ibu dan anggota keluarga lain terhadap kegiatan anak.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Anak dengan Dengue Heemmoragic Fever

1. Pengkajian

a. Identitas Pasien

Nama, umur (pada DBD tersering menyerang anak dengan usia kurang 15 tahun), jenis kelamin, alamat, nama orang tua, pendidikan orang tua, pekerjaan orang tua.

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Keluhan yang menonjol pada pasien DBD untuk datang ke rumah sakit adalah panas tinggi mendadak dan anak lemah.

2) Riwayat Penyakit Sekarang

Didapatkan adanya keluhan panas mendadak yang disertai menggigil. Turunnya panas terjadi antara hari ke-3 dan ke-7, anak anak semakin lemah. Pada Grade I dan II 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 (ditemukan pada grade III dan IV), melena/ hematemesis.

3) Riwayat Penyakit Dahulu

Penyakit apa saja yang pernah diderita. Pada DBD, anak biasanya mengalami serangan ulangan DBD dengan tipe virus yang lain.

c. Riwayat Gizi

Status gizi anak yang menderita DBD dapat bervariasi. Semua anak dengan status gizi baik maupun buruk dapat beresiko, apabila terdapat beberapa faktor predisposisinya. Anak yang menderita DBD sering mengalami keluhan mual, muntah, dan nafsu makan menurun. Apabila kondisi ini berlanjut dan tidak disertai dengan pemenuhan nutrisi yang mencukupi, maka akan dapat mengalami penurunan berat badan sehingga status gizinya menjadi kurang.

d. Pemeriksaan Fisik.

Meliputi inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi dari ujung rambut sampai ujung kaki. Pemeriksaan fisik secara umum :

1) Tingkat Kesadaran

Pada Grade I dan II biasanya ditemukan kesadaran yang masih composmentis (sadar penuh). Sedangkan grade III dan grade IV terjadi penurunan kesadaran karena nilai hematokrit meningkat menyebabkan darah mengental dan oksigen ke otak berkurang.

2) Keadaan Umum

Keadaan umum pada grade I dan II ditemukan pasien tampak lemah. Pada grade III dan IV pasien mengalami penurunan keadaan.

3) TandaTanda Vital

Pada grade I dan II tekanan darah dan nadi pada pasien masih dalam batas normal. Tekanan nadi lemah dan kecil ditemukan pada grade III, hingga nadi tidak teraba pada grade IV, tekanan

darah menurun (sistolik menurun sampai 80 mmHg atau kurang), suhu tinggi (diatas 37,5°C)

4) Kepala

Kepala terasa nyeri, muka tampak kemerahan karena demam.

5) Mata

Konjungtiva anemis

6) Hidung

Hidung kadang mengalami perdarahan (epistaksis) pada grade II, III, IV.

7) Telinga

Terjadi perdarahan telinga pada grade II, III, IV.

8) Mulut

Pada mulut didapatkan bahwa mukosa mulut kering, terjadi perdarahan gusi, dan nyeri telan. Sementara tenggorokkan mengalami hyperemia pharing

9) Leher

Kelenjar getah bening dan kelenjar tiroid tidak mengalami pembesaran.

10) Dada/Thorax

a) Inspeksi: Bentuk simetris, kadang-kadang tampak sesak.

b) Palpasi: Biasanya fremitus kiri dan kanan tidak sama

c) Perkusi: Bunyi redup karena terdapat adanya cairan yang tertimbun pada paru

d) Auskultasi: Adanya bunyi ronchi yang biasanya terdapat pada grade III, dan IV.

11) Abdomen

a) Inspeksi: Abdomen tampak simetris

b) Palpasi: Mengalami nyeri tekan (hepatomegali dan splinomegali)

c) Perkusi: Terdengar redup

d) Auskultasi: Adanya penurunan bising usus

12) Sistem Integumen

Adanya ptekie pada kulit spontan dan dengan melakukan uji tourniket pada grade I-IV. Turgor kulit menurun, dan muncul keringat dingin, dan lembab. Tampak adanya ptekie yang muncul secara spontan pada grade II, III, dan IV biasanya disertai dengan munculnya perdarahan lain. Sedangkan pada grade I uji satu-satunya untuk menilai adanya perdarahan dengan cara uji torniquet.

13) Ekstrimitas

Pada grade I dan II ditemukan akral hangat serta terjadi nyeri otot, sendi serta tulang. Sedangkan akral dingin sering ditemukan pada grade III dan IV.

2. Diagnosa Keperawatan (SDKI, 2016)

- a. Hipertermia berhubungan dengan Proses Penyakit (Infeksi virus dengue (viremia)) (SDKI, 2016 (D.0160))
- b. Hipovolemia berhubungan dengan Peningkatan Permeabilitas Kapiler (SDKI, 2016 (D.0023))
- c. Resiko Perdarahan (SDKI, 2016 (D.0012))
- d. Nausea berhubungan dengan Peningkatan Tekanan Intra Abdominal (SDKI, 2016 (D.0076))
- e. Resiko Syok (Hypovolemia) berhubungan dengan Kekurangan Volume Cairan (SDKI, 2016 (D.0039))
- f. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis (SDKI, 2016 (D.0077))
- g. Pola Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan Hambatan Upaya Nafas (Efusi Pleura) (SDKI, 2016 (D.0005))

3. Intervensi Keperawatan (SIKI, 2018)

- a. Hipertermia berhubungan dengan Proses Penyakit (Infeksi virus dengue (viremia)) (SDKI, 2016 (D.0160))
 - 1) Tujuan dan Kriteria Hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan suhu tubuh kembali normal, dengan kriteria hasil : (SLKI, 2019)
 - Suhu tubuh membaik
 - Takikardi menurun
 - Suhu kulit membaik
 - Leukosit dan Trombosit dalam batas normal

2) Intervensi Keperawatan: *Manajemen Hipertermia (I.15506)*

Observasi

- Monitor suhu tubuh. *Rasional:* mengetahui penyakit dengan nilai suhu tubuh dapat membantu dalam penentuan intervensi.

Terapeutik

- Longgarkan pakaian. *Rasional:* Pakaian dilonggarkan supaya suhu tubuh dapat berevaporasi dengan mudah
- Berikan kompres dingin. *Rasional:* Kompres dingin dapat mengakibatkan vasodilatasi pada pembuluh darah.

Edukasi

- Anjurkan tirah baring. *Rasional:* Istirahat dapat mengurangi kelelahan.
- Anjurkan pasien untuk memperbanyak minum air putih.
Rasional: Mencegah terjadinya dehidrasi.

Kolaborasi

- Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian antipiretik.
Rasional : Antipiretik bekerja sebagai penurun panas.
- Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena.
Rasional: mengganti cairan dan eletrolit yang hilang

b. Hipovolemia berhubungan dengan Peningkatan Permeabilitas Kapiler (SDKI, 2016 (D.0023))

1) Tujuan dan Kriteria Hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan status cairan membaik dengan kriteria hasil : (SLKI, 2019)

- Turgor kulit meningkat
- Tekanan darah membaik
- Frekuensi nadi membaik
- Membran mukosa, kadar Hb dan Ht membaik

2) Intervensi Keperawatan: *Manajemen Hipovolemia (I.03116)*

Observasi

- Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urine menurun, hematrokrit meningkat, haus, lemas). *Rasional*: memantau adanya tanda dan gejala hipovolemia agar dapat memberikan penanganan yang tepat
- Monitor intake dan output cairan. *Rasional*: memantau intake dan output pasien untuk dalam menjaga kestabilan hemodinamik pasien

Terapeutik

- Hitung kebutuhan cairan pasien. *Rasional*: memberikan cairan sesuai dengan kebutuhan

Edukasi

- Anjurkan keluarga untuk memberi minum banyak pada pasien. *Rasional*: mengganti cairan dan elektrolit yang hilang secara oral

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian cairan parenteral obat (antibiotik, dan antiemetik) serta pemeriksaan laboratorium serum elektrolit. *Rasional*: untuk mengetahui keseimbangan cairan dan elektrolit, mengganti cairan dengan elektrolit secara adekuat dan cepat, anti emetik untuk mengurangi muntah, antibiotik untuk menghambat edotoksin.

c. Resiko Perdarahan (SDKI, 2016 (D.0012))

1) Tujuan dan Kriteria Hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tanda-tanda perdarahan berkurang, dengan kriteria hasil: (SLKI, 2019)

- Trombosit membaik
- Ptekie berkurang

2) Intervensi Keperawatan: *Pencegahan Perdarahan (I.02067)*

Observasi

- Monitor tanda dan gejala perdarahan. *Rasional*: Perdarahan cepat diketahui dan diatasi sehingga pasien tidak mengalami syok hypovolemia.
- Monitor hasil trombosit. *Rasional*: Mengatahui tingkat kebocoran darah yang dialami pasien

Terapeutik

- Pertahankan bedrest selama perdarahan. *Rasional:* Aktivitas yang tidak terkontrol dapat menyebabkan resiko perdarahan.

Edukasi

- Jelaskan pada keluarga tanda dan gejala perdarahan.
Rasional: Pemahaman proses penyakit dan resiko

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu. *Rasional:* Untuk meningkatkan trombosit.

d. Nausea berhubungan dengan peningkatan tekanan intra abdominal (SDKI, 2016 (D.0076))

1) Tujuan dan Kriteria Hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat nausea menurun, dengan kriteria hasil : (SLKI, 2019)

- Keluhan mual menurun
- Nafsu makan meningkat dan mukosa bibir lembab

2) Intervensi Keperawatan : *Manajemen Mual (I.03117)*

Observasi

- Identifikasi mual (misalnya: frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan). *Rasional:* Mengetahui kondisi umum pasien sehingga dapat memberikan penanganan yang sesuai
- Monitor asupan nutrisi dan kalori. *Rasional:* Mengetahui tingkat keparahan apakah berdampak nafsu makan.

Terapeutik

- Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (misalnya: bau tidak sedap, suara, dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan). *Rasional*: Bau tidak sedap dapat memicu adanya mual dan muntah

Edukasi

- Anjurkan keluarga memberikan makanan dalam jumlah kecil/ sedikit tapi sering. *Rasional*: Agar tidak merangsang mual

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian antiemetik, jika perlu. *Rasional*: Untuk mengurangi rasa mual.

e. Resiko Syok (Hypovolemia) berhubungan dengan Kekurangan Volume Cairan (SDKI, 2016 (D.0039))

1) Tujuan dan Kriteria Hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tidak sampai terjadi syok (hypovolemia) dengan kriteria hasil : (SLKI, 2019)

- Tekanan darah dan nadi kembali normal
- Output urine normal
- Kesadaran membaik
- Akral HKM

2) Intervensi Keperawatan : Pencegahan Syok (I.03117)

Observasi

- Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil. *Rasional:* Mengetahui kondisi umum pasien dalam memberikan penanganan yang sesuai.
- Monitor status cairan. *Rasional:* Mengetahui keseimbangan cairan pasien DHF baik intake maupun output cairan.
- Monitor kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi frekuensi nafas, TD). *Rasional:* Pada kondisi syok ditemukan adanya tekanan darah yang turun dan nadi yang lemah bahkan hilang.
- Monitor produksi urine. *Rasional:* Mengetahui kondisi status cairan pasien (output)

Terapeutik

- Pasang jalur IV. *Rasional:* Mengganti cairan tubuh yang hilang melalui intravena

Edukasi

- Jelaskan tanda dan gejala awal syok. *Rasional:* Tanda dan gejala awal syok dapat memberikan gambaran mengenai kondisi dan penanganan yang tepat.
- Anjurkan keluarga memperbanyak asupan cairan oral. *Rasional:* Mengganti cairan tubuh pasien yang hilang melalui oral (minum air putih yang banyak 1-2 liter/hari).

f. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis (SDKI, 2016 (D.0077))

1) Tujuan dan Kriteria Hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri berkurang/hilang, dengan kriteria hasil : (SLKI, 2019)

- Mampu mengontrol nyeri
- Melaporkan bahwa nyeri berkurang
- Mengatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang

2) Intervensi: Manajemen Nyeri (*I.08238*)

Observasi

- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. *Rasional*: mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri yang dialami pasien.
- Identifikasi skala nyeri. *Rasional*: mengetahui adanya perubahan skala nyeri yang dialami pasien.
- Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. *Rasional*: mengetahui faktor apa saja yang dapat memperberat dan memperingan nyeri.

Terapeutik

- Fasilitasi istirahat tidur. *Rasional*: mengurangi aktivitas yang dapat meningkatkan rasa nyeri.

Edukasi

- Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri.
Rasional: membantu mengurangi rasa nyeri dengan tarik nafas dalam.

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu. *Rasional:* membantu mengurangi rasa nyeri secara adekuat

g. Pola Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan Hambatan Upaya Nafas (Efusi Pleura) (SDKI, 2016 (D.0005))

1) Tujuan dan Kriteria Hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pola nafas efektif, dengan kriteria hasil : (SLKI, 2019)

- Tanda-tanda vital dalam batas normal (frekuensi nafas, kedalaman dan usaha nafas)
- Tidak terdapat bunyi nafas tambahan
- Tidak terdapat penggunaan alat bantu pernafasan, pernafasan cuping hidung.

2) Intervensi : Manajemen Jalan Nafas (*I.01011*)

Observasi

- Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas).
Rasional: mengetahui adanya peningkatan frekuensi, kedalaman, dan usaha nafas.

- Monitor bunyi nafas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing). *Rasional:* mengetahui adanya bunyi suara nafas tambahan.

Terapeutik

- Posisikan semi-Fowler atau Fowler. *Rasional:* memberikan posisi yang nyaman dan tidak memperberat usaha nafas.

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian oksigen, jika perlu. *Rasional:* memberikan pasokan oksigen sesuai dengan kebutuhan.

4. Implementasi Keperawatan

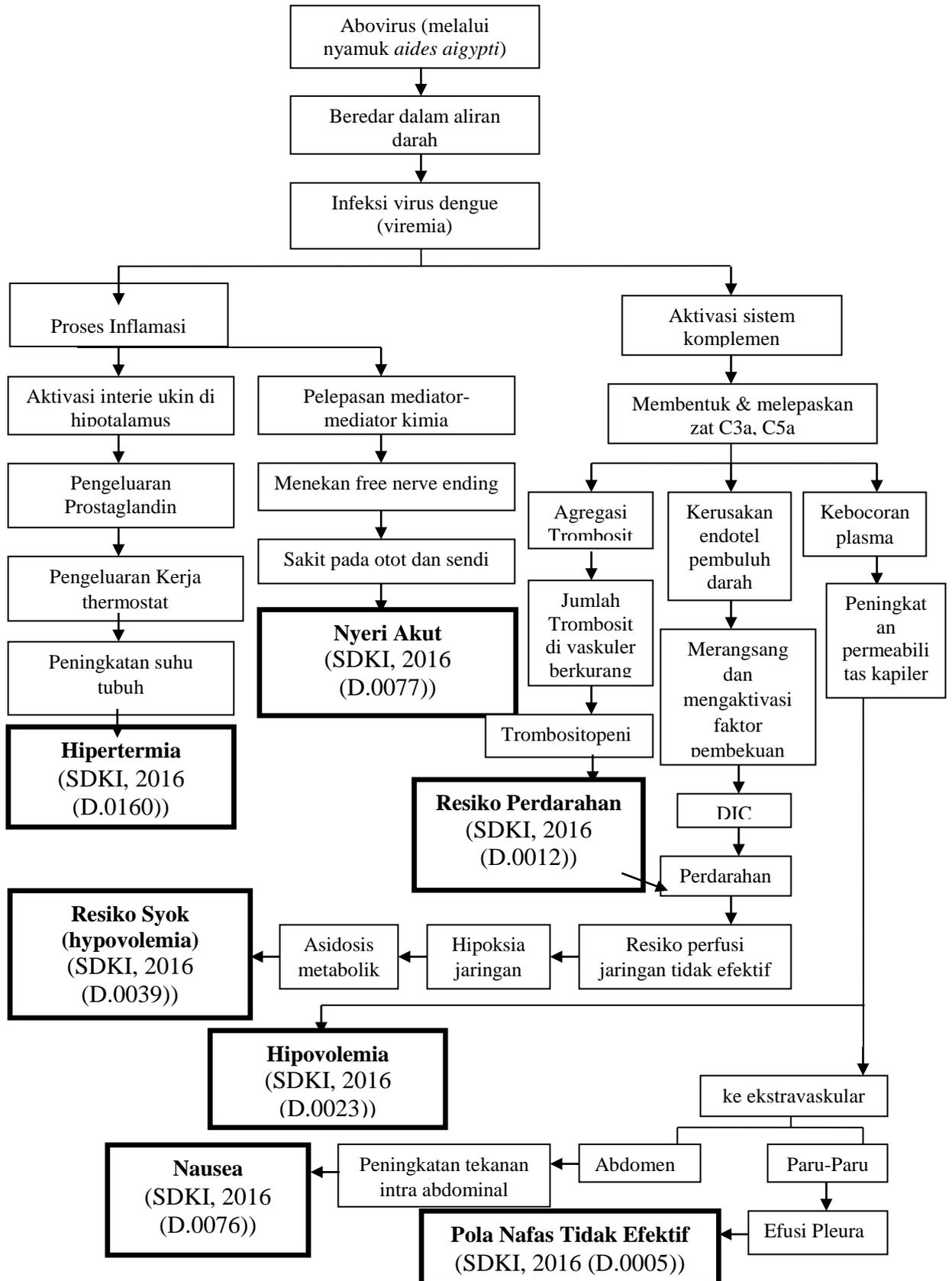
Menurut Nursalam (2011), implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan ditujukan pada nursing order untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan.

5. Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosis keperawatan, rencana intervensi, dan implementasinya (Nursalam, 2011), maka hasil yang diharapkan sesuai dengan rencana tujuan, yaitu: suhu tubuh menurun ($36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$), adanya perbaikan keseimbangan cairan, tidak ditemukan adanya tanda-tanda perdarahan, menyatakan rasa mual berkurang, tidak terjadi syok (hypovolemia), nyeri berkurang/menurun dan pola nafas menjadi efektif

2.4 Kerangka Asuhan Keperawatan Dengue Haemmoragic Fever

Gambar 2.4 Kerangka Asuhan Keperawatan



BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Dengue Haemmoragic Fever, maka penulis menyajikan suatu kasus yang diamati mulai tanggal 10 Maret 2020 pukul 22.00 WIB sampai tanggal 13 Maret 2020. Anamnesa diperoleh dari pasien dan keluarga serta file No. Register 001568XX sebagai berikut:

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas Anak

Pasien adalah seorang anak Perempuan bernama “An V” usia 6 tahun beragama katolik, bahasa yang sering digunakan adalah bahasa Indonesia. Pasien adalah anak kedua dari Tn. E usia 48 tahun dan Ny.F usia 46 tahun. Pasien tinggal di Surabaya. Orang tua An.V beragama katolik dan pekerjaan ayah serta ibu pasien sebagai wiraswasta.

3.1.2 Keluhan Utama

Ibu An.V mengatakan anaknya mengalami demam naik turun hari ke 3 dan ada bintik bintik kemerahan dikedua tungkai bawah.

3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Ibu An.V mengatakan, pasien demam sejak hari selasa 8 Maret 2020, mual muntah 2x, ada batuk pilek. Oleh ibu, An.V diberi ibuprofen dan dikompres. Karena panas naik turun pada tanggal 8 Maret 2020 ibu membawa An.V berobat ke dokter praktek umum dan dilakukan pemeriksaan darah lengkap didapatkan hasil trombosit turun 154.000, leukosit 2.480 dan diberi obat sirup Prosogan syrup, imboost force syrup dan PSDII syrup, An.V di anjurkan untuk pemeriksaan

darah lagi. Tanggal 9 Maret dilakukan pemeriksaan ulang, hasil trombosit turun lagi 130.000 dan leukosit 2.270. Karena tidak ada perubahan, tanggal 10 Maret 2020 pada pukul 18.00 WIB ibu An.V membawa An.V berobat ke IGD RS Premier Surabaya karena panasnya masih naik turun dan kondisi anaknya semakin lemas ibu An.V membawa An. V untuk mendapat perawatan lebih lanjut. Lalu An.V disarankan untuk rawat inap di ruang Pediatric pada tanggal 10 Maret 2020 pukul 20.00 WIB. Pada saat pengkajian pukul 22.00 WIB ibu An.V mengatakan An.V mengalami demam naik turun hari ke 3 dan ada bintik bintik kemerahan (ptekie) dikedua tungkai bawah, dengan hasil TTV: TD = 95/60 mmHg, N = 115 x/menit, S = 38.6°C, RR = 20x/menit.

3.1.4 Riwayat Kehamilan dan Persalinan

1. Prenatal Care

Ibu An.V mengatakan mulai melakukan pemeriksaan kehamilan pada usia kehamilan 8 minggu di dokter spesialis kandungan di Rumah Sakit. Selama kehamilan, ibu rutin melakukan pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran dokter, dan ibu An.V mengatakan tidak pernah dirawat di Rumah sakit selama hamil.

2. Natal Care

Ibu An.V mengatakan melakukan persalinan secara normal di Rumah Sakit dengan bantuan dokter spesialis kandungan.

3. Post Natal Care

Ibu An.V mengatakan setelah melahirkan bayinya mengalami kuning di seluruh tubuh setelah 2 hari kelahiran. Kemudian bayi dilakukan foto terapi 1x 24 jam, setelah itu diperbolehkan pulang.

3.1.5 Riwayat Masa Lampau

Ibu An. V mengatakan sakit yang pernah dialami An. V sewaktu kecil hanya batuk, pilek, panas dan radang tenggorokan. An. V sebelumnya tidak pernah dirawat di rumah sakit dan setiap sakit ibu An. V hanya memberikan obat-obatan sesuai advice dokter. An. V selama ini tidak pernah mengalami kecelakaan dan tindakan operasi. An. V tidak mempunyai riwayat alergi obat-obatan maupun makanan. Ibu An. V mengatakan An. V tidak pernah mempunyai riwayat jatuh (kecelakaan) dan tidak pernah menjalani tindakan operasi sebelumnya. Ibu An. V mengatakan An. V sudah mendapatkan imunisasi dasar lengkap antara lain Hepatitis B pada hari ke 0, Polio 1 usia 1 bulan, Polio 2 usia 2 bulan, Polio 3 usia 3 bulan, Polio 4 usia 4 bulan, BCG usia 1 bulan, DPT 1 usia 2 bulan, DPT 2 usia 3 bulan, DPT 3 usia 4 bulan, dan Campak pada usia 9 bulan).

3.1.6 Pengkajian Keluarga

1. Genogram

An. V adalah anak kedua dari satu bersaudara berjenis kelamin perempuan. Saat ini An. V tinggal dalam satu rumah bersama ayah, ibu, kakak perempuan, kakek dan nenek yang merupakan orangtua dari ibu An. V

2. Riwayat Penyakit dan Alergi Keluarga

Ibu An. V mengatakan di dalam rumah biasanya yang sering terserang flu yakni An. V dan kakaknya karena tertular oleh teman sekolahnya. Ibu An. V mengatakan dalam anggota keluarga tidak ada yang memiliki riwayat alergi

3. Psikososial Keluarga

Orang tua pasien mengatakan hubungan baik dalam berkomunikasi antar anggota keluarga satu sama lain

3.1.7 Riwayat Sosial

1. Yang Mengasuh Anak

Ibu An.V mengatakan yang mengasuh An.V adalah kakek dan neneknya dikarenakan ibu dan ayah sama-sama bekerja

2. Hubungan Dengan Anggota Keluarga

Ibu An.V mengatakan hubungan dengan antar anggota keluarga baik, pasien jarang bertengkar dengan kakak perempuannya karena kakaknya pendiam dan sering mengalah.

3. Hubungan Dengan Teman Sebaya

Ibu pasien mengatakan hubungan dengan teman sebaya baik, pasien punya banyak teman, baik di sekolah ataupun teman satu gereja.

4. Pembawaan Secara Umum

Pembawaan An.V secara umum memakai pakaian yang rapi. An.V tampak lemah. Ibu An.V mengatakan An.V seorang anak yang cerewet dan terbuka.

3.1.8 Kebutuhan Dasar

1. Pola Nutrisi

Sebelum MRS Ibu An.V mengatakan An.V makan 2-3 kali sehari, An.V menyukai menu Indonesia, tidak suka makan sayur dan hanya suka beberapa buah saja, tidak suka buah yang rasanya asam. Ibu An.V mengatakan An. V sulit minum air putih. Saat MRS Ibu An.V mengatakan An.V makan 3 kali sehari dan makan habis 1/2 porsi setiap kali makan. Ibu An.V mengatakan An.V sulit untuk minum air putih

2. Pola Tidur

Sebelum MRS ibu An.V mengatakan An.V mempunyai kebiasaan tidur di ruang yang gelap, An.V selalu tidur dengan benda kesayangan berupa guling kecil berwarna pink. Saat MRS ibu An.V mengatakan mematikan lampu sebelum An.V tidur dan An.V memeluk benda kesayangan berupa guling kecil berwarna pink saat tidur.

3. Pola Aktivitas/Bermain

Sebelum MRS ibu An.V mengatakan An.V mempunyai teman dekat baik di sekolah maupun disekitar rumah, kegiatan harian yang biasanya dilakukan An.V adalah sekolah dan bermain. An.V jarang bermain keluar rumah karena sudah capek sepulang sekolah. Saat MRS ibu An.V mengatakan An.V hanya tidur dan tidak melakukan aktivitas apapun.

4. Pola Eliminasi

Sebelum MRS ibu An.V mengatakan belum BAB 6 hari, pasien mempunyai kebiasaan BAB tidak teratur, terakhir BAB hari Rabu tanggal 4 Maret 2020. Saat MRS ibu An.V mengatakan untuk hari ini anaknya sudah BAK 4x (350cc) dan masih belum BAB

5. Pola Kognitif Perseptual

An.V menjawab ketika ditanya oleh perawat mengenai keluhan yang dirasakan. Keterangan dari orangtua, An.V mengikuti setiap patokan perkembangan tanpa melewatinya

6. Pola Koping Toleransi Stress

An.V diam tidak pernah rewel ketika sakit dan tidak menangis

3.1.9 Keadaan Umum (Penampilan Umum)

1. Cara Masuk

Ibu An.V mengatakan An. V datang ke IGD RS Premier Surabaya pada tanggal 10 Maret 2020 pada pukul 18.00 WIB dengan menggunakan mobil pribadi. Pasien dipindahkan ke ruang Pediatric menggunakan kursi roda.

2. Keadaan Umum

Keadaan umum pasien tampak lemas, kesadaran composmentis GCS 456, akral hangat kemerahan

3.1.10 Tanda-Tanda Vital

Saat diobservasi pada tanggal 10 Maret 2020 pukul 22.00 WIB tanda-tanda vital pasien: TD = 95/60 mmHg N = 115x/menit RR = 20x/menit S = 38,6 C TB/BB : 118 cm/ 20 kg.

3.1.11 Pemeriksaan Fisik

1. Pemeriksaan Kepala dan Rambut

Bentuk mata simetris, tidak ada lesi, rambut tampak bersih, distribusi merata, berwarna hitam, halus dan tidak mudah rontok, tidak ada penonjolan maupun pembengkakan.

2. Mata

Gerakan bola tampak simetris antara mata kanan dan kiri, sclera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis.

3. Hidung

Hidung tampak simetris antara kanan dan kiri, hidung tidak ada lesi, tidak ada polip dan tidak ada mimisan

4. Telinga

Telinga tampak simetris antara kanan dan kiri, tidak ada lesi, telinga tampak bersih, fungsi pendengaran baik, dan tidak ada perdarahan

5. Mulut dan Tenggorokan

Membran mukosa tampak kering, bibir pecah-pecah, tidak ada sariawan, gusi tidak berdarah, tidak ada caries gigi.

6. Tengkuik dan Leher

Tidak ada kemerahan pada daerah leher (ptekie), tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada pembesaran tiroid dan kelenjar getah bening.

7. Pemeriksaan Thorax/Dada

a. Paru

I : pergerakan dada simetris, tidak tampak pernapasan cuping hidung dan tidak tampak penggunaan otot bantu nafas.

P : taktil fremitus teraba sama kuat pada paru kanan kiri

A : suara nafas vesikuler, ronkhi -/- , wheezing -/-

P : perkusi terdengar sonor di semua lapangan paru

b. Jantung (nadi kuat apa lemah)

I : iktus cordis tidak tampak

P : TD= 95/60mmHg, N= 115x/menit, nadi kuat, CRT < 2 detik

A : suara S1 dan S2 murni, tidak ada suara nafas tambahan

P : perkusi pekak

8. Punggung

Bentuk simetris, tidak ada kelainan bentuk punggung, tidak ada nyeri tekan, tidak ada nyeri ketuk dan tidak ditemukan ptekie.

9. Pemeriksaan Abdomen

I : perut datar

P : hepar dan lien tidak teraba

A : bising usus 10x/menit

P : suara tympani

10. Pemeriksaan Kelamin dan Daerah Sekitarnya (Genetalia Dan Anus)

Tidak ada kelainan pada anus, tidak ada melena pada BAB, tidak ada ruam pada daerah sekitar kelamin, kebersihan genetalia bersih, tidak ada benjolan, tidak ada pembesaran hemoroid

11. Pemeriksaan Muskuloskeletal

$$\begin{array}{c|c} 5 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$$

Pergerakan sendi bebas, kekuatan otot saat tangan dan kaki diberikan tekanan, An.V bisa melawan tekanan. Tangan kiri terpasang infus asering 2000 ml/24 jam.

12. Pemeriksaan Neurologi

Keadaan umum pasien lemah, kesadaran composmentis, GCS 456, tidak mempunyai riwayat kejang

13. Pemeriksaan Integumen

Kulit pasien berwarna hangat kemerahan, turgor kulit tampak menurun, terpasang infus di tangan kiri, terdapat bintik-bintik kemerahan (ptekie) di kedua tungkai bawah

3.1.12 Tingkat Perkembangan

1. Adaptasi Sosial

An.V merasa senang berada di dekat keluarganya, terutama dengan ibu dan neneknya. Saat dikaji An.V sedang berbaring di atas tempat tidur. An.V menurut ketika dilakukan tindakan oleh perawat

2. Bahasa

An. V mengatakan bahasa yang digunakan sehari-hari adalah bahasa Indonesia dan bahasa Inggris. Saat dikaji An.V dapat mengungkapkan perasaannya.

3. Motorik Halus

An V tampak mempelajari pelajaran yang menurutnya tertinggal karena sakit. Menurut Jean Piaget tahap An.K adalah tahap operasional formal. Tahap dimana anak sudah mampu berpikir tingkat tinggi, seperti berpikir secara deduktif, induktif, menganalisis, mensintesis, mampu berpikir secara abstrak dan secara reflektif, serta mampu memecahkan berbagai masalah

4. Motorik Kasar

Tidak terjadi hambatan pada motorik kasar.

5. Kesimpulan dan Pemeriksaan Perkembangan

An. V memiliki tahap perkembangan sesuai dengan usianya.

6. Perkembangan Psikososial

An.V mengatakan mampu bersosialisasi dan beradaptasi dengan anggota keluarga dan teman sebaya yang ada di lingkungan sekolah.

7. Perkembangan Kognitif

An. V mengatakan mampu mengikuti kegiatan pembelajaran di sekolah dengan baik.

8. Perkembangan Psikoseksual

An. V mampu memedakan antara laki-laki dan perempuan, dan berperilaku selayaknya kepada lawan jenis.

3.1.13 Pemeriksaan Penunjang

1. Laboratorium

DL tanggal 9/3 2020

- a. Hemoglobin: 13,9 (12,0-15,0)
- b. Hematokrit: 47 (35-45)
- c. Leukosit: 2270 (4000-11.000)
- d. Trombosit: 130.000 (150.000-450.000)
- e. SGOT: 51 (0-32)
- f. SGPT: 20 (0-31)
- g. CRP: 7,9 (0-4,99)
- h. Dengue IgG (positive)
- i. Dengue IgM (negative)

DL tanggal 10/3/2020

- a. Leukosit 1,31 (4,0-11,0)
- b. Hemoglobin 12,3 (11,5-15,0)
- c. Hematrokit 55,9 (34,0-54,0)
- d. Platelet 65 (140-400)

2. Rontgen

Pasien tidak dilakukan pemeriksaan rontgen

3. Terapi

Terapi tanggal 10 Maret 2020

Tabel 3.1 Terapi Obat

1	Inf. Asering	2000/24 jam	Terapi pengganti cairan selama dehidrasi (kehilangan cairan) secara akut
2	Inj. Sanmol	4x500 mg iv	Menurunkan demam, meredakan nyeri ringan seperti sakit kepala dan sakit gigi
3	Inj. Cernevit	1x1 vial drip dalam infus	Memenuhi kebutuhan vitamin yang tidak mungkin atau tidak cukup diberikan secara oral
4	Inj. Pantoprazole	2x30 mg iv	Untuk meredakan gejala meningkatnya asam lambung seperti sakit maag dan gejala refluks asam lambung seperti sulit menelan dan batuk yang tidak berhenti
5	Inj. Fartison	1x35 mg iv	Sebagai pengobatan gangguan endokrin, rematik, penyakit kolagen, gangguan kulit alergi, alergi akut dan kronis yang terkait dengan mata dan penglihatan, gangguan hematologis (gangguan pada darah), gangguan pencernaan.

3.2 Analisis Data

1. Diagnosa Keperawatan: Hipovolemia berhubungan dengan Peningkatan Permeabilitas Kapiler (SDKI, 2016 (D.0023)).

DS:

Ibu pasien mengatakan bintik-bintik kemerahan (ptekie) dan anaknya sulit untuk disuruh minum air putih

DO:

- a. Tampak lemas
 - b. Adanya ptekie dikedua tungkai bawah
 - c. Membran mukosa tampak kering
 - d. Output urin menurun BAK 4x = 350 cc
 - e. TTV: TD = 95/60 mmHg N = 115x/menit S = 38,6 C
 - f. Hematokrit: 47%
 - g. Platelet: 65.000
2. Diagnosa Keperawatan: Resiko Perdarahan dengan Faktor Resiko Gangguan Koagulasi (SDKI, 2016 (D.0012))

Faktor Resiko

- a. Adanya bintik-bintik kemerahan di kedua tungkai bawah
- b. Platelet: 65.000

3. Diagnosa Keperawatan: Hipertermia berhubungan dengan Proses Penyakit (Infeksi virus dengue (viremia) (SDKI, 2016 (D.0160)).

DS:

Ibu pasien mengatakan pasien demam naik turun 3 hari ini

DO:

- a. S. 38,6 °C
 - b. N. 115x/menit
 - c. Kulit teraba hangat dan kemerahan
 - d. Platelet: 65.000
 - e. Leukosit: 1,31
4. Diagnosa Keperawatan: Konstipasi berhubungan dengan Ketidakteraturan Kebiasaan Defekasi (SDKI, 2016 (D.0049)).

DS:

- a. Pasien mengatakan BAB terakhir 6 hari yang lalu
- b. Pasien mengatakan tidak suka makan sayur
- c. Ibu mengatakan An. V sulit minum air putih (maksimal 1 gelas saja/hari)
- d. Ibu mengatakan An. V mempunyai kebiasaan BAB tidak teratur
- e. Pasien hanya suka beberapa buah-buahan saja

DO:

- a. Bising usus 10x/ menit
- b. Feses tampak keras

3.3 Diagnosa Keperawatan

1. Diagnosa Keperawatan: Hipovolemia berhubungan dengan Peningkatan Permeabilitas Kapiler ditandai dengan adanya ptekie dikedua tungkai bawah, membran mukosa tampak kering, tampak lemas, output urin menurun BAK 4x = 350 cc, sulit untuk minum air putih (maksimal 1 gelas saja/hari), TTV: TD = 95/60 mmHg, N = 115x/menit, S = 38,6 C, hematokrit 47% Platelet 65.000 (SDKI, 2016 (D.0023)).

2. Diagnosa Keperawatan: Resiko Perdarahan dengan Faktor Resiko Gangguan Koagulasi ditandai dengan adanya bintik-bintik kemerahan di kedua tungkai bawah, Platelet: 65.000 (SDKI, 2016 (D.0012))
3. Diagnosa Keperawatan: Hipertermia berhubungan dengan Proses Penyakit (Infeksi virus dengue (viremia) ditandai dengan demam naik turun sudah 3 hari, S. 38,6 °C, N. 115x/menit, kulit teraba hangat dan kemerahan, Platelet: 65.000, Leukosit: 1,31 (SDKI, 2016 (D.0160)).
4. Diagnosa Keperawatan: Konstipasi berhubungan dengan Ketidakteraturan Kebiasaan Defekasi ditandai dengan BAB terakhir 6 hari yang lalu, kebiasaan BAB tidak teratur, tidak suka makan sayur, sulit minum air putih (maksimal 1 gelas saja/hari), hanya suka beberapa buah-buahan saja, bising usus 10x/ menit, feses tampak keras (SDKI, 2016 (D.0049)).

3.4 Intervensi Keperawatan

1. Diagnosa Keperawatan: Hipovolemia berhubungan dengan Peningkatan Permeabilitas Kapiler (SDKI, 2016 (D.0023))

- a. Tujuan dan Kriteria Hasil

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan status cairan membaik dengan kriteria hasil:

- Membran mukosa lembab
- Ptekie berkurang sampai hilang
- Balance cairan seimbang
- TTV dalam batas normal

TD : 120/80 mmHg

N : 60-100x/menit

S : 36,5-37,5 C

- Hematokrit dalam batas normal (35-45%)
- Trombosit meningkat (150.000-450.000/uL)

b. Intervensi Keperawatan

SIKI: Manajemen Hipovolemia (I.03116)

- 1) Observasi tanda dan gejala hipovolemia (frekuensi nadi, membran mukosa, volume urine, hematokrit). Rasional: Memantau adanya tanda dan gejala hipovolemia agar dapat memberikan penanganan yang tepat
- 2) Pantau hasil laboratorim: hematokrit dan trombosit. Rasional: Peningkatan hematokrit menandakan adanya peningkatan kekentalan darah akibat keluarnya cairan melalui pembuluh darah
- 3) Pantau *intake* dan *output* pasien. Rasional: Dehidrasi dapat meningkatkan laju filtrasi glomerulus membuat pengeluaran tak adekuat untuk membersihkan sisa metabolisme.
- 4) Anjurkan keluarga untuk memberi minum air putih yang banyak. Rasional: Mengganti cairan dan elektrolit yang hilang secara oral.
- 5) Kolaborasi pemberian cairan Asering. Rasional: Mengganti kehilangan cairan dan darah dalam jumlah yang banyak.

2. Diagnosa Keperawatan: Resiko Perdarahan berhubungan dengan Gangguan Koagulasi (SDKI, 2016 (D.0012))

a. Tujuan dan Kriteria Hasil

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tanda-tanda perdarahan berkurang dengan kriteria hasil:

- 2) Trombosit membaik (150.000-450.000/uL)
- 3) Ptekie berkurang

b. Intervensi Keperawatan

SIKI: Pencegahan Perdarahan (*I.02067*)

- 1) Monitor tanda dan gejala perdarahan (ptekie). Rasional: Perdarahan cepat diketahui dan diatasi sehingga pasien tidak mengalami syok hypovolemia
- 2) Monitor hasil trombosit. Rasional: Mengatahui tingkat kebocoran darah yang dialami pasien
- 3) Pertahankan *bedrest* selama perdarahan. Rasional: Aktivitas yang tidak terkontrol dapat menyebabkan resiko perdarahan.
- 4) Jelaskan pada keluarga tanda dan gejala perdarahan. Rasional: Memberikan pemahaman kepada keluarga mengenai proses penyakit dan resiko
- 5) Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu. Rasional: Untuk meningkatkan trombosit.

3. Diagnosa Keperawatan: Hipertermia berhubungan dengan Proses Penyakit (Infeksi virus dengue (viremia) (SDKI, 2016 (D.0160))

a. Tujuan dan Kriteria Hasil

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan suhu tubuh kembali normal, dengan kriteria hasil:

- Suhu tubuh membaik S : 36,5-37,5 C
- Takikardi menurun N : 60-100x/menit
- Warna dan suhu kulit membaik
- Leukosit dalam batas normal (4.000-11.000)
- Trombosit dalam batas normal (150.000-450.000/uL)

b. Intervensi Keperawatan

SIKI: Manajemen Hipertermia (*I.15506*)

- 1) Monitor suhu tubuh. Rasional: Mengetahui penyakit dengan nilai suhu tubuh dapat membantu dalam penentuan intervensi
- 2) Monitor warna dan suhu kulit. Rasional: Perubahan warna dan suhu kulit merupakan indikasi demam
- 3) Berikan kompres dingin. Rasional: Kompres dingin dapat mengakibatkan vasodilatasi pada pembuluh darah
- 4) Longgarkan pakaian. Rasional: Pakaian dilonggarkan supaya suhu tubuh dapat menurun
- 5) Anjurkan tirah baring. Rasional: Istirahat dapat mengurangi kelelahan
- 6) Kolaborasi antipiretik. Rasional: Antipiretik bekerja sebagai penurun panas.

4. Diagnosa Keperawatan: Konstipasi berhubungan dengan Ketidakteraturan Kebiasaan Defekasi (SDKI, 2016 (D.0049))

a. Tujuan dan Kriteria Hasil

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan defekasi membaik, dengan kriteria hasil:

- 1) Defekasi membaik
- 2) Pengontrolan pengeluaran feses meningkat
- 3) Frekuensi buang air besar membaik

b. Intervensi Keperawatan

SIKI: Manajemen Konstipasi (*I.04155*)

- 1) Identifikasi faktor resiko konstipasi (diet rendah serat).
Rasional: Untuk mengetahui faktor-faktor resiko konstipasi pada pasien
- 2) Observasi bising usus, karakteristik feses (konsistensi, bentuk, frekuensi dan warna). Rasional: Memantau karakteristik feses, BAB yang keras menjadi salah satu tanda konstipasi
- 3) Anjurkan diet tinggi serat. Rasional: Nutrisi tinggi serat untuk melancarkan eliminasi fekal
- 4) Anjurkan peningkatan asupan cairan, *jika tidak ada kontraindikasi*. Rasional: Untuk melunakkan feses
- 5) Latih buang air besar secara teratur. Rasional: Untuk mencegah konstipasi
- 6) Kolaborasi penggunaan obat pencahar. Rasional: Untuk melunakkan feses

3.5 Implementasi

1. Diagnosa Keperawatan: Hipovolemia berhubungan dengan Peningkatan Permeabilitas Kapiler (SDKI, 2016 (D.0023))

Pelaksanaan rencana keperawatan yang telah diimplementasikan kepada An.V hari pertama pada tanggal 10 Maret 2020 pukul 22.00 WIB – 06.00 WIB adalah melakukan observasi tanda dan gejala hipovolemia (tekanan darah menurun 95/60 mmHg frekuensi nadi meningkat 115x/menit, membran mukosa kering, hematokrit meningkat 47%), memonitor hasil laboratorium: hematokrit 47% dan trombosit 65.000, menghitung *intake* dan *output* pasien dengan total balance cairan + 150 cc, menganjurkan keluarga untuk memberi minum air putih yang banyak, dan memberikan cairan infus Asering 2000ml/24jam.

Implementasi yang dilakukan kepada An.V hari kedua pada tanggal 11 Maret 2020 pukul 22.00 WIB – 06.00 WIB adalah melakukan observasi tanda dan gejala hipovolemia (tekanan darah 98/60 mmHg frekuensi nadi 104x/menit, membran mukosa kering, hematokrit 45%), memonitor hasil laboratorium: hematokrit 45% dan trombosit 140.000, menghitung *intake* dan *output* pasien dengan total balance cairan + 150 cc, menganjurkan keluarga untuk memberi minum air putih yang banyak, dan melanjutkan pemberian cairan infus Asering 2000ml/24jam.

Implementasi yang dilakukan kepada An.V hari ketiga pada tanggal 12 Maret 2020 pukul 07.00 WIB – 14.00 WIB adalah melakukan observasi tanda dan gejala hipovolemia (tekanan darah 105/69 mmHg frekuensi nadi 93x/menit, membran mukosa lembab), merencanakan cek DL ulang,

menghitung *intake* dan *output* pasien dengan total balance cairan + 100 cc, menganjurkan keluarga untuk memberi minum air putih yang banyak, dan melanjutkan pemberian cairan infus Asering 2000ml/24jam.

Implementasi yang dilakukan kepada An.V hari keempat pada tanggal 13 Maret 2020 pukul 07.00 WIB – 14.00 WIB adalah melakukan observasi tanda dan gejala hipovolemia (tekanan darah 109/70 mmHg frekuensi nadi 85x/menit, membran mukosa lembab), melakukan cek DL, menghitung *intake* dan *output* pasien dengan total balance cairan + 150 cc, menganjurkan keluarga untuk memberi minum air putih yang banyak, dan pasien direncanakan KRS besok

2. Diagnosa Keperawatan: Resiko Perdarahan dengan Faktor Resiko Gangguan Koagulasi (SDKI, 2016 (D.0012))

Pelaksanaan rencana keperawatan yang telah diimplementasikan kepada An.V hari pertama pada tanggal 10 Maret 2020 pukul 22.00 WIB – 06.00 WIB adalah melakukan monitoring tanda dan gejala perdarahan (tampak bintik-bintik kemerahan pada kedua tungkai bawah), memonitoring hasil trombosit 65.000, menganjurkan pasien untuk tetap *bedrest*, menjelaskan pada keluarga tanda dan gejala perdarahan (adanya ptekie)

Implementasi yang dilakukan kepada An.V hari kedua pada tanggal 11 Maret 2020 pukul 22.00 WIB – 06.00 WIB adalah melakukan monitoring tanda dan gejala perdarahan (tampak bintik-bintik kemerahan pada kedua tungkai bawah), memonitoring hasil trombosit 140.000, menganjurkan pasien untuk tetap *bedrest*, menjelaskan pada keluarga tanda dan gejala perdarahan (masih terdapat ptekie)

Implementasi yang dilakukan kepada An.V hari ketiga pada tanggal 12 Maret 2020 pukul 07.00 WIB – 14.00 WIB adalah melakukan monitoring tanda dan gejala perdarahan (bintik-bintik kemerahan pada kedua tungkai bawah berkurang), merencanakan cek DL ulang, menganjurkan pasien untuk tetap *bedrest*, menjelaskan pada keluarga tanda dan gejala perdarahan (ptekie berkurang)

Implementasi yang dilakukan kepada An.V hari keempat pada tanggal 13 Maret 2020 pukul 07.00 WIB – 14.00 WIB adalah melakukan monitoring tanda dan gejala perdarahan (ptekie tidak ada), melakukan cek DL, menganjurkan pasien untuk tetap *bedrest*, menjelaskan pada keluarga tanda dan gejala perdarahan (ptekie sudah hilang/ tidak nampak)

3. Diagnosa Keperawatan: Hipertermia berhubungan dengan Proses Penyakit (Infeksi virus dengue (viremia) (SDKI, 2016 (D.0160))

Pelaksanaan rencana keperawatan yang telah diimplementasikan kepada An.V hari pertama pada tanggal 10 Maret 2020 pukul 22.00 WIB – 06.00 WIB adalah memonitoring suhu tubuh pasien 38,4 C, memonitor hasil laboratorium: leukosit 1,31 u/L, warna kulit kemerahan dan suhu kulit hangat, memberikan kompres dingin dan menganjurkan keluarga memberikan kompres dingin pada pasien serta melonggarkan pakaian, menganjurkan tirah baring, dan memberikan terapi obat sanmol 500mg/iv.

Implementasi yang dilakukan kepada An.V hari kedua pada tanggal 11 Maret 2020 pukul 22.00 WIB – 06.00 WIB adalah memonitoring suhu tubuh pasien 37,7 C, memonitoring hasil laboratorium: leukosit 3,84 u/L, warna kulit kemerahan dan suhu kulit hangat, menganjurkan keluarga tetap

memberikan kompres dingin pada pasien dan melonggarkan pakaian, menganjurkan tirah baring, serta melanjutkan pemberian terapi obat sanmol 500mg/iv.

Implementasi yang dilakukan kepada An.V hari ketiga pada tanggal 12 Maret 2020 pukul 07.00 WIB – 14.00 WIB adalah memonitoring suhu tubuh pasien 36,5 C, warna kulit kemerahan dan suhu kulit hangat, melonggarkan pakaian, menganjurkan tirah baring, serta menghentikan pemberian terapi obat sanmol 500mg/iv.

4. Diagnosa Keperawatan: Konstipasi berhubungan dengan Ketidakteraturan Kebiasaan Defekasi (SDKI, 2016 (D.0049))

Pelaksanaan rencana keperawatan yang telah diimplementasikan kepada An.V hari pertama pada tanggal 10 Maret 2020 pukul 22.00 WIB – 06.00 WIB adalah mengidentifikasi faktor resiko konstipasi (pasien tidak suka sayur-sayuran, hanya suka beberapa buah-buahan yang tidak asam, dan punya kebiasaan BAB tidak teratur), mengobservasi bising usus 10x/menit, karakteristik feses (BAB terakhir 6 hari yang lalu konsistensi keras), menganjurkan diet tinggi serat, menganjurkan peningkatan asupan cairan, melatih pasien untuk buang air besar secara teratur, melakukan kolaborasi penggunaan obat pencahar.

Implementasi yang dilakukan kepada An.V hari kedua pada tanggal 11 Maret 2020 pukul 22.00 WIB – 06.00 WIB adalah mengidentifikasi faktor resiko konstipasi (pasien tidak suka sayur-sayuran, hanya suka beberapa buah-buahan yang tidak asam, dan punya kebiasaan BAB tidak teratur), mengobservasi bising usus 13x/menit, karakteristik feses (pasien

sudah bisa BAB konsistensi lembek), menganjurkan diet tinggi serat, menganjurkan peningkatan asupan cairan, melatih pasien untuk buang air besar secara teratur.

3.6 Evaluasi

Setelah dilakukan intervensi dan implementasi pada An.V dengan diagnosa medis Dengue Haemmoragic Fever (DHF), penulis melakukan evaluasi selama proses keperawatan tersebut sebagai berikut:

1. Diagnosa Keperawatan: Hipovolemia berhubungan dengan Peningkatan Permeabilitas Kapiler (SDKI, 2016 (D.0023))

Evaluasi keperawatan yang dilakukan kepada An.V hari pertama pada tanggal 10 Maret 2020 pukul 22.00 WIB – 06.00 WIB didapatkan masalah hipovolemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler belum teratasi yang ditandai dengan keadaan pasien lemas, TD. 98/60 mmHg, N. 107x/menit, S. 38,0 C, RR. 20x/menit, membran mukosa kering, tampak adanya ptekie di kedua tungkai bawah, balance cairan + 150 cc, hasil laboratorium: hematokrit 47% dan trombosit 65.000. Dari hasil data tersebut membuktikan bahwa masalah hipovolemia belum teratasi dan perawat harus tetap melanjutkan intervensi.

Evaluasi keperawatan yang dilakukan kepada An.V hari kedua pada tanggal 11 Maret 2020 pukul 22.00 WIB – 06.00 WIB didapatkan masalah hipovolemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler belum teratasi yang ditandai dengan keadaan pasien lemas, TTV: TD. 98/65 mmHg, N. 103x/menit, S. 37,3C, RR. 20x/menit, membran mukosa kering, tampak adanya ptekie di kedua tungkai bawah, balance cairan + 150 cc,

hasil laboratorium: hematokrit 45% dan trombosit 140.000. Dari hasil data tersebut membuktikan bahwa masalah hipovolemia belum teratasi dan perawat harus tetap melanjutkan intervensi

Evaluasi keperawatan yang dilakukan kepada An.V hari ketiga pada tanggal 12 Maret 2020 pukul 07.00 WIB – 14.00 WIB didapatkan masalah hipovolemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler teratasi sebagian yang ditandai dengan keadaan pasien lemas, bintik-bintik kemerahan pada kedua tungkai mulai berkurang, TTV: TD. 103/70 mmHg, N.89x/menit S. 36,5 C, RR. 20x/menit, membran mukosa lembab, balance cairan + 100 cc. Dari hasil data tersebut membuktikan bahwa masalah hipovolemia teratasi sebagian dan perawat harus tetap melanjutkan intervensi serta direncanakan untuk cek ulang DL pada tanggal 13 Maret 2020

Evaluasi keperawatan yang dilakukan kepada An.V hari keempat pada tanggal 13 Maret 2020 pukul 07.00 WIB – 14.00 WIB didapatkan masalah hipovolemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler teratasi sebagian yang ditandai dengan keadaan pasien lemas, TTV: TD. 105/71 mmHg, N. 80 x/menit, S. 36,7 C, RR. 20x/menit, membran mukosa lembab, bintik-bintik kemerahan (ptekie) sudah hilang/tidak nampak, balance cairan + 150 cc. Dari hasil data tersebut membuktikan bahwa masalah hipovolemia teratasi sebagian dan perawat harus tetap melanjutkan intervensi serta pasien direncanakan KRS pada tanggal 14 Maret 2020

2. Diagnosa Keperawatan: Resiko Perdarahan dengan Faktor Resiko Gangguan Koagulasi (SDKI, 2016 (D.0012))

Evaluasi keperawatan yang dilakukan kepada An.V hari pertama pada tanggal 10 Maret 2020 pukul 22.00 WIB – 06.00 WIB didapatkan masalah resiko perdarahan belum teratasi yang ditandai dengan adanya bintik-bintik kemerahan pada kedua tungkai bawah, hasil laboratorium: trombosit 65.000. Dari hasil data tersebut membuktikan bahwa masalah resiko perdarahan belum teratasi dan perawat harus tetap melanjutkan intervensi.

Evaluasi keperawatan yang dilakukan kepada An.V hari kedua pada tanggal 11 Maret 2020 pukul 22.00 WIB – 06.00 WIB didapatkan masalah resiko perdarahan belum teratasi yang ditandai dengan adanya bintik-bintik kemerahan pada kedua tungkai bawah, hasil laboratorium: trombosit 140.000. Dari hasil data tersebut membuktikan bahwa masalah resiko perdarahan belum teratasi dan perawat harus tetap melanjutkan intervensi.

Evaluasi keperawatan yang dilakukan kepada An.V hari ketiga pada tanggal 12 Maret 2020 pukul 07.00 WIB – 14.00 WIB didapatkan masalah resiko perdarahan teratasi sebagian yang ditandai dengan bintik-bintik kemerahan pada kedua tungkai bawah yang sudah berkurang. Dari hasil data tersebut membuktikan bahwa masalah resiko perdarahan teratasi sebagian dan perawat harus tetap melanjutkan intervensi serta merencanakan cek DL ulang pada tanggal 13 Maret 2020

Evaluasi keperawatan yang dilakukan kepada An.V hari keempat pada tanggal 13 Maret 2020 pukul 07.00 WIB – 14.00 WIB didapatkan masalah resiko perdarahan pasien teratasi yang ditandai dengan ptekie sudah hilang/

tidak nampak. Dari hasil data tersebut membuktikan bahwa masalah resiko perdarahan sudah teratasi sehingga intervensi dihentikan dan segera lakukan interpretasi hasil laboratorium apabila sudah keluar. Pasien direncanakan KRS pada tanggal 14 Maret 2020

3. Diagnosa Keperawatan: Hipertermia berhubungan dengan Proses Penyakit (Infeksi virus dengue (viremia) (SDKI, 2016 (D.0160))

Evaluasi keperawatan yang dilakukan kepada An.V hari pertama pada tanggal 10 Maret 2020 pukul 22.00 WIB – 06.00 WIB didapatkan masalah hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (infeksi virus dengue (viremia)) belum teratasi yang ditandai dengan suhu tubuh pasien 38,0 C, warna kulit kemerahan dan suhu kulit hangat, serta hasil laboratorium: leukosit 1,31 u/L. Dari hasil data tersebut membuktikan bahwa masalah hipertermi belum teratasi dan perawat harus tetap melanjutkan intervensi.

Evaluasi keperawatan yang dilakukan kepada An.V hari kedua pada tanggal 11 Maret 2020 pukul 22.00 WIB – 06.00 WIB didapatkan masalah hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (infeksi virus dengue(viremia)) teratasi sebagian yang ditandai dengan suhu tubuh pasien 37,3 C, warna kulit kemerahan dan suhu kulit hangat, serta hasil laboratorium: leukosit 3,84 u/L. Dari hasil data tersebut membuktikan bahwa masalah hipertermi sudah teratasi sebagian dan perawat harus tetap melanjutkan intervensi.

Evaluasi keperawatan yang dilakukan kepada An.V hari ketiga pada tanggal 12 Maret 2020 pukul 07.00 WIB – 14.00 WIB didapatkan masalah hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (infeksi virus

dengue(viremia)) sudah teratasi yang ditandai dengan suhu tubuh pasien 36,5 C, warna kulit kemerahan dan suhu kulit hangat. Dari hasil data tersebut membuktikan bahwa masalah hipertermi sudah teratasi sehingga intervensi dihentikan.

4. Diagnosa Keperawatan: Konstipasi berhubungan dengan Ketidakteraturan Kebiasaan Defekasi (SDKI, 2016 (D.0049))

Evaluasi keperawatan yang dilakukan kepada An.V hari pertama pada tanggal 10 Maret 2020 pukul 22.00 WIB – 06.00 WIB didapatkan masalah konstipasi berhubungan dengan ketidakteraturan kebiasaan defekasi belum teratasi yang ditandai dengan bising usus 10x/menit, BAB terakhir 6 hari yang lalu konsistensi keras). Dari hasil data tersebut membuktikan bahwa masalah konstipasi belum teratasi dan perawat harus tetap melanjutkan intervensi.

Evaluasi keperawatan yang dilakukan kepada An.V hari kedua pada tanggal 11 Maret 2020 pukul 22.00 WIB – 06.00 WIB didapatkan masalah konstipasi berhubungan dengan ketidakteraturan kebiasaan defekasi sudah teratasi yang ditandai dengan bising usus 13x/menit, pasien sudah bisa BAB konsistensi lembek. Dari hasil data tersebut membuktikan bahwa masalah konstipasi sudah teratasi sehingga intervensi dihentikan.

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab 4 akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada An. V Usia 6 Tahun dengan diagnosa medis Dengue Haemmoragic Fever Grade 2 di Ruang Pediatric Rumah Sakit Premier Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 10 Maret 2020 sampai dengan 14 Maret 2020. Melalui metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek di lapangan. Pembahasan terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan dari tahap pengkajian, diagnosis, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

4.1.1 Identitas

Berdasarkan data yang didapatkan pasien bernama “An V” usia 6 tahun. Pasien adalah anak kedua dari Tn. E usia 48 tahun dan Ny.F usia 46 tahun. Pasien tinggal bersama kedua orangtuanya di Surabaya. Menurut Rahma, (2011) Demam Berdarah Dengue (DBD) dapat menyerang semua jenis kelompok usia, tidak membedakan dan tidak berpengaruh pada usia seseorang. Analisa penulis berdasarkan pengkajian yang didapat bahwa penyakit Dengue Haemmoragic Fever juga dapat menyerang pada usia anak yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti*. Kelompok anak merupakan salah satu kelompok rentan. Daya tahan tubuh pada kelompok anak masih rendah daripada kelompok lainnya. Perlu adanya pengawasan dari orangtua dalam perkembangan penyakit ini. Menurut Nasution, (2010) penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) sering terjadi di daerah tropis dan muncul pada saat musim penghujan. Hujan menyebabkan udara

yang lembab dan pada saat itu organisme akan tumbuh dengan subur dan menyebar cepat. Selain itu, pada musim penghujan akan sering ditemui genangan-genangan air dimana nyamuk *aedes aegypti* dapat berkembang biak.

4.1.2 Keluhan Utama

Keluhan utama pasien masuk rumah sakit adalah ibu pasien mengatakan bahwa anaknya mengalami demam naik turun hari ke 3 dan ada bintik bintik kemerahan (ptekie) dikedua tungkai bawah. Menurut Susilaningrum, dkk (2013) Demam Berdarah (DBD) pada anak dapat menunjukkan gejala demam tinggi dan mendadak disertai sakit kepala, nyeri sendi atau otot, mual dan muntah. Analisa penulis An.V juga mengalami demam, mual dan muntah yang gejalanya sama dengan gejala DHF dan kemungkinan pasien mengalami DHF. Menurut Herdman, (2012) pada penyakit DBD terjadi peningkatan pada permeabilitas dinding kapiler yang mengakibatkan adanya perembesan atau kebocoran plasma dan berkurangnya volume plasma yang secara otomatis juga berpengaruh pada jumlah trombosit, dimana nilai trombosit berkurang. Selain itu, menimbulkan hemokonsentrasi dan penurunan tekanan darah. Respon pertama yang terjadi setelah virus masuk ke dalam tubuh antara lain demam, sakit kepala, nyeri otot, mual dan muntah hingga pada beberapa kasus juga dijumpai adanya bintik-bintik merah pada kulit (ptekie).

An.V mengalami demam naik turun pada hari ke-3, menurut Susilaningrum, dkk (2013) Demam Berdarah (DBD) pada anak dapat menunjukkan gejala demam tinggi dan mendadak. Analisa penulis ibu pasien mengatakan bahwa An.V mengalami demam naik turun dan kemungkinan sebelumnya An.V juga mengalami demam mendadak. Demam naik turun yang

dialami oleh An.V kemungkinan dikarenakan sebelumnya pasien telah mengkonsumsi obat penurun panas (ibuprofen) dari klinik sebelum An.V dibawa ke rumah sakit. Menurut Murwani, (2011) virus dengue yang telah masuk ke tubuh akan menimbulkan viremia. Hal tersebut akan menimbulkan reaksi oleh pusat pengatur suhu di hipotalamus yang menyebabkan (pelepasan zat bradikinin, serotonin, trombin, histamin) sehingga terjadi peningkatan suhu (demam). Pola demam pada DHF adalah demam tinggi yang mendadak hingga 39°C yang berlangsung 3 hari pertama, demam kemudian akan berulang atau membentuk gambaran “pelana kuda” pada hari ke 4-5. Pada fase ini dinamakan fase kritis karena seringkali terjadi syok berat pada penderita, gangguan pada pembuluh darah, trombosit, dan faktor pembekuan darah. Sedangkan pada hari ke 6-7 terjadi fase penyembuhan (Kurniawati, 2015).

Ibu An.V mengatakan tampak adanya ptekie pada kedua tungkai bawah pasien. Menurut Ngastiyah, (2014) gejala perdarahan dapat muncul pada pasien DHF dimulai dari yang paling ringan berupa perdarahan dibawah kulit (ptekia atau ekimosis), perdarahan gusi, epistaksis, sampai perdarahan yang hebat berupa muntah darah akibat perdarahan lambung, melena, dan juga hematuria massif. Analisa penulis An.V mengalami ptekie pada tungkai bawah kemungkinan bisa terjadi dikarenakan An.V sudah dikasih ibuprofen. Selain itu, juga dikarenakan adanya peningkatan permeabilitas kapiler yang sering ditemukan pada pasien DHF. Menurut Soedarto (2012) bahwa bintik-bintik kemerahan (ptekie) timbul akibat adanya peningkatan permeabilitas kapiler yang menyebabkan agregasi trombosit, yang kemudian mengaktifasi koagulasi melalui kerusakan endotel pembuluh darah sehingga jumlah trombosit di vaskuler/ pembuluh darah

berkurang (terjadi trombositopenia) dan pada pasien ditemukan petekie sebagai manifestasi dari gejala perdarahan yang sering ditemukan pada pasien DHF.

4.1.3 Riwayat Sekarang

Pada tinjauan kasus didapatkan bahwa ibu pasien mengatakan An. V demam sejak hari Selasa. Oleh ibu, An.V diberi ibuprofen dan dikompres. Menurut Rachmawati, Elfian (2012) Penggunaan ibuprofen dikontraindikasikan dalam menangani kasus DBD karena ibuprofen dapat menyebabkan perdarahan pada lambung dan mengganggu proses pembekuan darah. Analisa penulis An.V mengalami demam naik turun dikarenakan sebelumnya telah diberi ibuprofen dan pada saat dikaji An.V sudah ditemukan adanya tanda-tanda perdarahan seperti petekie pada tungkai bawah, namun An.V belum sampai mengalami perdarahan yang hebat.

An.V mengalami mual dan muntah sebanyak 2x. Menurut Ngastiyah (2014) penyakit DBD juga ditandai dengan adanya mual dan muntah pada anak. Adanya peningkatan permeabilitas plasma menandakan adanya kebocoran plasma dari intravaskuler ke ekstrasvaskular dan menyebabkan peningkatan pada tekanan intra abdominal. Mual muntah dialami oleh penderita DBD dapat menyebabkan perubahan rasa kecap sehingga mempengaruhi pola makan penderita menjadi menurun (anoreksia). Analisa penulis An.V mengalami mual dan muntah sesuai dengan karakteristik yang biasanya ditemukan pada pasien DHF.

Ibu mengatakan An.V juga mengalami batuk pilek. Menurut Susilaningrum, dkk (2013) Demam Berdarah (DBD) pada anak dapat menunjukkan gejala demam tinggi dan mendadak disertai sakit kepala, nyeri sendi atau otot, mual dan muntah. Gejala khas DBD berupa perdarahan pada kulit atau tanda perdarahan

lainnya seperti purpura, perdarahan konjungtiva, epistaksis, ekimosis, perdarahan mukosa, perdarahan gusi, hematemesis, melena. Analisa penulis An.V mengalami batuk dan pilek bukan disebabkan oleh penyakit DHF, kemungkinan batuk pilek pada An.V disebabkan dari adanya riwayat influenza/ ISPA yang dialami oleh pasien.

4.1.4 Riwayat Masa Lampau

Riwayat pada masa lampau pasien didapatkan data bahwa ibu pasien mengatakan An. V sebelumnya tidak pernah dirawat di rumah sakit dan sakit yang pernah diderita sewaktu kecil hanya batuk, pilek, panas dan radang tenggorokan. Menurut Mukono, H. J (2014) gejala penyakit infeksi saluran pernafasan atas (ISPA) antara lain: pusing, mual, batuk, sesak nafas, sakit tenggorokan, pilek. Analisa penulis An.V memiliki riwayat infeksi pada saluran pernafasan kemungkinan dikarenakan penyakit ISPA yang merupakan penyakit tunggal bukan penyakit yang menjadi dasar terjadinya Haemmoragic Dengue Fever pada pasien.

4.1.5 Kebutuhan Dasar

1. Pola Nutrisi

Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan, sebelum MRS Ibu An.V mengatakan An.V makan 2-3 kali sehari, An.V menyukai menu Indonesia, tidak suka makan sayur dan hanya suka beberapa buah saja, tidak suka buah yang rasanya asam. Ibu An.V mengatakan An. V sulit minum air putih. Saat MRS Ibu An.V mengatakan An.V makan 3 kali sehari dan makan habis 1/2 porsi setiap kali makan. Ibu An.V mengatakan An.V sulit untuk minum air putih. Menurut Prabowo, Rafik (2012) Anak dengan DHF dapat mengalami anoreksia, mual,

dan muntah . Analisa penulis An.V juga mengalami mual, mual dan penurunan nafsu makan dimana dalam sehari An.V hanya mampu menghabiskan ½ porsi saja setiap kali makan. Menurut Gumala, dkk (2015) selera makan sangat dipengaruhi oleh kondisi pasien yang pada umumnya mengalami rasa tidak senang, rasa takut dan sedih karena penyakit yang dideritanya. Hal tersebut yang akhirnya menyebabkan pasien kehilangan nafsu makan, rasa mual dan muntah. Apabila kondisi ini berlanjut dan tidak disertai dengan pemenuhan nutrisi yang mencukupi, maka anak akan mengalami penurunan berat badan sehingga status gizinya menjadi kurang (Prabowo, Rafik. 2012).

Selain faktor nutrisi, asupan cairan juga dibutuhkan dalam proses penyembuhan. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Puspita, dkk (2018) keseimbangan cairan dalam tubuh dapat dipengaruhi oleh jumlah cairan yang masuk dan keluar, asupan tersebut dapat berasal dari sumber makanan dan minuman yang dikonsumsi. Perlu adanya dukungan keluarga dalam memotivasi pasien untuk dapat mempertahankan asupan cairan dan makanan yang dikonsumsi sehingga mempercepat proses pemulihan pada pasien dan mencegah kondisi pasien ke syok (Hypovolemia).

2. Pola Tidur

Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan, sebelum MRS ibu An.V mengatakan An.V mempunyai kebiasaan tidur di ruang yang gelap, An.V selalu tidur dengan benda kesayangan berupa guling kecil berwarna pink. Saat MRS ibu An.V mengatakan mematikan lampu sebelum An.V tidur dan An.V memeluk benda kesayangan berupa guling kecil berwarna pink saat tidur. Menurut Arbianingsih (2011) rata-rata lama tidur pada anak usia pra-sekolah sekitar 11-13

jam sehari. Analisa penulis waktu tidur An.V selama di RS cukup dibuktikan dengan An.V yang tidak mengeluhkan susah tidur. Hal tersebut kemungkinan dikarenakan pasien nyaman dengan lingkungan sekitarnya karena dapat tidur dengan benda kesayangan dan mematikan lampu terlebih dahulu sebelum tidur. Selain itu, pada saat melakukan tindakan keperawatan An.V tampak kooperatif dan tidak rewel.

3. Pola Aktivitas/Bermain

Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan, sebelum MRS ibu An.V mengatakan An.V mempunyai teman dekat baik di sekolah maupun disekitar rumah, kegiatan harian yang biasanya dilakukan An.V adalah sekolah dan bermain. An.V jarang bermain keluar rumah karena sudah capek sepulang sekolah. Saat MRS ibu An.V mengatakan An.V hanya tidur dan tidak melakukan aktivitas apapun. Menurut penelitian yang dilakukan Daryani, Shinta (2016) istirahat atau badrest yang cukup dapat membantu tubuh kembali fresh. Analisa penulis An.V tampak tidur dan bedrest dikarenakan An.V membutuhkan tidur dan istirahat yang cukup sehingga dapat mempercepat proses penyembuhan dan dengan membatasi gerak/aktivitas yang dilakukan hanya ditempat tidur dapat mencegah adanya perdarahan terutama pada pasien DHF.

4. Pola Eliminasi

Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan, saat MRS ibu An.V mengatakan untuk hari ini anaknya sudah BAK 4x (350cc) dan masih belum BAB menurut Irianto (2014) keseimbangan cairan dalam tubuh dipengaruhi oleh jumlah asupan cairan (input) dan pengeluaran (output). Asupan cairan yang masuk dalam tubuh berasal dari sumber makanan dan minuman, cairan yang dibutuhkan oleh

tubuh dalam 24 jam antara 1800 ml – 2500 ml. Sedangkan pengeluaran (output) di dapatkan dalam bentuk urin 1200 ml – 1500 ml/hari, pengeluaran feses 100 ml/hari, serta pengeluaran melalui kulit Insensible Water Loss (IWL) 600ml-800ml. Analisa penulis dengan kenaikan suhu yang dialami An.V maka kemungkinan EWL akan naik sehingga dengan adanya kehilangan cairan permeabilitas dan EWL, balance cairan pada pasien masihimbang dibuktikan dengan rentang TD yang masih bagus yakni 35 (normal > 30) dimana pada saat dikaji didapatkan TD. 95/60 mmHg. Hal tersebut menunjukkan bahwa pasien masih mampu mengganti kompensasi hilangnya cairan akibat peningkatan permeabilitas. Menurut Saputra, L (2013) ginjal merupakan organ pertama yang sangat berperan dalam mengatur keseimbangan cairan dan elektrolit. Ginjal menerima sekitar 170 liter darah per hari untuk kemudian disaring menjadi urine. Penyaringan darah terjadi di dalam glomerulus, satu liter darah disaring dalam glomerulus, 10%-nya disaring keluar. Cairan yang tersaring disalurkan ke tubulus renalis. Sel-sel dalam tubulus renalis menyerap semua bahan yang dibutuhkan tubuh. Sisa cairan yang tidak terserap akan dikeluarkan dalam bentuk urine.

Sebelum MRS ibu An.V mengatakan belum BAB 6 hari, pasien mempunyai kebiasaan BAB tidak teratur, terakhir BAB hari Rabu tanggal 4 Maret 2020. Menurut Maharani, dkk (2018) manifestasi perdarahan yang sering terjadi pada anak dengan infeksi dengue berat bisa disebabkan karena trombositopenia, menurunnya fungsi trombosit dan menurunnya faktor koagulasi menyebabkan terjadinya perdarahan hebat terutama perdarahan saluran cerna. Analisa penulis pada pengkajian BAB An.B tidak ada warna, namun pada

implementasi setelah hari ke-1 didapatkan data bahwa pasien sudah bisa BAB dengan feses berwarna kuning. Hal tersebut menunjukkan bahwa belum adanya perdarahan pada saluran pencernaan akibat penurunan trombosit yang dialami oleh pasien.

4.1.6 Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum dan Tanda-Tanda Vital

Keadaan umum pasien tampak lemas, kesadaran composmentis, akral hangat kemerahan. Saat diobservasi pada tanggal 10 Maret 2020 pukul 22.00 WIB tanda-tanda vital pasien: TD = 95/60 mmHg N = 115x/menit RR = 20x/menit S = 38,6 C TB/BB : 118 cm/ 20 kg. Menurut Setiawati, (2011) Dengue Shock Syndrome (DSS) merupakan syok hipovolemik yang dapat mengakibatkan gangguan sirkulasi dan membuat penderita tidak sadar karena hilangnya cairan plasma. DSS terjadi pada penderita DBD derajat III dan IV dengan tanda klinis adanya hipotermi, nyeri perut, muntah dan pasien gelisah. Pada derajat III terdapat tanda-tanda terjadinya syok (DSS) meliputi nadi cepat dan lemah, tekanan darah menurun, gelisah, sianosis sekitar mulut, kulit teraba dingin dan lembab, terutama pada ujung hidung, jari tangan dan kaki, sedangkan pada DBD derajat IV pasien mengalami syok dan terjadi penurunan kesadaran, nadi tidak teraba dan tekanan darah tidak terukur. Analisa penulis An.V belum mengalami syok sesuai dengan tanda gejala dengue shock syndrome (DSS) meskipun tekanan darah pasien menurun dan nadi cepat teraba kuat. An.V mengalami DHF grade 2 dengan tanda gejala demam tinggi (S. 38,6 C), akral hangat kemerahan, kesadaran composmentis, dan ditemukan adanya perdarahan spontan (ptekie di tungkai bawah) (Wijaya dan Putri, 2013).

2. Pemeriksaan Kepala dan Rambut

Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan didapatkan data pada pemeriksaan kepala dan rambut An.V yaitu bentuk mata simetris, tidak ada lesi, rambut tampak bersih, distribusi merata, berwarna hitam, halus dan tidak mudah rontok, tidak ada penonjolan maupun pembengkakan. Menurut Kemenkes RI, (2016) pada pasien DHF disertai dengan gejala-gejala tidak khas seperti nyeri kepala, nyeri otot dan tulang, ruam kulit atau nyeri belakang bola mata. Analisa penulis An.V tidak ditemukan adanya keluhan nyeri kepala sesuai dengan gejala tidak khas yang sering ditemukan pada pasien DHF.

3. Mata

Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan didapatkan data pada pemeriksaan mata An.V yaitu gerakan bola tampak simetris antara mata kanan dan kiri, sclera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis. Menurut Ngastiyah, (2014) gejala khas DHF berupa perdarahan pada kulit atau tanda perdarahan lainnya seperti perdarahan konjungtiva. Analisa penulis An.V belum mengalami perdarahan konjungtiva sesuai dengan gejala khas yang sering ditemukan pada pasien DHF dengan konjungtiva pasien tidak anemis dan Hb yang masih dalam batas normal (Hb 12,3 g/dl).

4. Hidung

Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan didapatkan data pada pemeriksaan hidung An.V yaitu hidung tampak simetris antara kanan dan kiri, hidung tidak ada lesi, tidak ada polip dan tidak ada mimisan. Menurut Ngastiyah, (2014) gejala khas DHF berupa perdarahan pada kulit atau tanda perdarahan lainnya seperti epistaksis/ mimisan. Analisa penulis An.V belum mengalami

perdarahan pada hidung/ epistaksis sesuai dengan gejala khas yang sering ditemukan pada pasien DHF

5. Telinga

Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan didapatkan data pada pemeriksaan telinga An.V yaitu telinga tampak simetris antara kanan dan kiri, tidak ada lesi, telinga tampak bersih, fungsi pendengaran baik, dan tidak ada perdarahan. Menurut Ngastiyah, (2014) gejala khas DHF berupa perdarahan pada kulit atau tanda perdarahan lainnya seperti adanya perdarahan pada telinga. Analisa penulis An.V belum mengalami perdarahan pada telinga sesuai dengan gejala khas yang sering ditemukan pada pasien DHF

6. Mulut dan Tenggorokan

Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan didapatkan data pada pemeriksaan mulut dan tenggorokan An.V yaitu membran mukosa tampak kering, bibir pecah-pecah, tidak ada sariawan, gusi tidak berdarah, tidak ada caries gigi. Menurut Ngastiyah, (2014) gejala khas DHF berupa perdarahan pada kulit atau tanda perdarahan lainnya seperti purpura, perdarahan konjungtiva, epistaksis, ekimosis, perdarahan mukosa, perdarahan gusi, hematemesis, melena. Analisa penulis An.V belum mengalami perdarahan pada gusi, dan belum perdarahan pada mukosa sesuai dengan gejala khas yang sering ditemukan pada pasien DHF

7. Tengkuluk dan Leher

Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan didapatkan data pada pemeriksaan tengkuluk dan leher An.V yaitu Tidak ada kemerahan pada daerah leher (ptekie), tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada pembesaran tiroid dan kelenjar getah bening. Menurut Ngastiyah, (2014) manifestasi perdarahan,

paling tidak terdapat uji torniket positif dan adanya salah satu bentuk perdarahan yang lain misalnya ptekia, ekimosis, epistaksis, perdarahan gusi, melena atau hematemesis. Analisa penulis An.V tidak ditemukan adanya ptekie pada leher.

8. Pemeriksaan Thorax/Dada

Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan didapatkan data pada pemeriksaan thorax/dada An.V yaitu pergerakan dada simetris, tidak tampak pernapasan cuping hidung dan tidak tampak penggunaan otot bantu nafas, taktil fremitus teraba sama kuat pada paru kanan kiri, suara nafas vesikuler, ronkhi -/- , wheezing -/-, perkusi terdengar sonor di semua lapangan paru. Pemeriksaan jantung didapatkan iktus cordis tidak tampak, TD=95/60mmHg, N = 115x/menit, nadi teraba kuat, CRT < 2 detik, suara S1 dan S2 murni, tidak ada suara nafas tambahan dan perkusi pekak. Menurut Ngastiyah, (2014) gejala syok pada anak antara lain anak menjadi lemah, ujung-ujung jari, telinga, hidung teraba dingin dan lembab. Denyut nadi terasa cepat, kecil dan tekanan darah menurun dengan tekanan sistolik 80 mmHg atau kurang. Analisa penulis An.V belum mengalami syok (hypovolemia).

9. Punggung

Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan didapatkan data pada pemeriksaan punggung An.V yaitu bentuk simetris, tidak ada kelainan bentuk punggung, tidak ada nyeri tekan, tidak ada nyeri ketuk dan tidak ditemukan adanya ptekie. Menurut Ngastiyah, (2014) manifestasi bentuk perdarahan pada pasien DHF selain terdapat uji torniket positif yaitu ditemukan adanya ptekia, ekimosis, epistaksis, perdarahan gusi, melena atau hematemesis. Analisa penulis An.V tidak ditemukan adanya ptekie pada punggung.

10. Pemeriksaan Abdomen

Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan didapatkan data pada pemeriksaan punggung An.V yaitu perut datar, hepar dan lien tidak teraba, bising usus 10x/menit, suara perkusi tympani. Menurut Ngastiyah, (2014) pada pasien DHF biasanya ditemukan adanya nyeri pada abdomen dan pembesaran hati/hepatomegali sudah dapat diraba sejak permulaan sakit. Analisa penulis hepar dan lien tidak teraba sehingga belum terjadi hepatomegali/spleinomegali pada pasien. Pasien juga tidak mengeluh nyeri pada abdomen, hanya mual dan muntah saja.

11. Pemeriksaan Kelamin dan Daerah Sekitarnya (Genetalia dan Anus)

Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan didapatkan data pada pemeriksaan kelamin, daerah genetalia dan anus An.V yaitu tidak ada kelainan pada anus, tidak ada melena pada BAB, tidak ada ruam pada daerah sekitar kelamin, kebersihan genetalia bersih, tidak ada benjolan, tidak ada pembesaran hemoroid. Penulis mengalami keterbatasan dalam melakukan pengkajian pada pola tidur pasien. Menurut Ngastiyah, (2014) manifestasi bentuk perdarahan pada pasien DHF dapat ditemukan adanya BAB hitam/ melena. Analisa penulis pasien belum mengalami perdarahan pada saluran cerna ditandai dengan BAB pasien normal/ tidak ada melena.

12. Pemeriksaan Muskuloskeletal

Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan didapatkan data pada pemeriksaan muskuloskeletal An.V yaitu pergerakan sendi bebas, kekuatan otot saat tangan dan kaki diberikan tekanan, An.V bisa melawan tekanan. Tangan kiri terpasang infus asering 2000 ml/24 jam.

13. Pemeriksaan Neurologi

Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan didapatkan data pada pemeriksaan neurologi An.V yaitu keadaan umum pasien lemah, kesadaran composmentis, GCS 456, tidak mempunyai riwayat kejang. Menurut Wijaya dan Putri, (2013) penurunan kesadaran dapat terjadi ketika pasien sudah mengalami syok. Analisa penulis GCS pasien composmentis dan pasien belum mengalami penurunan kesadaran yang merupakan salah satu manifestasi syok.

14. Pemeriksaan Integumen

Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan didapatkan data pada pemeriksaan neurologi An.V yaitu kulit pasien berwarna hangat kemerahan, turgor kulit tampak menurun, terpasang infus di tangan kiri, terdapat bintik-bintik kemerahan (ptekie) di kedua tungkai bawah. Menurut Ngastiyah, (2014) syok yang ditandai nadi lemah, cepat, disertai tekanan nadi yang menurun (menjadi 20 mmHg atau kurang), tekanan darah menurun (tekanan sistolik menurun sampai 80 mmHg atau kurang) disertai kulit yang teraba dingin dan lembab terutama pada ujung hidung, jari dan kaki, pasien menjadi gelisah, timbul sianosis disekitar mulut. Analisa penulis akral An.V hangat kemerahan sehingga An.V belum mengalami syok. Terdapat ptekie pada kedua tungkai bawah pasien sering ditemukan pada DHF grade 2. Klasifikasi derajat penyakit infeksi virus dengue menurut Nurarif dan Kusuma, (2015) selain adanya uji tourniquet positif, ditemukan adanya perdarahan spontan (ptekie).

4.1.7 Tingkat Perkembangan

An. V memiliki tahap perkembangan sesuai dengan usianya. An V tampak mempelajari pelajaran yang menurutnya tertinggal karena sakit. Menurut Jean Piaget tahap An.K adalah tahap operasional formal. Tahap dimana anak sudah mampu berpikir tingkat tinggi, seperti berpikir secara deduktif, induktif, menganalisis, mensintesis, mampu berpikir secara abstrak dan secara reflektif, serta mampu memecahkan berbagai masalah

4.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada tanggal 9 Maret 2020 didapatkan hasil laboratorium darah lengkap sebagai berikut: nilai hematocrit: 47 (35-45), nilai leukosit: 2270 (4000-10.500), nilai trombosit: 130.000 (150.000-450.000). Hasil pemeriksaan darah lengkap pada pasien dengan penyakit demam berdarah (DBD) menurut Wijayaningsih, (2013) meliputi: hemoglobin biasanya meningkat, apabila sudah terjadi perdarahan yang banyak dan hebat Hb biasanya menurun. Hematokrit meningkat 20% karena darah mengental dan terjadi kebocoran plasma. Trombosit biasanya menurun akan mengakibatkan trombositopenia kurang dari 100.000/ml. Leukosit mengalami penurunan dibawah normal. Penulis berasumsi bahwa jumlah hematokrit yang meningkat menandakan pengentalan darah dikarenakan adanya kebocoran pada plasma. Kebocoran plasma terjadi akibat pecahnya pembuluh kapiler yang menyebabkan cairan plasma darah keluar dari pembuluh darah ke jaringan di luar pembuluh darah, maka tubuh berupaya menutup celah tersebut dengan bantuan trombosit, sehingga kadar trombosit menjadi rendah. Sedangkan leukosit menurun menandakan bahwa ada virus yang masuk ke dalam tubuh yaitu virus dengue.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan Hipovolemia berhubungan dengan Peningkatan Permeabilitas Kapiler ditandai dengan adanya ptekie dikedua tungkai bawah, membran mukosa tampak kering, output urin menurun BAK 4x = 350 cc, sulit untuk disuruh minum air putih, TTV: TD = 95/60 mmHg, N = 115x/menit, S = 38,6 C, hematokrit 47% Platelet 65.000 (SDKI, 2016 (D.0023)) Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016) hipovolemia adalah penurunan cairan intravaskuler, interstisiel, dan/atau intraseluler. Analisa penulis sesuai dengan kriteria pada SDKI sehingga pasien diangkat masalah hipovolemia. Adanya peningkatan permeabilitas dinding kapiler/vaskuler mengakibatkan cairan dari intravaskuler keluar ke ekstrasvaskuler sehingga terjadinya perembesaran plasma dan pengurangan volume plasma.

Diagnosa Keperawatan Resiko Perdarahan dengan Faktor Resiko Gangguan Koagulasi ditandai dengan adanya bintik-bintik kemerahan di kedua tungkai bawah, Platelet: 65.000 (SDKI, 2016 (D.0012)) Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016) resiko perdarahan adalah berisiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi di dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh). Analisa penulis sesuai dengan kriteria pada SDKI sehingga pasien diangkat masalah resiko perdarahan. Adanya gangguan koagulasi/ proses pembekuan darah yang ditandai dengan nilai trombosit yang rendah dapat meningkatkan resiko perdarahan sehingga muncul pada pasien adanya bintik-bintik kemerahan (ptekie) pada hari ke 3 hingga dapat timbul perdarahan pada gusi dan mimisan apabila tidak segera mendapatkan penanganan.

Diagnosa Keperawatan Hipertermia berhubungan dengan Proses Penyakit (Infeksi virus dengue (viremia) ditandai dengan demam naik turun sudah 2 hari, S. 38,6 °C, N. 115x/menit, kulit teraba hangat dan kemerahan, Platelet: 65.000, Leukosit: 1,31 (SDKI, 2016 (D.0160)). Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016) hipertermia adalah suhu tubuh meningkat diatas rentang normal tubuh. Analisa penulis sesuai dengan kriteria pada SDKI sehingga pasien diangkat masalah hipertermia. Adanya virus dengue yang masuk kedalam tubuh dan berkembang biak di dalam peredaran darah sehingga menimbulkan respon imun/reaksi tubuh berupa demam yang tinggi.

Diagnosa Keperawatan Konstipasi berhubungan dengan Ketidakteraturan Kebiasaan Defekasi ditandai dengan BAB terakhir 6 hari yang lalu, kebiasaan BAB tidak teratur, tidak suka makan sayur, sulit minum air putih (maksimal 1 gelas saja/hari), hanya suka beberapa buah-buahan saja, bising usus 10x/ menit, feses tampak keras (SDKI, 2016 (D.0049)). Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016) konstipasi adalah penurunan defekasi normal yang disertai pengeluaran feses sulit dan tidak tuntas serta feses kering dan banyak. Analisa penulis sesuai dengan kriteria pada SDKI sehingga pasien diangkat masalah konstipasi. Adanya ketidakteraturan kebiasaan defekasi menimbulkan masalah pada BAB pasien.

4.3 Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan Hipovolemia berhubungan dengan Peningkatan Permeabilitas Kapiler ditandai dengan adanya ptekie dikedua tungkai bawah, membran mukosa tampak kering, output urin menurun BAK 4x = 350 cc, sulit untuk disuruh minum air putih, TTV: TD = 95/60mmHg, N = 115x/menit, S = 38,6 C, hematokrit 47%, platelet 65.000 (SDKI, 2016 (D.0023)). Setelah

dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan status cairan membaik dengan kriteria hasil: membran mukosa lembab, ptekie berkurang sampai hilang, balance cairan seimbang, TTV dalam batas normal: TD.120/80mmHg, N. 60-100x/menit, S. 36,5-37,5 C, hematokrit dalam batas normal (35-45%), trombosit meningkat (150.000-450.000/uL). Rencana keperawatan yang akan dilakukan kepada An.V meliputi: observasi tanda dan gejala hipovolemia (frekuensi nadi, membran mukosa, volume urine, hematokrit), monitor hasil laboratorim: hematokrit dan trombosit, monitor *intake* dan *output* pasien, anjurkan keluarga untuk memberi minum air putih yang banyak, kolaborasi pemberian cairan Asering. Menurut Ngastiyah (2014), menyebutkan bahwa penatalaksanaan pasien Dengue Haemmoragic Fever (DHF) agar tidak sampai terjadi syok maka pasien harus segera dilakukan pemasangan infus untuk memberikan cairan pada pasien melalui intravena sebagai pengganti cairan yang hilang akibat kebocoran plasma. Asupan cairan yang cukup dapat membantu meningkatkan pembentukan kadar hemoglobin, kadar trombosit dan meningkat kesembuhan pada pasien serta mencegah adanya syok hipovolemik (Puspita, 2018).

Diagnosa Keperawatan Resiko Perdarahan dengan Faktor Resiko Gangguan Koagulasi ditandai dengan adanya bintik-bintik kemerahan di kedua tungkai bawah, Platelet: 65.000 (SDKI, 2016 (D.0012)). Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tanda-tanda perdarahan berkurang, dengan kriteria hasil: trombosit membaik (150.000-450.000/uL), ptekie berkurang. Rencana keperawatan yang akan dilakukan kepada An.V meliputi: monitor tanda dan gejala perdarahan (ptekie), monitor hasil trombosit,

pertahankan *bedrest* selama perdarahan, jelaskan pada keluarga tanda dan gejala perdarahan, kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu. Menurut penelitian yang dilakukan Daryani, Shinta (2016) istirahat atau badrest yang cukup setidaknya 7 sampai 8 jam dapat membantu tubuh kembali fresh dan akan memproduksi lebih banyak trombosit serta mempercepat proses penyembuhan. Mengistirahatkan pasien/ *bedrest* yang dimaksud yaitu tidur yang cukup dan batasi aktivitas seperti jalan-jalan keluar bangsal atau turun dari tempat tidur lebih baik dikurangi sampai keadaan pulih.

Diagnosa Keperawatan Hipertermia berhubungan dengan Proses Penyakit (Infeksi virus dengue (viremia) ditandai dengan demam naik turun sudah 3 hari, S. 38,6 °C, N. 115x/menit, kulit teraba hangat dan kemerahan, Platelet: 65.000, Leukosit: 1,31 (SDKI, 2016 (D.0160)). Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan suhu tubuh kembali normal, dengan kriteria hasil: suhu tubuh membaik S : 36,5-37,5 C, takikardi menurun N : 60-100x/menit, warna dan suhu kulit membaik, leukosit dalam batas normal (4.000-11.000), trombosit dalam batas normal (150.000-450.000/uL). Rencana keperawatan yang akan dilakukan kepada An.V meliputi: monitor suhu tubuh, monitor warna dan suhu kulit, berikan kompres dingin, longgarkan pakaian, anjurkan tirah baring, kolaborasi pemberian antipiretik. Berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Anisa, Kurnia (2019) kompres hangat lebih efektif dalam menurunkan suhu tubuh dibandingkan dengan kompres air dingin. Kompres hangat menyebabkan suhu tubuh diluaran menjadi hangat menginterpretasikan bahwa suhu diluaran cukup panas, sehingga tubuh akan menurunkan kontrol pengaturan suhu di otak supaya tidak meningkatkan suhu pengatur tubuh. Suhu tubuh diluaran yang

hangat membuat pembuluh darah ditepi kulit melebar sehingga mengalami vasodilatasi dan pori-pori kulit akan membuka serta mempermudah pengeluaran panas. Pada aplikasinya di Ruang Pediatric Rumah Sakit Premier Surabaya, pemberian kompres dingin lebih diterapkan di Ruangan Pediatric Rumah Sakit Premier Surabaya pada pasien hipertermia kemungkinan selain menurunkan suhu tubuh, kompres dingin juga dapat mengurangi nyeri pada anggota badan, perdarahan, dan meningkatkan rasa nyaman pada pasien DHF sehingga mempercepat penyembuhan.

Diagnosa Keperawatan Konstipasi berhubungan dengan Ketidakteraturan Kebiasaan Defekasi ditandai dengan BAB terakhir 6 hari yang lalu, kebiasaan BAB tidak teratur, tidak suka makan sayur, sulit minum air putih (maksimal 1 gelas saja/hari), hanya suka beberapa buah-buahan saja, bising usus 10x/ menit, feses tampak keras (SDKI, 2016 (D.0049)). Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan defekasi membaik, dengan kriteria hasil: defekasi membaik, pengontrolan pengeluaran feses meningkat, frekuensi buang air besar membaik. Rencana keperawatan yang akan dilakukan kepada An.V meliputi: identifikasi faktor resiko konstipasi (diet rendah serat), observasi bising usus, karakteristik feses (konsistensi, bentuk, frekuensi dan warna), anjurkan diet tinggi serat, anjurkan peningkatan asupan cairan, *jika tidak ada kontraindikasi*, latih buang air besar secara teratur, kolaborasi penggunaan obat pencahar. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Endyarni, B (2016) terapi laktasif juga sering diberikan pada pasien dengan gangguan pencernaan (konstipasi) karena obat tersebut mempunyai efek terhadap peningkatan sekresi

elektrolit, penurunan absorpsi air dan elektrolit, peningkatan osmolaritas intraluminal, dan peningkatan tekanan hidrostatis usus.

4.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan rencana keperawatan yang telah diimplementasikan kepada An.V hari pertama pada tanggal 10 Maret 2020 pukul 22.00 WIB – 06.00 WIB adalah melakukan monitoring tanda dan gejala perdarahan (tampak bintik-bintik kemerahan pada kedua tungkai bawah), melakukan observasi vital sign setiap 4 jam (TD. 95/60 mmHg, N. 115x/menit, S. 38,6 C, RR. 20x/menit), warna kulit kemerahan dan suhu kulit hangat, membran mukosa kering, pasien tampak tidur. Melakukan observasi vital sign pukul 02.00 WIB (TD. 96/64 mmHg, N. 110x/menit, S. 38,4 C, RR. 20x/menit), memberikan terapi obat sanmol 500mg/iv, menganjurkan keluarga untuk memberi minum air putih yang banyak 2000ml/hari, memberikan kompres dingin dan menganjurkan keluarga memberikan kompres dingin pada pasien serta melonggarkan pakaian, menganjurkan tirah baring. Melakukan observasi vital sign pukul 06.00 WIB (TD. 98/60 mmHg, N. 107x/menit, S. 38,0 C, RR. 20x/menit), menghitung *intake* dan *output* pasien dengan total balance cairan + 150 cc, memonitor hasil laboratorium: hematokrit 47% dan trombosit 65.000, leukosit 1,31 u/L, menganjurkan pasien untuk tetap *bedrest*, mengobservasi bising usus 10x/menit, menganjurkan diet tinggi serat, menganjurkan peningkatan asupan cairan, melatih pasien untuk buang air besar secara teratur, melakukan kolaborasi penggunaan obat pencahar.

Implementasi yang dilakukan kepada An.V hari kedua pada tanggal 11 Maret 2020 pukul 22.00 WIB – 06.00 WIB adalah Melakukan monitoring tanda dan gejala perdarahan (tampak bintik-bintik kemerahan pada kedua tungkai bawah), melakukan monitoring vital sign setiap 4 jam (TD 98/60 mmHg, N.104x/menit, S.37,7 C, RR.20x/menit), pasien tampak tidur. Melakukan observasi vital sign pukul 02.00 WIB (TD. 95/64 mmHg, N. 101x/menit, S. 37,5 C, RR. 20x/menit), warna kulit kemerahan dan suhu kulit hangat, membran mukosa kering, menganjurkan keluarga memberikan kompres dingin pada pasien apabila pasien kembali panas dan tetap melonggarkan pakaian, Melakukan observasi vital sign pukul 06.00 WIB (TD. 98/65 mmHg, N. 103x/menit, S. 37,3C, RR. 20x/menit), menganjurkan tirah baring, menganjurkan keluarga untuk memberi minum air putih yang banyak, mengobservasi bising usus 13x/menit, pasien mengatakan sudah bisa BAB konsistensi lembek, menganjurkan diet tinggi serat, menganjurkan peningkatan asupan cairan menghitung *intake* dan *output* pasien dengan total balance cairan + 150 cc, memonitor hasil laboratorium: hematokrit 45%, trombosit 140.000, leukosit 3,84 u/L, mengganti cairan infus Asering 2000ml/24jam, memberikan injeksi cernevit 1x1 drip dalam infus.

Implementasi yang dilakukan kepada An.V hari ketiga pada tanggal 12 Maret 2020 pukul 07.00 WIB – 14.00 WIB adalah melakukan monitoring tanda dan gejala perdarahan (bintik-bintik kemerahan pada kedua tungkai bawah berkurang), melakukan monitoring vital sign pukul 10.00WIB (TD. 105/69 mmHg, N.93x/menit S. 36,5 C, RR. 20x/menit), warna kulit kemerahan dan suhu kulit hangat, membran mukosa lembab, menganjurkan keluarga untuk memberi minum air putih yang banyak, menganjurkan pasien untuk tetap *bedrest*.

Melakukan monitoring vital sign setiap pukul 14.00 WIB (TD. 103/70 mmHg, N.89x/menit S. 36,5 C, RR. 20x/menit), menganjurkan tirah baring, menghitung *intake* dan *output* pasien dengan total balance cairan + 100 cc, melanjutkan pemberian cairan infus Asering 2000ml/24jam dan merencanakan cek DL ulang

Implementasi yang dilakukan kepada An.V hari keempat pada tanggal 13 Maret 2020 pukul 07.00 WIB – 14.00 WIB adalah melakukan monitoring vital sign pukul 10.00 WIB (TD. 109/70 mmHg, N. 85 x/menit, S. 36,3 C, RR. 20x/menit), membran mukosa lembab, akral HKM, menganjurkan keluarga untuk memberi minum air putih yang banyak, melakukan cek DL. Melakukan monitoring vital sign pukul 14.00 WIB (TD. 105/71 mmHg, N. 80 x/menit, S. 36,7 C, RR. 20x/menit), menganjurkan pasien untuk tetap *bedrest*, melakukan monitoring tanda dan gejala perdarahan (ptekie sudah tidak ada), menghitung *intake* dan *output* pasien dengan total balance cairan + 150 cc, pasien direncanakan KRS besok.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi yang dilakukan di hari pertama pada tanggal 10 Maret 2020 pukul 06.00WIB didapatkan masalah keperawatan hipovolemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler belum teratasi ditandai dengan keadaan pasien lemas, TTV: TD. 98/60 mmHg, N. 107x/menit, S. 38,0 C, RR. 20x/menit, membran mukosa kering, tampak adanya ptekie di kedua tungkai bawah, balance cairan + 150 cc, hasil laboratorium: hematokrit 47% dan trombosit 65.000. Dari hasil data tersebut membuktikan bahwa masalah hipovolemia belum teratasi dan perawat harus tetap melanjutkan intervensi. Masalah resiko perdarahan belum teratasi yang ditandai dengan adanya bintik-bintik kemerahan

pada kedua tungkai bawah, hasil laboratorium: trombosit 65.000. Dari hasil data tersebut membuktikan bahwa masalah resiko perdarahan belum teratasi dan perawat harus tetap melanjutkan intervensi. Masalah hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (infeksi virus dengue (viremia)) belum teratasi yang ditandai dengan suhu tubuh pasien 38,0 C, warna kulit kemerahan dan suhu kulit hangat, serta hasil laboratorium: leukosit 1,31 u/L. Dari hasil data tersebut membuktikan bahwa masalah hipertermi belum teratasi dan perawat harus tetap melanjutkan intervensi. Masalah konstipasi berhubungan dengan ketidakteraturan kebiasaan defekasi belum teratasi yang ditandai dengan bising usus 10x/menit, BAB terakhir 6 hari. Dari hasil data tersebut membuktikan bahwa masalah konstipasi belum teratasi dan perawat harus tetap melanjutkan intervensi.

Evaluasi yang dilakukan di hari kedua pada tanggal 11 Maret 2020 pukul 06.00 WIB didapatkan masalah hipovolemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler belum teratasi yang ditandai dengan keadaan pasien lemas, TTV: TD. 98/65 mmHg, N. 103x/menit, S. 37,3C, RR. 20x/menit, membran mukosa kering, tampak adanya ptekie di kedua tungkai bawah, balance cairan + 150 cc, hasil laboratorium: hematokrit 45% dan trombosit 140.000. Dari hasil data tersebut membuktikan bahwa masalah hipovolemia belum teratasi dan perawat harus tetap melanjutkan intervensi. Masalah resiko perdarahan belum teratasi yang ditandai dengan adanya bintik-bintik kemerahan pada kedua tungkai bawah, hasil laboratorium: trombosit 140.000. Dari hasil data tersebut membuktikan bahwa masalah resiko perdarahan belum teratasi dan perawat harus tetap melanjutkan intervensi. Masalah hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (infeksi virus dengue(viremia)) teratasi sebagian yang ditandai dengan

suhu tubuh pasien 37,3 C, warna kulit kemerahan dan suhu kulit hangat, serta hasil laboratorium: leukosit 3,84 u/L. Dari hasil data tersebut membuktikan bahwa masalah hipertermi sudah teratasi sebagian dan perawat harus tetap melanjutkan intervensi. Masalah konstipasi berhubungan dengan ketidakteraturan kebiasaan defekasi sudah teratasi yang ditandai dengan bising usus 13x/menit, pasien sudah bisa BAB konsistensi lembek. Dari hasil data tersebut membuktikan bahwa masalah konstipasi sudah teratasi sehingga intervensi dihentikan.

Evaluasi yang dilakukan di ketiga pada tanggal 12 Maret 2020 pukul 14.00 WIB didapatkan masalah hipovolemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler teratasi sebagian yang ditandai dengan keadaan pasien lemas, bintik-bintik kemerahan pada kedua tungkai mulai berkurang, TTV: TD. 103/70 mmHg, N.89x/menit S. 36,5 C, RR. 20x/menit, membran mukosa lembab, balance cairan + 100 cc. Dari hasil data tersebut membuktikan bahwa masalah hipovolemia teratasi sebagian dan perawat harus tetap melanjutkan intervensi serta direncanakan untuk cek ulang DL pada tanggal 13 Maret 2020. Masalah resiko perdarahan teratasi sebagian yang ditandai dengan bintik-bintik kemerahan pada kedua tungkai bawah yang sudah berkurang. Dari hasil data tersebut membuktikan bahwa masalah resiko perdarahan teratasi sebagian dan perawat harus tetap melanjutkan intervensi serta merencanakan cek DL ulang pada tanggal 13 Maret 2020. Masalah hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (infeksi virus dengue(viremia)) sudah teratasi yang ditandai dengan suhu tubuh pasien 36,5 C, warna kulit kemerahan dan suhu kulit hangat. Dari hasil data tersebut membuktikan bahwa masalah hipertermi sudah teratasi sehingga intervensi dihentikan.

Evaluasi yang dilakukan di hari keempat pada tanggal 13 Maret 2020 pukul 14.00 WIB didapatkan masalah hipovolemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler teratasi sebagian yang ditandai dengan keadaan pasien lemas, TTV: TD. 105/71 mmHg, N. 80 x/menit, S. 36,7 C, RR. 20x/menit, membran mukosa lembab, bintik-bintik kemerahan (ptekie) sudah hilang/tidak nampak, balance cairan + 150 cc. Dari hasil data tersebut membuktikan bahwa masalah hipovolemia teratasi sebagian dan perawat harus tetap melanjutkan intervensi serta pasien direncanakan KRS pada tanggal 14 Maret 2020. Masalah resiko perdarahan pasien teratasi yang ditandai dengan ptekie sudah hilang/ tidak nampak. Dari hasil data tersebut membuktikan bahwa masalah resiko perdarahan sudah teratasi sehingga intervensi dihentikan dan segera lakukan intepetasi hasil laboratorium apabila sudah keluar. Pasien direncanakan KRS pada tanggal 14 Maret 2020.

BAB 5

PENUTUP

5.1. Simpulan

1. Pada pengkajian didapatkan data bahwa Ibu An.V membawa An.V berobat ke IGD RS Premier Surabaya karena panasnya masih naik turun dan kondisi anaknya semakin lemas ibu An.V membawa An. V untuk mendapat perawatan lebih lanjut. Lalu An.V disarankan untuk rawat inap di ruang Pediatric pada tanggal 10 Maret 2020 pukul 20.00 WIB. Pada saat pengkajian pukul 22.00 WIB ibu An.V mengatakan An.V mengalami demam naik turun hari ke 3 dan ada bintik bintik kemerahan (ptekie) dikedua tungkai bawah, ibu mengatakan An.V belum BAB sudah 6 hari.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul dan dialami oleh An.V antara lain: hipovolemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler (SDKI, 2016 (D.0023)), resiko perdarahan dengan faktor resiko gangguan koagulasi (SDKI, 2016 (D.0012)), hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi virus dengue (viremia) (SDKI, 2016 (D.0160)), konstipasi berhubungan dengan ketidakaturan kebiasaan defekasi (SDKI, 2016 (D.0049)).
3. Rencana tindakan keperawatan pada An.V disesuaikan dengan diagnosa keperawatan yang ditemukan dengan tujuan untuk meningkatkan status cairan pada pasien, tanda-tanda perdarahan berkurang, suhu tubuh kembali normal, dan defekasi membaik.
4. Tindakan keperawatan pada An.V dilakukan sesuai dengan intervensi keperawatan yang mengacu secara langsung pada diagnose keperawatan

An.V yaitu pada masalah keperawatan hipovolemia dengan menerapkan manajemen hipovolemia (SIKI, 2018 (I.03116)), masalah keperawatan resiko perdarahan dengan menerapkan pencegahan perdarahan (SIKI, 2018 (I.02067)), masalah keperawatan hipertermia dengan menerapkan manajemen hipertermia (SIKI, 2018 (I.15506)), masalah keperawatan konstipasi dengan menerapkan manajemen konstipasi (SIKI, 2018 (I.04155)).

5. Pada akhir evaluasi semua tujuan di capai karena adanya kerjasama yang baik antara pasien, keluarga, dan tim kesehatan. Hasil evaluasi pada An. A masalah teratasi sebagian dan masalah teratasi sepenuhnya dan pasien KRS pada tanggal 14 Maret 2020

5.2. Saran

Bertolak dari simpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut :

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan pasien, keluarga, dan tim kesehatan lainnya.
2. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, ketrampilan yang cukup serta dapat bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Dengue Haemmoragic Fever (DHF)
3. Perlu adanya perhatian pada asupan cairan secara oral pasien terutama setelah pasien pulang (*discharge planning*). Apabila pasien tidak menyukai sayur dan buah-buahan yang asam, dapat dianjurkan dengan buah-buahan lain seperti pepaya, buah naga, dan kacang-kacangan.

DAFTAR PUSTAKA

- Anisa, Kurnia. (2019). Efektifitas Kompres Hangat Untuk Menurunkan Suhu Tubuh Pada An.D Dengan Hipertermia. *Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan: Wawasan Kesehatan* (Diakses Pada Tanggal 19 Juli 2020)
- Arbianingsih. (2011). *Keperawatan Anak Konsep dan Prosedur Tindakan*. Jakarta: Alauddin University Press
- Daryani, Shinta. (2016). Upaya Pencegahan Terjadinya Perdarahan dan Syok Pada Pasien DHF Di RSUD Pandan Arang Boyolali. *Jurnal Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta* (Diakses Pada Tanggal 19 Juli 2020)
- DinKes Kota Surabaya. 2017. Profil Kesehatan 2017. <http://dinkes.surabaya.go.id> (Diakese Pada Tanggal 15 Juli 2020)
- Endyarni, B. (2016). Konstipasi Fungsional. *Jurnal Sari Pediatric* (Diakses Pada Tanggal 19 Juli 2020)
- IDAI. (2017). *Panduan Keterampilan Klinis Bagi Dokter Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama*. Jakarta: IDAI
- Kusmiati, Yuni. (2010). *Ketrampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan*. Yogyakarta: Fitramaya.
- KemenKes RI. (2016). *Wilayah KLB DBD Ada Di 11 Provinsi*. Senin 7 Maret 2016. <http://www.depkes.go.id/article/print/16030700001/wilayah-klb-dbd-ada-di-11-provinsi.html> (Diakses Pada Tanggal 15 Juli 2020).
- KemenKes RI. (2017). Situasi Penyakit Demam Berdarah Di Indonesia Tahun 2017. <http://www.kemkes.go.id/infoDatin-Situasi-Demam-Berdarah-Dengue-pdf>. (Diakses Pada Tanggal 15 Juli 2020).
- Kozier. (2010). *Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinis*, Edisi 5. Jakarta: EGC
- Ngastiyah. (2014). *Perawatan Anak Sakit Edisi 2*. Jakarta: EGC.
- Mukono, H. J (2014). *Pencemaran Udara Dalam Ruangan: Berorientasi Kesehatan Masyarakat*. Surabaya: Airlangga University Press
- Nurarif, A.H. dan Kusuma H. (2015). *APLIKASI Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC NOC*. Yogyakarta: MediaAction
- Prabowo, Rafik. (2018) Potensi Efek Anti-inflamasi Air Kelapa Muda Dalam Menurunkan Kadar Tumor Necrosis Factor-A, Interleukin, dan Prostaglandin E2 Pada Pasien Demam Berdarah Dengue (DBD). *Jurnal*

Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang. (Diakses Pada Tanggal 19 Juli 2020)

- Puspita, dkk. (2018). Dukungan Perawat dan Keluarga Dalam Pemberian Asupan Nutrisi Cairan Pada Pasien Penderita Demam Berdarah Di Rumah Sakit Paru dr. Ario Wirawan, Salatiga. *Jurnal Kesehatan Kusuma Husada* (Diakses Pada Tanggal 19 Juli 2020)
- Rahma, Muliya. (2011). Manifestasi klinis dan hematologi dan serologi temuan pada anak-anak dengan infeksi dengue. *Jurnal Pediatrica Indonesiana*, Volume 51. <https://paediatricaindonesiana.org> (Diakses Pada Tanggal 15 Juli 2020).
- Rampengan, T. H. (2008). *Penyakit Infeksi Tropik Pada Anak, Edisi 2*. Jakarta: EGC
- Setianingrum, N.M.I. 2016. Pola Pengobatan Demam Berdarah Dengue (DBD) Di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang Periode Agustus 2015-Maret 2016. <http://perpuswu.web.id>. (Diakses Pada Tanggal 15 Juli 2020).
- Sherwood, L. (2014). *Fisiologi Manusia Dari Sel Ke Sistem* (8th ed.). Jakarta: EGC.
- Susilaningrum, Et Al. (2013). *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak Edisi 2*. Jakarta: Salemba Medika
- Taufan, Nugroho. (2014). *Asuhan Keperawatan Maternitas, Anak, Bedah, Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). *Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standart Luaran Keperawatan Indonesia Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standart Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI.
- Wijaya, Andra Saferi dan Yessie MarizaPutri. (2013). *KMB 2 Keperawatan Medikal Bedah Keperawatan Dewasa Teori dan Contoh Askep*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Wijayaningsih, K.S. (2013). *Asuhan Keperawatan Anak*. Jakarta: CV. Trans Info Media.

LAMPIRAN 1**CURRICULUM VITAE**

Nama : Mahkda Anjani Putri, S.Kep

Nim : 193.0049

Program Studi : Profesi Ners

Tempat, tanggal lahir : Mojokerto, 11 November 1997

Agama : Islam

Email : mahkdaanjani@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

1. Taman Kanak-kanak Dharma Wanita Mojokerto Tahun 2003
2. Sekolah Dasar Negeri 1 Pohkecik Mojokerto Tahun 2009
3. Sekolah Menengah Pertama Negeri 1 Puri Mojokerto Tahun 2012
4. Sekolah Menengah Atas Negeri 1 Sooko Mojokerto Tahun 2015
5. STIKES Hang Tuah Surabaya Tahun 2019

LAMPIRAN 2

MOTTO & PERSEMBAHAN

MOTTO

**“Dunia Ibarat Bayangan
Jika Kamu Berusaha Menangkapnya, Ia Akan Lari
Tapi, Jika Kamu Membelakanginya, Ia Tak Punya Pilihan
Selain Mengikutimu”**

(Ibnu Qayyim Al Jauziyyah)

The Gifted

PERSEMBAHAN

Alhamdulillah, atas rahmat dan hidayah-Nya, saya dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan baik. Karya Ilmiah Akhir ini saya persembahkan untuk :

1. Orang tuaku, Bapak (Sanjar) dan Ibu (Nurul Khumaidah) yang tanpa henti memberikan doa, semangat dan motivasi dalam segala hal serta memberikan kasih sayang yang teramat besar yang tidak mungkin dapat di balas dengan apapun.
2. Adikku (Rochman Gunawan Putra) tersayang yang telah menghiburku dikala penat dan lelah.
3. Teman – teman Profesi Ners angkatan 10 STIKES Hang Tuah Surabaya.
4. Terima kasih untuk semua orang yang ada di sekelilingku yang selalu mendoakan yang terbaik untukku, membantu dalam setiap langkah perjalanan hidupku. Semoga Allah selalu melindungi dan meridhoi kalian dimanapun kalian berada. Aamiin Ya Robbal’Alaamin

LAMPIRAN 3

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL MENGUKUR TEKANAN DARAH	
Pengertian	Menilai tekanan darah yang merupakan indikator untuk menilai sistem kardiovaskuler bersamaan dengan pemeriksaan nadi.
Tujuan	Mengetahui nilai tekanan darah.
Indikasi	Menilai pola hidup serta identifikasi fakto-faktor resiko kardiovaskuler dan hipertensi.
Kontraindikasi	Hindari penempatan manset pada lengan yang terpasang infus, <i>shun</i> arterivena, lengan yang mengalami fistula, trauma tertutup gip dan balutan.
Persiapan Alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Spinomanometer (tensimeter) yang terdiri dari: manometer air raksa dan klep penutup dan pembuka manset udara. 2. Stetoskop. 3. Buku catatan tanda vital dan pena. 4. Pasien diberitahu dengan seksama (bila pasien sadar).
Persiapan Pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan kepada pasien tindakan yang akan dilakukan. 2. Posisikan pasien nyaman mungkin.
Prosedur Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur kepada pasien. 2. Cuci tangan. 3. Gunakan sarung tangan. 4. Atur posisi pasien. 5. Letakkan lengan yang hendak diukur pada posisi terlentang. 6. Lengan baju dibuka. 7. Pasang manset pada lengan kanan/kiri atas sekitar 3 cm diatas <i>fossa cubiti</i> (jangan terlalu ketat maupun terlalu longgar).
Daftar Pustaka	Kusmiati, Yuni. (2010). <i>Ketrampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan</i> . Yogyakarta. Fitramaya.

LAMPIRAN 4

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL MENGUKUR NADI	
Pengertian	Menghitung frekuensi denyut nadi yang merupakan loncatan aliran darah yang dapat teraba dan terdapat di berbagai titik anggota tubuh: arteri radialis (pergelangan tangan), arteri <i>brachialis</i> (lipatan paha, slangkangan), arteri dorsalis pedis (kaki) dan arteri frontalis (ubun-ubun) melalui perabaan nadi yang lazim diperiksa atau diraba pada radialis.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui denyut nadi selama rentan waktu 1 menit. 2. Mengetahui keadaan umum pasien.
Persiapan Alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Arloji (jam) atau <i>stop watch</i>. 2. Buku catatan dan pena.
Persiapan Pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan kepada pasien mengenai tindakan yang akan dilakukan. 2. Posisikan pasien berbaring/duduk. 3. Pastikan pasien benar-benar rileks.
Prosedur Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan sebelum melakukan tindakan. 2. Gunakan sarung tangan. 3. Raba/palpasi arteri yang akan diperiksa. 4. Hitung denyut nadi, perhitungan dilakukan dengan menempelkan jari telunjuk dan jari tengah pada arteri (umumnya arteri radialis) selama 1 menit penuh. 5. Catat hasil perhitungan. 6. Rapikan pasien. 7. Mencuci tangan. 8. Evaluasi volume denyut nadi, irama (teratur/tidak) dan tekanannya.
Daftar Pustaka	Kusmiati, Yuni. (2010). <i>Ketrampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan</i> . Yogyakarta. Fitramaya.

LAMPIRAN 5

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL MENGUKUR SUHU AXILLA	
Pengertian	Mengukur suhu tubuh klien dengan termometer yang dilakukan di daerah axilla/ketiak.
Tujuan	Untuk mengetahui suhu tubuh seseorang.
Persiapan Alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Termometer axilla bersih dalam tempatnya. 2. Air mengalir. 3. Tissue. 4. Buku catatan. 5. Jam tangan. 6. Kapas alkohol.
Persiapan Pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan kepada klien mengenai prosedur yang akan dilakukan. 2. Posisikan pasien dengan keadaan nyaman. 3. Jaga privasi pasien.
Prosedur Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan sebelum melakukan kegiatan. 2. Gunakan sarung tangan bersih. 3. Peralatan dibawa ke dekat pasien. 4. Membuka bagian atas dari pakaian pasien, keringkan ketiak dengan handuk jika perlu. 5. Pasang termometer sehingga bagian reservoir tepat ditengah ketiak pasien. 6. Izinkan pasien untuk membantu dalam pelaksanaan prosedur. 7. Pastikan termometer menempel di permukaan kulit. 8. Menyilangkan tangan pasien di atasnya. 9. Angkat termometer setelah \pm 5-10 menit dan baca hasilnya. 10. Catat hasil. 11. Merapikan pasien. 12. Merapikan peralatan. 13. Cuci tangan sesudah melakukan kegiatan. 14. Pendokumentasian.
Daftar Pustaka	Kusmiati, Yuni. (2010). <i>Ketrampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan</i> . Yogyakarta. Fitramaya.

LAMPIRAN 6

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL MENGUKUR PERNAPASAN (<i>RESPIRATORY RATE</i>)	
Pengertian	Suatu tindakan dalam menghitung jumlah pernapasan pasien dalam 1 menit.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui denyut nadi selama rentan waktu 1 menit. 2. Mengetahui keadaan umum pasien.
Persiapan Alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jam tangan dengan jarum penunjuk detik. 2. Pena. 3. Buku catatan.
Persiapan Pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jangan beri tahu pasien bahwa perawat akan menghitung frekuensi pernapasan. 2. Pastikan pasien dalam posisi nyaman.
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan sebelum melakukan kegiatan. 2. Gunakan sarung tangan bersih. 3. Menghitung pernapasan dengan menghitung turun naiknya dada sambil memegang pergelangan tangan. 4. Observasi siklus pernapasan lengkap. 5. Hitung frekuensi pernapasan selama 1 menit penuh. 6. Sambil menghitung, perhatikan apakah kedalaman pernapasan: dangkal, dalam atau normal, apakah irama regular atau irregular. 7. Catat hasil. 8. Merapikan pasien. 9. Merapikan peralatan. 10. Cuci tangan sesudah melakukan kegiatan.
Daftar Pustaka	Kusmiati, Yuni. (2010). <i>Ketrampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan</i> . Yogyakarta. Fitramaya.

LAMPIRAN 7

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL RUMPLE LEED TEST	
Pengertian	Rumple Leed Test merupakan suatu test untuk menguji ketahanan kapiler darah pada penderita DHF
Tujuan	Menguji ketahanan kapiler darah pada penderita DHF
Persiapan Alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manset tekanan darah 2. Manometer 3. Pengukur waktu
Persiapan Pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberi tahu pasien mengenai prosedur tindakan 2. Pastikan pasien dalam posisi nyaman.
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasang ikatan spignomanometer pada kengan atas dan pompa hingga tekanan 100 mmHG (jika tekanan sistolik < 100 mmHg, pompa sampai tekanan di pertengahan nilai sistol dan diastolik 2. Biarkan tekanan pada posisi tersebut selama 10 menit 3. Lepas ikatan dan tunggu sampai tanda-tanda statis darah hilang kembali. Statis darah telah berhenti jika warna kulit pada lengan yang telah diberi tekanan nadi kembali lagi seperti warna kulit sebelum diikat atau menyerupai warna kulit pada lengan lainnya (yang tidak diikat) 4. Cari dan hitung jumlah ptekie yang timbul dalam lingkaran bergaris tengah 5 cm kira-kira pada 4 cm distal fossa cubiti
Daftar Pustaka	<p>IDAI. (2017). <i>Panduan Keterampilan Klinis Bagi Dokter Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama</i>. Jakarta: IDAI</p>