

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN.N USIA 11 TAHUN DENGAN
DIAGNOSA MEDIS *DENGUE HAEMORAGIC FEVER (DHF)*
DI RUANG PAVILIUN V RSPAL DR. RAMELAN
SURABAYA**



Oleh:

RATNASARI HARDIYANTI, S.Kep
NIM 193.0073

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

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN.N USIA 11 TAHUN DENGAN
DIAGNOSA MEDIS *DENGUE HAEMORAGIC FEVER* (DHF)
DI RUANG PAVILIUN V RSPAL DR. RAMELAN
SURABAYA**

**Diajukan sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Ners (Ns)
Di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya**



Oleh:

RATNASARI HARDIYANTI, S.Kep
NIM 193.0073

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

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa Karya Ilmiah Akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan yang berlaku di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan adanya plagiasi, maka saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 24 Juli 2020



Ratnasari Hardiyanti, S.Kep
NIM 193.0073

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Ratnasari Hardiyanti, S.Kep

NIM : 193.0073

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Pada An.N Usia 11 Tahun Dengan
Diagnosa Medis *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) di Ruang
Paviliun V RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui laporan Karya Ilmiah Akhir ini guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar:

NERS (Ns.)

Surabaya, 24 Juli 2020

Pembimbing



Dwi Ernawati, S.Kep.,Ns., M.Kep
NIP.03023

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 24 Juli 2020

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Ratnasari Hardiyanti, S.Kep

NIM : 193.0073

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Pada An.N Usia 11 Tahun
Dengan Diagnosa Medis *Dengue Haemorigic Fever*
(DHF) di Ruang Paviliun V RSPAL Dr. Ramelan
Surabaya.

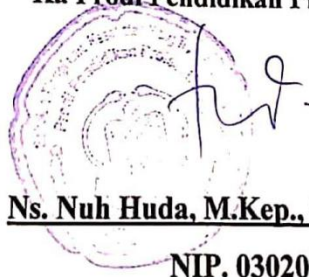
Penguji I : Diyah Arini, S.Kep.,Ns.,M.Kes
NIP. 03003



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



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 : 24 Juli 2020

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadirat Allah SWT Yang Maha Esa, atas limpahan dan hidayah – Nya sehingga penulis dapat menyusun Karya Ilmiah Akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada An.N Usia 11 Tahun Dengan Diagnosa Medis *Dengue Haemoragic Fever* (DHF) di Ruang Paviliun V RSPAL Dr. Ramelan Surabaya” dapat diselesaikan sesuai waktu yang telah ditentukan. Karya Ilmiah Akhir ini diselesaikan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan Pendidikan Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.

Karya Ilmiah Akhir ini disusun dengan memanfaatkan berbagai literatur serta mendapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak. Dalam kesempatan ini, perkenankanlah peneliti menyampaikan rasa terima kasih, rasa hormat dan penghargaan kepada:

1. Laksamana Pertama TNI dr. Achmad Samsulhadi, selaku Kepala RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan Karya Ilmiah Akhir.
2. Ibu Wiwiek Liestyningrum, M.Kep, selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya atas kesempatan yang diberikan kepada penulis untuk menyelesaikan Pendidikan Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. 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.

4. Ibu Ns. Dwi Ernawati, S.Kep.,M.Kep, selaku pembimbing yang penuh kesabaran dan perhatian memberikan saran, masukan, kritik, bimbingan serta arahan dalam penyusunan karya Karya Ilmiah Akhir.
5. Ibu Ns. Diyah Arini, S.Kep.,M.Kes, selaku penguji yang penuh kesabaran dan perhatian memberikan saran, masukan, kritik, serta arahan dalam penyusunan karya Karya Ilmiah Akhir.
6. Seluruh dosen Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah membimbing selama menuntut ilmu di program Pendidikan Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
7. Kedua Orang Tua saya Ibu Winarti dan Bapak Hendrawan Hardiyanto tercinta beserta keluarga besar Kerik Family yang senantiasa mendoakan dan memberi semangat serta dukungan sehari-hari.
8. Teman-teman seperjuangan Profesi Ners A10 yang senantiasa mendukung dalam pembuatan 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 bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 24 Juli 2020

(Ratnasari Hardiyanti, S.Kep)

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

“Sebaik-Baiknya Manusia Adalah Yang Bermanfaat Bagi Orang Lain.”

(Hadist Riwayat ath-Thabrani, Al-Mu’jam al Auysath, juz VII, hal.58 dari Jabir

bin Abdullah r.a.. Disahihkan Muhammad Nashirudin al-Albani dalam kitab:

As-Silsilah Ash-Sahihah).

“Barangsiapa Yang Menghendaki Kehidupan Dunia Maka Wajib Baginya

Memiliki Ilmu, Dan Barang Siapa Yang Menghendaki Kehidupan Akherat,

Maka Wajib Baginya Memiliki Ilmu, Dan Barang Siapa Menghendaki

Keduanya Maka Wajib Baginya Memiliki Ilmu.”

(HR. Turmudzi)

PERSEMBAHAN

Alhamdulillah, atas rahmat dan hidayah-Nya, saya dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik. Karya sederhana ini ku persembahkan untuk:

1. Terimakasih kepada ALLAH SWT yang telah memberikan nikmat dan kesehatan sampai detik ini sehingga saya dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir dengan tepat waktu.
2. Terimakasih kepada kedua orang tua saya, Bapak Hendrawan Hardiyanto dan Ibu Winarti beserta keluarga besar “Kerik Family” yang senantiasa setiap hari men support saya dalam keadaan apapun, serta kasih sayang yang Beliau

berikan tidak mampu bisa terbayarkan oleh apapun sehingga Karya Ilmiah
Akhir saya dapat selesai dengan tepat waktu

3. Terimakasih kepada sahabat yang sangat saya sayangi Riska Utama, Ririn Prastia Agustin, Dwi Rizqi P.W.H, Qiftia Fatmatuz Z, dan yang senantiasa selalu mendukung dan selalu memotivasi dengan sepenuh hati terhadap penulis

DAFTAR ISI

COVER	ii
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	viii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
DAFTAR SINGKATAN	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat	5
1.5 Metode Penulisan	5
1.5.1 Metode.....	5
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data.....	5
1.5.3 Sumber Data.....	6
1.6 Sistematika Penulisan	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep penyakit <i>Dengue Haemorrhagic Fever</i> (DHF)	7
2.1.1 Definisi <i>Dengue Haemorrhagic Fever</i> (DHF)	7
2.1.2 Anatomi Fisiologi	8
2.1.3 Etiologi.....	14
2.1.4 Cara Penularan	14
2.1.5 Klasifikasi	15
2.1.6 Faktor Resiko	16
2.1.7 Manifestasi Klinis	18

2.1.8	Patofisiologi	19
2.1.9	Komplikasi	21
2.1.10	Pemeriksaan Penunjang	21
2.1.11	Pencegahan.....	22
2.1.12	Penatalaksanaan	23
2.2	Konsep Pertumbuhan dan Perkembangan.....	24
2.2.1	Tahapan Tumbuh Kembang.....	25
2.2.2	Perkembangan Psikososial (6-12 tahun).....	25
2.2.3	Perkembangan Moral (Lahir 12 tahun).....	26
2.2.4	Hospitalisasi Pada Anak Usia 12 Tahun.....	27
2.3	Konsep Asuhan Keperawatan <i>Dengue Haemorrhagic Fever</i> (DHF).....	28
2.3.1	Pengkajian.....	28
2.3.2	Diagnosa Keperawatan.....	31
2.3.3	Intervensi.....	31
2.4	<i>Web of Caution</i> (WOC).....	36
BAB 3 TINJAUAN KASUS.....		37
3.1	Pengkajian.....	37
3.1.1	Identitas.....	37
3.1.2	Keluhan Utama.....	37
3.1.3	Riwayat Penyakit Sekarang.....	37
3.1.4	Riwayat Kehamilan dan Persalinan	38
3.1.5	Riwayat Masa Lampau.....	39
3.1.6	Pengkajian Keluarga	39
3.1.7	Riwayat Sosial.....	40
3.1.8	Kebutuhan Dasar.....	40
3.1.9	Keadaan Umum (Penampilan Umum).....	41
3.1.10	Tanda-Tanda Vital	42
3.1.11	Pemeriksaan Fisik	42
3.1.12	Tingkat Perkembangan.....	44
3.1.13	Pemeriksaan Penunjang	45
3.2	Analisa Data	46
3.3	Intervensi Keperawatan.....	47

3.4	Implementasi Keperawatan.....	49
3.5	Evaluasi Keperawatan.....	55
BAB 4 PEMBAHASAN.....		61
4.1	Pengkajian Keperawatan.....	61
4.1.1	Identitas.....	61
4.1.2	Keluhan Utama.....	62
4.1.3	Riwayat Penyakit Sekarang.....	62
4.1.4	Riwayat Kehamilan dan Persalinan.....	63
4.1.5	Riwayat Masa Lampau.....	64
4.1.6	Pengkajian Keluarga.....	65
4.1.7	Riwayat Sosial.....	65
4.1.8	Kebutuhan Dasar.....	65
4.1.9	Tanda-Tanda Vital.....	67
4.1.10	Pemeriksaan Fisik.....	67
4.1.11	Pemeriksaan Penunjang.....	70
4.2	Diagnosa Keperawatan.....	71
4.3	Intervensi.....	74
4.4	Implementasi.....	80
4.5	Evaluasi.....	86
BAB 5 PENUTUP.....		90
5.1	Kesimpulan.....	90
5.2	Saran.....	91
DAFTAR PUSTAKA.....		93
LAMPIRAN.....		97

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Anatomi Pembuluh Darah	8
Gambar 2	Anatomi Darah	9

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Curriculum Vitae	101
Lampiran 2	SOP Kompres Air Hangat	102
Lampiran 3	SOP Rumpel Leed Test	104
Lampiran 4	SOP Latihan Teknik Relaksasi	106
Lampiran 5	SOP Mengukur Pernafasan (Respiratory Rate)	108
Lampiran 6	SOP Mengukur Suhu Axilla	110
Lampiran 7	SOP Menghitung Nadi.....	112
Lampiran 8	SOP Pengukuran Tekanan Darah	114
Lampiran 9	SOP Pemberian Obat Injeksi Intra Vena Melalui Saluran Infus	116

DAFTAR SINGKATAN

%	: Persen
/	: Atau
<	: Kurang Dari
BB	: Berat Badan
Cl	: Chlorida
DBD	: Demam Berdarah <i>Dengue</i>
DHF	: <i>Dengue Haemorrhagic Fever</i>
DSS	: <i>Dengue Shock Syndrome</i>
GCS	: <i>Glasgow Coma scale</i>
Hct	: <i>Hematocrit</i>
HBG	: Hemoglobin
ISPA	: Infeksi Saluran Pernafasan Atas
K	: Kalium
Kemendes RI	: Kementerian Kesehatan Rakyat Indonesia
KRS	: Keluar Rumah Sakit
K/P	: Kalau Perlu
Na	: Natrium
PB	: Panjang Badan
RL	: Ringer Laktat
RSPAL	: Rumah Sakit Pertama Angkatan Laut
SDKI	: Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia
TB	: Tinggi Badan
TPA	: Tempat Pembuangan Akhir
USG	: Ultrasonografi
WBC	: <i>White Blood Cell</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>
WOC	: <i>Web of Caution</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) atau yang sering dikenal dengan sebutan penyakit demam berdarah merupakan salah satu penyakit menular yang ditularkan oleh nyamuk yaitu *Aedes Aegypti* melalui gigitannya dan akan masuk melalui peredaran darah manusia. Indonesia merupakan Negara dengan jumlah populasi yang padat mencapai 261 juta penduduk. Walaupun demikian penyakit dengue banyak dilaporkan di kota besar dan pedesaan di Indonesia dan telah menyebar sampai di desa-desa terpencil (Pratiwi, 2016). Penyakit DBD juga merupakan salah satu penyakit berbasis lingkungan, dimana suatu kondisi patologis berupa kelainan fungsi atau morfologi suatu organ tubuh yang disebabkan oleh interaksi manusia dengan segala sesuatu disekitarnya yang memiliki potensi penyakit. Lingkungan sangat berpengaruh terhadap kejadian penyakit DBD terutama suatu keadaan lingkungan yang sanitasinya buruk. Faktor lain yang mempengaruhi kejadian penyakit DBD di Indonesia yaitu faktor hospes kerentanan (susceptibility), lingkungan (environment), dan respon imun, faktor lingkungan yaitu kondisi geografis (ketinggian dari permukaan laut, curah, hujan, kelembapan, musim) kondisi demografis (kepadatan, mobilitas, perilaku, adat istiadat, kebiasaan, sosial ekonomi penduduk, jenis dan kepadatan nyamuk sebagai vektor penular penyakit. Faktor agen yaitu sifat virus *Dengue* yang sehingga saat ini diketahui ada 4 jenis serotipe virus *Dengue* yaitu *Dengue* 1,2,3,4 (Wahyuningsih, 2014).

WHO (2014) melaporkan sebelum tahun 1970, hanya 9 negara yang mengalami wabah DBD, namun sekarang DBD menjadi penyakit endemik pada lebih dari 100 negara, diantaranya adalah Afrika, Amerika, Mediterania Timur, Asia Tenggara dan Pasifik Barat. Jumlah kasus di Amerika, Asia Tenggara dan Pasifik Barat melewati 1,2 juta kasus di tahun 2008 dan lebih dari 2,3 juta kasus di 2010. Pada tahun 2013 dilaporkan terdapat sebanyak 2,35 juta kasus di Amerika, dimana 37.687 kasus merupakan DBD berat. Pada tahun 2015, tercatat terdapat sebanyak 126.675 penderita DBD di 34 provinsi di Indonesia, dan 1.229 orang meninggal dunia. Menurut (Kemenkes RI, 2018), data Pada tahun 2017, kasus DBD yang dilaporkan sebanyak 68.407 kasus dengan jumlah kasus meninggal sebanyak 493 orang dan IR 26,12 per 100.000 penduduk, dibandingkan tahun 2016 dengan kasus sebanyak 204.171 serta IR 78,85 per 100.000 penduduk dengan jumlah kasus meninggal sebanyak 1.598 orang. Data dari (Dinkes Jatim, 2019), menyebutkan bahwapada tahun 2018 terdapat 1.114 kasus, dan terdapat peningkatan jumlah kasus penderita demam berdarah pada tahun 2019 sebanyak 1.634 (47%) dari tahun sebelumnya.

Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) adalah suatu penyakit infeksi yang disebabkan karena adanya virus dengue di dalam tubuh yang dapat ditularkan melalui vector nyamuk *Aedes Aegypti* dan *Aedes Albopictus* yang penyebarannya melalui gigitan nyamuk, nyamuk Aedes yang sudah terinfeksi oleh virus dengue, akan tetap infeksi di sepanjang hidupnya dan akan terus menularkan kepada individu dengan cara menghisap darah. Virus tersebut akan masuk ke pembuluh darah dan virus tersebut akan masuk ke dalam tubuh sehingga mengakibatkan pembekuan sel darah

merah dan meimbulkan perdarahan dengan dibuktikan dengan uji tourniquet (+) dan terdapat ptekie pada ekstremitas. Tanda gejala yang dapat muncul adalah kenaikan suhu tubuh serta terdapat penurunan nilai trombosit (trombositopenia). Pada kasus tersebut, jika pasien dnegan DHF tidak segera ditangani maka akan berada pada fase *Dengue Shock Syndrome* (DSS), dimana pada pasien tersebut dapat mengalami hipovolemia akibat terjadinya peningkatan permeabilitas pembuluh darah kapiler pada pembuluh darah dan darah akan merembes keluar dari pembuluh darah. Komplikasi lainnya adalah efusi pleura karena adanya akumulasi cairan pada rongga paru jika tidak segera di tangani akan mengakibatkan kematian (Susilaningrum, 2013).

Untuk dapat mengatasi masalah tersebut maka sangat dibutuhkan peran dan fungsi perawat dalam melakukan asuhan keperawatan antara lain meliputi upaya promotif (memberikan pendidikan kesehatan), preventif (melakukan 3M PLUS), kuratif (melakukan pengobatan dan penyembuhan), serta rehabilitatif (melakukan proses pemulihan diantaranya dengan meningkatkan imunitas tubuh dengan cara mengkonsumsi makanan yang bergizi) yang dilakukan secara runtun dan menggunakan proses keperawatan, diantaranya memberikan pendidikan kesehatan mula dari pengertian hingga bagaimana cara untuk menanggulangi masalah tersebut, memeriksa secara rutin kondisi pasien, dan membantu mengobati penyebab dari masalah tersebut.

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih dengan melakukan asuhan keperawatan Anak dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF), untuk itu penulis membuat rumusan masalah sebagai berikut, “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan pada An.N dengan Diagnosa Medis *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) di Ruang Paviliun V RSPAL Dr. Ramelan Surabaya?”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada An.N dengan Diagnosa Medis *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) di Ruang Paviliun V RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada pasien dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) di Ruang Paviliun V RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
2. Melakukan analisa masalah, prioritas masalah, dan menegakkan diagnosa keperawatan pada pasien dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) di Ruang Paviliun V RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
3. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada masing-masing diagnosa keperawatan pada pasien dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) di Ruang Paviliun V RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

4. Melaksanakan tindakan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) di Ruang Paviliun V RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
5. Melakukan evaluasi dan dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) di Ruang Paviliun V RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

1.4 Manfaat

Terkait dengan tujuan, maka tujuan akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat: menjadi masukan bagi pelayanan di Rumah Sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan dengan baik, dapat menjadi salah satu rujukan bagi penelitian berikutnya, sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF)

1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metode

Metode penulisan yang digunakan pada karya ilmiah akhir ini adalah metode studi kasus.

1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

Adapun langkah-langkah yang diambil penulisan dalam karya ilmiah akhir ini yaitu studi kepustakaan, wawancara, observasi, pemeriksaan.

1.5.3 Sumber Data

Sumber data yang digunakan yaitu data primer, data sekunder, dan studi kepustakaan.

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini, secara keseluruhan dibagi menjadi 3 bagian yaitu : bagian awal (halaman judul, abstrak penulisan, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar, dan daftar lampiran), bagian inti (pendahuluan, tinjauan pustaka, tinjauan kasus, pembahasan, dan penutup), bagian akhir (daftar pustaka dan lampiran).

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep penyakit *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF)

2.1.1 Definisi *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF)

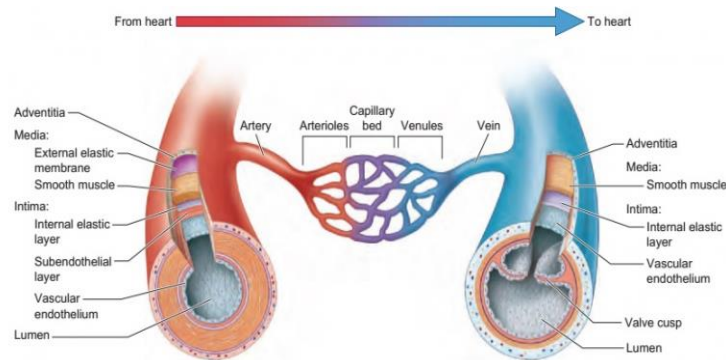
Penyakit *dengue haemorrhagic fever* (dhf) adalah sebuah penyakit yang ditularkan dari satu orang ke orang lain dengan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus* yang disebabkan virus dengue. Virus *dengue* ditularkan dari orang sakit ke orang sehat melalui gigitan nyamuk *Aedes* dari sub genus *Stegomyia* (Fitriana & Yudhastuti, 2018)

Demam Dengue/DHF dan Demam Berdarah Dengue/DBD (*dengue haemorrhagic fever/DHF*) adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus dengue dengan tanda gejala demam, nyeri otot dan atau nyeri sendi yang disertai leukopenia, ruam, limfadenopati, trombositopenia dan ditiesis hemoragik. Pada penyakit ini, terjadi perembesan plasma yang ditandai dengan hemokonsentrasi (peningkatan hematocrit) atau penumpukan cairan di rongga tubuh. Sindrom renjatan dengue (*dengue shock syndrome*) adalah demam berdarah dengue yang ditandai oleh renjatan/syok. (Pratiwi, 2016)

Demam berdarah *dengue* merupakan suatu penyakit infeksi yang disebabkan virus dengue dan termasuk golongan Arbovirus (arthropod-borne virus) yang ditularkan melalui vektor nyamuk *Aedes aegypti* dan *aedes albopictus* serta penyebarannya sangat cepat (Marni, 2016)

2.1.2 Anatomi Fisiologi

1. Pembuluh Darah



Gambar 2.1 Anatomi Pembuluh Darah

a. Pembuluh darah ada 3 yaitu :

1) Arteri

merupakan pembuluh darah yang keluar dari jantung yang membawa darah keseluruh bagian dan alat tubuh. Pembuluh darah arteri yang paling besar yang keluar dari ventrikel sinistra disebut aorta. Arteri ini mempunyai dinding yang kuat dan tebal tetapi sifatnya elastis dan terdiri dari 3 lapisan. Asuhan keperawatan pada arteri yang paling besar di dalam tubuh yaitu aorta dan arteri pulmonalis, garis tengahnya kira-kira 1-3cm. Arteri ini mempunyai cabang-cabang keseluruhan tubuh yang disebut arteriola yang akhirnya akan menjadi pembuluh darah rambut (kapiler). Arteri mendapat darah dari darah yang mengalir di. Sedangkan untuk lapisan lainnya mendapat darah dari pembuluh darah yang disebut vasavasorum.

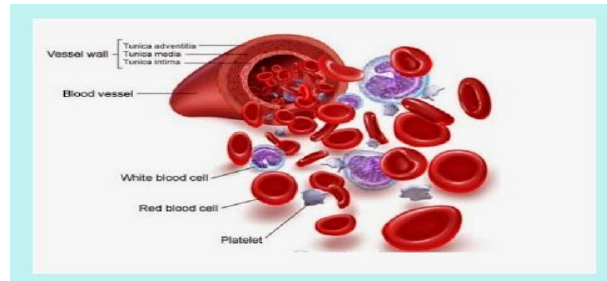
2) Vena

Vena (pembuluh darah balik) merupakan pembuluh darah yang membawa darah dari bagian/alat-alat tubuh masuk kedalam jantung. Tentang bentuk susunan dan juga pernafasan pembuluh darah yang menguasai vena sama dengan pada arteri. Katup-katup pada vena kebanyakan terdiri dari dua kelompok yang gunanya untuk mencegah darah agar tidak kembali lagi. Vena-vena yang ukurannya besar diantaranya vena kava dan vena pulmonalis. Vena ini juga mempunyai cabang yang lebih kecil yang disebut venulus yang selanjutnya menjadi kapiler.

3) Kapiler

Kapiler (pembuluh darah rambut) merupakan pembuluh darah yang sangat halus. Diameternya kira-kira 0,008mm. Asuhan Keperawatan pada dindingnya terdiri dari suatu lapisan endotel. Bagian tubuh yang tidak terdapat kapiler yaitu: rambut, kuku, dan tulang rawan. Pembuluh darah rambut/kapiler pada umumnya meliputi sel-sel jaringan. Oleh karena itu dindingnya sangat tipis maka plasma dan zat makanan mudah merembes ke cairan jaringan antar sel.

2. Darah



Gambar 2.2 Anatomi Darah (Syaifudin 2011)

Darah adalah cairan didalam pembuluh darah yang mempunyai fungsi sangat penting dalam tubuh yaitu fungsi transportasi dalam tubuh yaitu membawa nutrisi, oksigen dari paru-paru untuk kemudian diedarkan ke seluruh tubuh. Darah mempunyai 2 komponen yaitu komponen padat dan komponen cair. Darah berwarna merah, warna merah tersebut keadaannya tidak tetap, tergantung kepada banyaknya O_2 dan CO_2 didalamnya. Apabila kandungan O_2 lebih banyak maka warnanya akan menjadi merah muda. Sedangkan Darah juga pembawa dan penghantar hormon. Hormon dari kelenjar endokrin ke organ sasarannya. Darah mengangkut enzim, elektrolit dan berbagai zat kimiawi untuk didistribusikan keseluruh tubuh. 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 ada akhirnya diatur pelepasannya dalam upaya homeostasis suhu (termoregulasi). Jumlah darah manusia bervariasi tergantung dari berat badan seseorang. Rata-rata jumlah darah adalah 70 cc/kgBB. Dalam komponeen cair atau plasma ini mempunyai fungsi sebagai media transport, berwarna kekuningan. Sedangkan pada komponen padat terdiri dari sel-sel

darah eritrosit, leukosit dan trombosit. Pada batas tertentu diatur oleh tekanan osmotik dalam pembuluh darah dan jaringan. Bagian-bagian padat darah terendam dalam plasma.

1. Sel-sel Darah

a. Eritrosit

Eritrosit dibuat didalam sumsum tulang, di dalam sumsum tulang masih berinti, inti dilepaskan sesaat sebelum dilepaskan/ keluar. Pada proses pembentukannya diperlukan Fe, Vit. B12, asam folat dan rantai globulin yang merupakan senyawa protein. Selain itu untuk proses pematangan (maturasi) diperlukan hormon eritropoetin yang dibuat oleh ginjal, sehingga bila kekurangan salah satu unsur pembentuk seperti di atas (kurang gizi) atau ginjal mengalami kerusakan, maka terjadi gangguan eritrosit (anemia). Umur peredaran eritrosit sekitar 105-120 hari. Pada keadaan penghancuran eritrosit yang berlebihan, misalnya pada hemodialisis darah, hepar kewalahan mengalah bilirubin yang tiba-tiba banyak jumlahnya. Maka akan timbul juga gejala kuning walaupun hati tidak mengalami kerusakan. Eritrosit dihancurkan di organ lien terutama pada proses penghancurannya dilepaskan zat besi dan pigmen bilirubin. Zat besi yang digunakan untuk proses sintesa sel eritrosit baru, sedangkan pigmen bilirubin di dalam hati akan mengalami proses konjugasi kimiawi menjadi pigmen empedu dan keluar bersama cairan empedu ke dalam usus. Jumlah normal eritrosit pada laki-laki 5,5 juta sel/mm³, pada perempuan 4,8 juta sel/mm³. Di dalam sel eritrosit didapat

hemoglobin suatu senyawa kimiawi yang terdiri dari atas molekul hemo yang mempunyai ion Fe (besi) yang terait 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%.

b. 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.

c. Trombosit

Trombosit bukan berupa sel, tetapi berupa/berbentuk keping yang merupakan bagian-bagian kecil dari sel besar yang membuatnya yaitu megakaryosit, di sumsum tulang dan lien. Ukurannya sekitar 2-4 mikron, dan umur peredarannya sekitar 10 hari. Trombosit mempunyai kemampuan untuk melakukan :

- daya aglutinasi (membeku dan menggumpal)
- daya adhesi (melekat)
- daya agregasi (berkelompok)

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

pada dinding pembuluh darah maka trombosit 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 Prostaglandin dan Tromboxan yang segera dikeluarkan bila ada kerusakan dinding pembuluh darah atau kebocoran, zat ini menimbulkan efek vassokonstriksi pembuluh darah, sehingga aliran darah berkurang dan membantu proses pembekuan darah.

2. Plasma

Plasma merupakan bagian cair dari darah. Plasma membentuk sekitar 5% dari berat badan tubuh. Plasma adalah sebagai media sirkulasi elemen-elemen darah yang berbentuk (sel-sel darah merah, sel-sel darah putih, trombosit). Plasma juga berfungsi sebagai media transportasi bahan-bahan organik dan anorganik dari satu organ atau jaringan ke organ atau jaringan lain. Komposisi dari plasma:

- Air : 91-92%
- Protein plasma : Albumin (bagian besar pembentuk plasma protein, dibentuk di hepar), Globulin (terbentuk di dalam hepar, limfosit dan sel-sel retikuloendotelial). merupakan bentuk globulin, Fibrinogen o Protrombin, Immunoglobulin
- Unsur-unsur pokok anorganik : Na, K, Cl, Magnesium, zat besi, Iodin
- Unsur-unsur pokok organik : urea, asam urat, kreatinin, glukose, lemak, asam amino, enzim, hormon.

2.1.3 Etiologi

Penyakit DHF disebabkan oleh virus dengue dari kelompok arbovirus B yaitu *Aedes triseriatus*. Atau virus yang disebabkan oleh Arthropoda. Virus ini termasuk genus flavivirus. Dari famili flaviviridae. Nyamuk *Aedes* betina biasanya terinfeksi virus dengue pada saat menghisap darah dari seseorang yang sedang pada tahap demam akut. Setelah melalui periode inkubasi ekstrinsik selama 8-10 hari. Kelenjar ludah *Aedes* akan menjadi terinfeksi dan virusnya akan ditularkan ketika nyamuk menggigit dan mengeluarkan cairan ludahnya ke dalam luka gigitan ke tubuh orang lain. Setelah masa inkubasi instrinsik selama 3-14 hari timbul gejala awal penyakit secara mendadak yang ditandai dengan demam, pusing, nyeri otot, hilangnya nafsu makan dan berbagai tanda nonspesifik seperti mual-mual, muntah dan rash (ruam kulit) biasanya muncul pada saat atau persis sebelum gejala awal penyakit tampak dan berlangsung selama 5 hari setelah dimulai penyakit, saat-saat tersebut merupakan masa kritis dimana penderita dalam masa inefektif untuk nyamuk yang berperan dalam siklus penularan. (Ikhwan, 2019).

Menurut (Soedjas, 2011 dalam Putri, 2019), menyebutkan bahwa nyamuk dari tetangga mungkin terbang ke rumah sekitarnya, karena nyamuk memiliki daya jelajah hingga 100 meter.

2.1.4 Cara Penularan

Nyamuk *Aedes aegypti* dapat menularkan virus dengue, baik secara langsung maupun tidak langsung. Secara langsung yaitu terjadi setelah nyamuk menggigit orang yang mengalami viremia, sedangkan secara tidak langsung yaitu terjadi setelah

mengalami masa inkubasi dalam tubuhnya selama 8-10 hari. Pada manusia diperlukan waktu 4-6 hari setelah virus masuk kedalam tubuhnya sebelum sakit. Ketika virus masuk kedalam tubuh nyamuk, maka nyamuk tersebut dapat menularkan virus selama hidupnya. Penularan dapat terjadi dari manusia kepada nyamuk jika nyamuk menggigit manusia yang sedang mengalami viremia, yaitu 2 hari sebelum demam dan 5 hari setelah demam. (Utomo, 2017)

2.1.5 Klasifikasi

Menurut (Nanda, 2015 dalam Vikri, 2019), ada 4 derajat yang dapat dikategorikan sebagai berikut:

1 Derajat I

Demam disertai gejala konstitusional yang tidak khas, manifestasi perdarahan hanya uji tourniquet positif dan perdarahan lainnya.

2 Derajat II

Manifestasi klinis pada derajat I disertai perdarahan spontan, dapat berupa perdarahan di kulit seperti petekie dan perdarahan lainnya.

3 Derajat III

Manifestasi klinis pada derajat II di tambah dengan ditemukan manifestasi kegagalan sistem sirkulasi berupa nadi yang cepat dan lemah, hipotensi dengan kulit yang lembab,dingin dan penderita gelisah.

4 Derajat IV

Manifestasi klinis pada penderita derajat III di tambah dengan ditemukan manifestasi renjatan yang berat dengan ditandai tekanan darah dan nadi tidak teratur, DBD derajat IV digolongkan *Dengue Shock Syndrom* (DSS).

2.1.6 Faktor Resiko

Menurut (Prasetyani, 2015), faktor resiko yang dapat menimbulkan penyakit demam berdarah adalah:

1. Lingkungan Rumah (Jarak Antar Rumah)

Jarak antara rumah mempengaruhi penyebaran nyamuk dari satu rumah ke rumah lain, semakin dekat jarak antar rumah satu dengan yang lainnya, maka semakin mudah nyamuk menyebar kerumah sebelah menyebelah. Bahan-bahan pembuat rumah, konstruksi rumah, warna dinding dan pengaturan barang- barang dalam rumah menyebabkan rumah tersebut disenangi atau tidak disenangi oleh nyamuk. Berbagai penelitian penyakit menular membuktikan bahwa kondisi perumahan yang berdesak-desakan dan kumuh mempunyai risiko lebih besar terserang penyakit demam berdarah.

2. Jenis kontainer

Macam kontainer, termasuk macam kontainer disini adalah jenis/bahan kontainer, letak kontainer, bentuk, warna, kedalaman air, tutup dan asal air mempengaruhi nyamuk dalam pemilihan tempat bertelur.

3. Ketinggian (tempat dan iklim)

Pengaruh variasi ketinggian berpengaruh terhadap syarat-syarat ekologis yang diperlukan oleh vektor penyakit. Di Indonesia nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus* dapat hidup pada daerah dengan ketinggian 1000 meter di atas permukaan laut. Iklim adalah salah satu komponen pokok lingkungan fisik, yang terdiri dari: suhu udara, kelembaban udara, curah hujan dan kecepatan angin.

4. Lingkungan Biologi

Lingkungan biologi yang mempengaruhi penularan DBD terutama adalah banyaknya tanaman hias dan tanaman pekarangan, yang mempengaruhi kelembaban dan pencahayaan di dalam rumah. Adanya kelembaban yang tinggi dan kurangnya pencahayaan di dalam rumah merupakan tempat yang disenangi nyamuk untuk hinggap beristirahat.

5. Lingkungan Sosial

Lingkungan Sosial, kebiasaan masyarakat yang merugikan kesehatan dan kurang memperhatikan kebersihan lingkungan seperti kebiasaan menggantung baju, kebiasaan tidur siang, kebiasaan membersihkan sampah, kebiasaan membersihkan halaman rumah, dan juga partisipasi masyarakat khususnya dalam rangka pembersihan sarang nyamuk, maka akan menimbulkan resiko terjadinya transmisi penularan penyakit DBD di dalam masyarakat. Kebiasaan ini akan menjadi lebih buruk di mana masyarakat sulit mendapatkan air bersih, sehingga mereka cenderung untuk menyimpan air dalam tandon bak air, karena tempat pembuangan akhir tersebut

sering tidak dicuci dan dibersihkan secara rutin pada akhirnya menjadi potensial sebagai tempat perindukan nyamuk *Aedes aegypti*.

2.1.7 Manifestasi Klinis

Menurut (Ginting et al., 2011), manifestasi klinis yang sering muncul pada penderita demam berdarah adalah:

1. Demam : dengan onset akut, demam tinggi dan berlangsung secara terus menerus, lamanya demam kebanyakan dua hingga tujuh hari. Demam disertai gejala spesifik, seperti anoreksia, malaise, nyeri pada punggung, tulang, persendian, dan kepala.
2. Muncul tanda-tanda perdarahan mula pada hari ke 3 dan ke 5 seperti: adanya vaskulopati, trombositopenia, dan gangguan fungsi trombosit, serta koagulasi intravaskuler yang menyeluruh. Jenis perdarahan yang terbanyak adalah perdarahan pada kulit ditandai dengan uji tornikuet (uji Rumple Leede/uji bendung) positif, adanya petekie, purpura, ekimosis, dan perdarahan konjungtiva. Tanda perdarahan yang paling sering ditemukan adalah adanya petekie. Tanda ini muncul pada hari-hari pertama demam tetapi dapat pula dijumpai pada hari ketiga sampai kelima demam. Tanda petekie dan adanya bekas gigitan nyamuk sulit dibedakan. Untuk membedakannya dapat dilakukan dengan menekan pada bintik-bintik yang dicurigai dengan kaca obyektif atau penggaris trsansparan, jika bintik merah menghilang berarti bukan petekie. Tidak semua tanda perdarahan terjadi pada seseorang yang

menderita DBD. Perdarahan yang paling ringan adalah adanya uji tornikuet positif yang berarti fragilitas kapiler meningkat.(Utomo, 2017)

3. Hepatomegali dapat dijumpai pada 90-98% anak-anak.
4. Terjadi syok (*Dengue Shock Syndrome*) , dengan manifestasi takikardia, perfusi jaringan yang buruk dengan puls yang lemah serta tekanan nadi yang sempit (< 20 mmHg) atau hipotensi yang disertai dengan akral dingin dan lembab dan atau gelisah

2.1.8 Patofisiologi

Patofisiologi primer DBD dan *dengue shock syndrome* (DSS) adalah peningkatan akut permeabilitas vaskuler yang mengarah ke kebocoran plasma ke dalam ruang ekstravaskuler, sehingga menimbulkan hemokonsentrasi dan penurunan tekanan darah. Pada kasus berat, volume plasma menurun lebih dari 20%, hal ini didukung penemuan post mortem meliputi efusi pleura, hemokonsentrasi dan hipoproteinemi.

Setelah masuk dalam tubuh manusia, virus dengue berkembang biak dalam sel retikuloendotelial yang selanjutnya diikuti dengan viremia yang berlangsung 5-7 hari. Akibat infeksi ini, muncul respon imun baik humoral maupun selular, antara lain anti netralisasi, anti-hemaglutinin dan anti komplemen. Antibodi yang muncul pada umumnya adalah IgG dan IgM, pada infeksi dengue primer antibodi mulai terbentuk, dan pada infeksi sekunder kadar antibodi yang telah ada jadi meningkat.

Antibodi terhadap virus dengue dapat ditemukan di dalam darah sekitar demam hari ke-5, meningkat pada minggu pertama sampai dengan ketiga, dan

menghilang setelah 60-90 hari. Kinetik kadar IgG berbeda dengan kinetik kadar antibodi IgM, oleh karena itu kinetik antibodi IgG harus dibedakan antara infeksi primer dan sekunder. Pada infeksi primer antibodi IgG meningkat sekitar demam hari ke-14 sedang pada infeksi sekunder antibodi IgG meningkat pada hari kedua. Oleh karena itu diagnosa dini infeksi primer hanya dapat ditegakkan dengan mendeteksi antibodi IgM setelah hari sakit kelima, diagnosis infeksi sekunder dapat ditegakkan lebih dini dengan adanya peningkatan antibodi IgG dan IgM yang cepat.

Patofisiologi DBD dan DSS sampai sekarang belum jelas, oleh karena itu muncul banyak teori tentang respon imun. Pada infeksi pertama terjadi antibodi yang memiliki aktivitas netralisasi yang mengenali protein E dan monoklonal antibodi terhadap NS1, Pre M dan NS3 dari virus penyebab infeksi akibatnya terjadi lisis sel yang telah terinfeksi virus tersebut melalui aktivitas netralisasi atau aktivasi komplemen. Akhirnya banyak virus dilenyapkan dan penderita mengalami penyembuhan, selanjutnya terjadilah kekebalan seumur hidup terhadap serotipe virus yang sama, tetapi apabila terjadi antibodi non-netralisasi yang memiliki sifat memacu replikasi virus, keadaan penderita akan menjadi parah apabila epitop virus yang masuk tidak sesuai dengan antibodi yang tersedia di hospes. Pada infeksi kedua yang dipicu oleh virus dengue dengan serotipe yang berbeda, virus dengue berperan sebagai super antigen setelah difagosit oleh monosit atau makrofag. Makrofag ini menampilkan antigen presenting cell (APC) yang membawa muatan polipeptida spesifik yang berasal dari mayor histocompatibility complex (MHC). (Candra, 2010)

2.1.9 Komplikasi

1. Ensefalopati : Demam tinggi, gangguan kesadaran disertai atau tanpa kejang.
2. Disorientasi : Kehilangan daya untuk mengenal lingkungan, terutama yang berhubungan dengan waktu, tempat, dan orang.
3. Shock : Keadaan kesehatan yang mengancam jiwa ditandai dengan ketidakmampuan tubuh untuk menyediakan oksigen untuk mencukupi kebutuhan jaringan.
4. Effusi pleura : Suatu keadaan terdapatnya cairan dengan jumlah berlebihan.
5. Asidosis metabolik : Kondisi dimana keseimbangan asam basa tubuh terganggu karena adanya peningkatan produksi asam atau berkurangnya produksi bikarbonat.
6. Anoksia jaringan : Suatu keadaan yang ditandai dengan terjadinya gangguan pertukaran udara pernafasan, mengakibatkan oksigen berkurang (hipoksia) disertai dengan peningkatan karbondioksida (hiperkapnea).
7. Penurunan kesadaran : Keadaan dimana penderita tidak sadar dalam arti tidak terbangun secara utuh sehingga tidak mampu memberikan respons yang normal terhadap stimulus (Susilaningrum, 2013).

2.1.10 Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Nurarif & Kusuma, 2015), pemeriksaan penunjang pada pasien dengan demam berdarah adalah:

1. Uji *rumpel leed*/tourniquet positif

2. Darah lengkap : hemokonsentrasi (hematokrit meningkat 20% atau lebih), trombositopenia (100.000/mm³ atau kurang)
3. Serologi : uji HI (*hemoagglutination inhibition test*) dipakai untuk menentukan adanya infeksi virus *dengue*
4. Rontgen thoraks : effusi pleura

2.1.11 Pencegahan

Hal-hal yang dapat dilakukan dalam pencegahan DBD menurut (Ismail, 2018) adalah:

1. Kesiapan fasilitas pelayanan kesehatan, dengan melakukan pengobatan dan perawatan penderita DBD derajat 1 dan 2 dirawat di puskesmas/klinik yang mempunyai laboratorium memadai, sedangkan pada kasus penderita DBD derajat 3 dan 4 segera dirujuk ke rumah sakit.
2. Pemberantasan sumber vector/jentik nyamuk:
 - 1) Gerakan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) di seluruh instansi pendidikan, mulai dari sekolah-sekolah pada tingkat PAUD, Taman Kanak-kanak (TK), SD/MI, SMP/MTs, SLTA, dan Perguruan Tinggi baik swasta/negeri.
 - 2) Melaksanakan gerakan serentak pencegahan dan pengendalian DBD yang dibuat oleh pemerintah melalui kegiatan pemberantasan sarang nyamuk dengan 3M+ (PLUS):
 - a. Menguras tempat-tempat penampungan air seperti bak mandi/WC, tempayan, drum dan lain-lain, minimal seminggu sekali

- b. Menutup rapat tempat penampungan air setelah mengambil airnya, agar nyamuk tidak dapat masuk dan berkembang biak di dalam tempat tersebut.
 - c. Mengubur atau menyingkirkan barang-barang bekas yang sudah tidak terpakai yang dapat menampung air hujan seperti plastik bekas, kaleng dan lain-lain.
 - d. PLUS: Ganti air vas bunga seminggu sekali, pencahayaan dan ventilasi rumah yang memadai, pasang kawat kasa, Bubuhkan bubuk pembunuh jentik di tempat-tempat yang sulit dikuras, Pelihara ikan pemakan jentik nyamuk, Perbaiki saluran dan talang air yang tidak lancar/rusak, Tutup lubang-lubang pada potongan bambu/pohon dengan tanah, dll. Jangan biasakan menggantungkan pakaian dalam kamar Secara kontinu setiap minggu di lingkungan rumah, sekolah, kantor, tempat umum, rumah ibadah, pemakaman/kuburan, dll.
- 3) Penggerakan masyarakat agar terlibat dalam sosialisasi pencegahan DBD.

2.1.12 Penatalaksanaan

1. Minum banyak 1,5 - 2 liter/24 jam atau 1 sendok makan tiap 3-5 menit. Minuman berupa air teh manis, sirup, susu, sari buah, soft drink, atau oralit.
2. Kolaborasi pemberian antipiretik jika terdapat demam
3. Kolaborasi pemberian cairan melalui intravena, dilakukan jika pasien mengalami kesulitan minum dan nilai hematokrit cenderung meningkat.

Menurut penelitian (Andriani, et al 2013) penatalaksanaan terapi DBD pada anak terdiri dari 2 terapi yaitu terapi suportif dan terapi simptomatik. Terapi suportif

pada penderita DBD berupa pergantian cairan intravena akibat terjadinya dehidrasi. Data terapi suportif terbanyak ialah pemberian cairan kristaloid sebanyak 62 penderita (83.78%). Pada terapi DBD derajat I dan II jenis cairan yang diberikan ialah kristaloid berupa RL/Asering/NaCl 0,9%. Sedangkan untuk terapi simptomatik ada beberapa jenis yang diberikan salah satunya terapi antipiretik. Pada terapi antipiretik, data hasil penelitian menunjukkan terapi terbanyak ialah pemberian sanmol sebanyak 58 penderita (78.38%).

Menurut (Aningsi, 2018) mengatakan bahwa pengobatan yang diberikan biasanya bersifat penurun demam dan menghilangkan rasa sakit pada otot-otot atau sendi seperti sanmol. Pemberian minum pada anak sedikit demi sedikit yaitu 1,5 - 2 liter dalam 24 jam, infus diberikan pada klien apabila klien terus menerus muntah, tidak dapat minum sehingga mengancam terjadinya dehidrasi atau hematokrit yang cenderung meningkat.

Sesuai dengan pernyataan (Tarwoto dan Wartonah, 2004 dalam Aningsi, 2018) mengatakan bahwa kebutuhan cairan pada anak usia 10 tahun yaitu 2000- 2500 ml per 24 jam, pemberian cairan 1500 cc per hari atau 6 gelas (1 gelas = 200cc) ditujukan untuk memberikan cairan yang cukup agar tidak terjadi dehidrasi dan mengembalikan keseimbangan cairan.

2.2 Konsep Pertumbuhan dan Perkembangan

(Erickson, 1963 dalam Jahja, 2011) menyatakan bahwa anak dengan usia 6-12 tahun akan mengalami masa dimana anak belajar untuk bersaing, setia kawan, dan belajar menaati peraturan

2.2.1 Tahapan Tumbuh Kembang

Antara usia 0-6 bulan, berat bayi bertambah 341 gram per bulan. Berat badan lahir bayi meningkat dua kali lipat ketika usia 5 bulan. Antara usia 6 sampai 12 bulan, berat bayi bertambah 341 per bulan. Berat lahir bayi meningkat tiga kali lipat saat berusia 12 bulan. Pada masa pra sekolah kenaikan berat badan rata-rata 2kg/tahun (Adriana, 2011).

1. Menghitung berat badan ideal anak (6-12 tahun).

Menurut Behrman (1992)

$$\frac{(\text{umur (tahun)} \times 7) - 5}{2} = \frac{(12 \times 7) - 5}{2}$$

2. Menghitung Body Mass Index (BMI) BMI adalah suatu rumus kesehatan, dimana berat badan seseorang kilogram (kg) dibagi dengan tinggi badan (TB)² dalam meter (m)

$$\text{BMI} = \text{BB}/\text{TB}^2$$

3. Tinggi badan Tinggi badan rata-rata pada waktu lahir adalah 50cm.

2.2.2 Perkembangan Psikososial (6-12 tahun)

Menurut Perkembangan Intelektual oleh Piaget: Termasuk tahap : Konkrit Operasional.

- a. Anak mempunyai pemikiran logis terarah, dapat mengelompokkan fakta-fakta, berfikir abstrak.
- b. Anak mulai dapat mengatasi masalah secara nyata dan sistematis.

- c. Anak mempunyai pemikiran logis terarah, dapat mengelompokkan fakta-fakta, berfikir abstrak.
- d. Anak mulai dapat mengatasi masalah secara nyata dan sistematis.

2.2.3 Perkembangan Moral (Lahir 12 tahun)

Pada usia ini, konsep moral anak tidak lagi sesempit dan seklusif sebelumnya. Antara usia 7-12 tahun, konsep anak mengenai keadilan sudah berubah. Pengertian yang kaku dan keras tentang benar-salah (yang dipelajari dari orangtua) menjadi berubah dan anak mulai memperhitungkan keadaan khusus di sekitar pelanggaran moral. Menurut Piaget, “relativisme moral menggantikan moral yang kaku”. Sebagai contoh: Bagi anak 5 tahun, berbohong selalu buruk. Sedangkan bagi anak yang lebih besar, dia sadar bahwa dalam beberapa situasi, berbohong dibenarkan; dan oleh karena itu, ia terpengaruh situasi, bahwa berbohong tidak selalu buruk. Tahapan moral Kohlberg:

1. Tingkat pertama, moralitas anak baik – anak mengikuti peraturan untuk mengambil hati orang lain dan untuk mempertahankan hubungan-hubungan yang baik.
2. Tingkat kedua, moralitas konvensional – yaitu moralitas dari aturan-aturan dan penyesuaian konvensional. Jika kelompok sosial menerima peraturan yang sesuai bagi semua anggota kelompok, maka anak harus menyesuaikan diri dengan peraturan untuk menghindari penolakan kelompok dan celaan.

Ketika anak mencapai akhir masa kanak-kanak, kode moral berangsurangsur mendekati kode moral dewasa, dimana perilakunya semakin sesuai dengan standar-

standar yang ditetapkan oleh orang dewasa. Perkembangan moral anak-anak, ditentukan oleh: peranan disiplin, perkembangan suara hati, pengalaman rasa bersalah, dan pengalaman rasa malu

2.2.4 Hospitalisasi Pada Anak Usia 12 Tahun

Menurut (Hastuti, 2015), reaksi anak terhadap hospitalisasi pada anak dengan Masa sekolah (6-12 tahun). Anak usia sekolah yang dirawat di rumah sakit akan merasa khawatir akan perpisahan dengan sekolah dan teman sebayanya, takut kehilangan ketrampilan, merasa kesepian dan sendiri. Anak membutuhkan rasa aman dan perlindungan dari orang tua namun tidak memerlukan selalu ditemani oleh orang tuanya. Pada usia ini anak berusaha independen dan produktif. Akibat dirawat di rumah sakit menyebabkan perasaan kehilangan kontrol dan kekuatan. Hal ini terjadi karena adanya perubahan dalam peran, kelemahan fisik, takut mati dan kehilangan kegiatan dalam kelompok serta akibat kegiatan rutin rumah sakit seperti bedrest, penggunaan pispot, kurangnya privasi, pemakaian kursi roda. Anak telah dapat mengekspresikan perasaannya dan mampu bertoleransi terhadap rasa nyeri. Anak akan berusaha mengontrol tingkah laku pada waktu merasa nyeri atau sakit dengan cara menggigit bibir atau menggenggam sesuatu dengan erat. Anak ingin tahu alasan tindakan yang dilakukan pada dirinya, sehingga ia selalu mengamati apa yang dikatakan perawat. Anak akan merasa takut terhadap mati pada waktu tidur.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF)

2.3.1 Pengkajian

1. Identitas

Nama, umur (pada penyakit DHF paling sering menyerang anak-anak dengan usia <15 tahun, Hal ini disebabkan karena daya tahan tubuh kelompok umur < 12 tahun yang masih rendah daripada kelompok umur \geq 12 tahun (Faldy, Kaunang, & Pandelaki, 2015)), jenis kelamin(Laki-laki pada dasarnya lebih banyak menghabiskan waktunya di luar rumah, sehingga risiko untuk tergigit nyamuk semakin besar(Kasman & Ishak, 2018)), alamat, pendidikan orang tua, dan pekerjaan orang tua, pendidikan, nama orang tua.

2. Keluhan Utama

Alasan yang sering muncul pada orang dengan DHF adalah demam tinggi dan pasien lemah.

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Didapatkan adanya keluhan panas mendadak dengan disertai menggigil dan saat demam kesadaran kompos mentis. Panas turun terjadi antara hari ke-3 dan ke-7, dan anak semakin lemah. Kadang-kadang disertai keluhan, mual, tidak nafsu makan, muntah diare/konstipasi, sakit kepala dan di ikuti gejala lainnya..

4. Riwayat Keluarga

Penyakit DHF bersumber dari nyamuk, jika di dalam satu rumah ada salah satu anggota yang menderita penyakit ini, kemungkinan besar akan ditularkan melalui gigitan nyamuk tersebut.

5. Riwayat Kesehatan Lingkungan

Lingkungan yang buruk, seperti saluran pembuangan air limbah yang tersumbat, sarana pembuangan sampah yang belum memadai, banyaknya genangan air di jalan yang merupakan sarana perkembangbiakan nyamuk *aedes aegypti* yang cukup potensial. Selain itu juga didukung dengan tidak maksimalnya kegiatan Pemberantasan Sarang Nyamuk di masyarakat sehingga menimbulkan kasus penyakit demam berdarah (Syamsul, 2018).

6. Riwayat Penyakit yang Diderita

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

7. Riwayat Imunisasi

Bila anak mempunyai kekebalan yang baik, dan imunisasi secara lengkap, maka kemungkinan timbul komplikasi dapat dihindarkan

8. Riwayat Gizi

Anak yang menderita DHF sering mengalami keluhan mual, muntah, dan nafsu akan menurun. Apabila kondisi ini berlanjut dan tidak disertai pemenuhan nutrisi yang mencukupi, maka anak dapat mengalami penurunan berat badan sehingga status gizinya menjadi kurang.

9. Kondisi Lingkungan

demam berdarah dengue ini disebabkan karena adanya kondisi lingkungan yang buruk, seperti saluran pembuangan air limbah yang tersumbat, sarana pembuangan sampah yang belum memadai, banyaknya genangan air di jalan yang

merupakan sarana perkembangbiakan nyamuk aedes aegypti yang cukup potensial (Syamsul, 2018).

10. Pemeriksaan Fisik

Menurut Jaipur (2013), pemeriksaan fisik yang di dapat pada pasien DHF adalah:

1. Kesadaran : Composmentis pada penderita grade I dan grade II, Apatis pada penderita grade III, dan koma pada penderita grade IV.
2. Vital sign : biasanya pada penderita DHF akan mengalami penurunan tekanan darah kemudian peningkatan suhu dan nadi cepat pulsasi lemah. Grade I : nadi lemah, Grade II : nadi lemah, kecil dan tidak teratur, Grade III : nadi lemah, kecil dan tidak teratur, Grade IV : nadi tidak teraba, tensi tidak teratur
3. Kepala : bentuk simetris. Kepala terasa nyeri, muka tampak kemerahan karena demam (flusy) pada grade II,III, IV.
4. Mata : simetris, konjungtiva anemis (grade II, III, IV), sklera tidak ikterik.
5. Hidung : hidung mengalami perdarahan (epistaksis) pada grade II sampai grade IV.
6. Mulut : mukosa mulut kering, terjadi perdarahan gusi, dan nyeri telan. Sementara tenggorokan mengalami hyperemia pharing (grade II, III, IV).
7. Sistem integumen : adanya pteki pada kulit pada penderita grade II, turgor kulit menurun, dan muncul keringat dingin dan lembab. Pada penderita grade IV didapatkan kulit berkeringat dan kulit tampak biru. Dada : bentuk simetris dan kadang-kadang terasa sesak, pada foto torax terdapat adanya cairan yang

tertimbun pada paru sebelah kanan (efusi plaura). Ronchi (+), yang biasanya terdapat pada grade III dan IV.

8. Abdomen Mengalami nyeri tekan, pembesaran hati (hepatomegali) dan asites.
9. Ekstremitas : akral dingin pada penderita grade IV, serta terjadi nyeri otot, sendi, serta tulang.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut (PPNI, 2016):

1. Hipertermi b/d proses penyakit
2. Resiko syok berhubungan dengan kekurangan volume cairan yang ditandai oleh trombositopenia dan perdarahan di permukaan kulit (ptekie).
3. Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis
4. Resiko perdarahan ditandai dengan trombositopenia, muncul ptekie pada permukaan kulit.
5. Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan) yang ditandai dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan)
6. Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas

2.3.3 Intervensi

Menurut (PPNI, 2018a), intervensi yang diberikan pada masalah diatas adalah sebagai berikut:

1. Hipertermi b/d proses penyakit

Tujuan: setelah dilakukan intervensi keperawatan 1x24 jam, maka termoregulasi membaik.

Kriteria hasil (PPNI, 2018):suhu tubuh membaik, tekanan darah membaik, takikardia menurun.

Intervensi:

- a. Monitor suhu tubuh
 - b. Longgarkan pakaian, terutama pada bagian leher
 - c. Berikan cairan oral sesuai dengan kebutuhan pasien.
 - d. Ajarkan pada orang tua kompres hangat jika pasien demam di lipatan paha, leher dan ketiak
 - e. Anjurkan pada keluarga pasien untuk memberikan anak pakaian yang tipis, longgar dan mudah menyerap keringat.
 - f. Kolaborasi dengan dokter pemberian terapi obat antipiretik.
2. Resiko syok berhubungan dengan kekurangan volume cairan yang ditandai oleh trombositopenia dan perdarahan di permukaan kulit (ptekie).

Tujuan: setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam, maka tingkat syok menurun.

Kriteria Hasil: akral dingin menurun, tekanan nadi membaik, tekanan darah membaik, pucat menurun, membrane mukosa membaik,perasaan lemah menurun, nilai laboratorium (PLT, HGB,Hct) membaik.

Intervensi:

- a. Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, dan tekanan darah)
 - b. Monitor intake dan output pasien
 - c. Monitor hasil nilai laboratorium (PLT,HGB, Hct)
 - d. Anjurkan kepada keluarga pasien untuk memberikan anak minum air putih, atau mengkonsumsi banyak cairan .
 - e. Anjurkan untuk mengkonsumsi buah yang banyak mengandung air seperti semangka dan papaya.
 - f. Kolaborasi pemberian cairan Intra Vena
3. Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis

Tujuan: setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka tingkat nyeri berkurang

Kriteria Hasil: keluhan nyeri menurun, tanda-tanda vital membaik, keluhan perut panas menurun, kelemahan fisik menurun dan rentang gerak meningkat.

Intervensi:

- a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri.
- b. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri pasien seperti distraksi dan relaksasi, mendengarkan music, dan lain-lain.
- c. Anjurkan kepada pasien untuk memonitor nyeri secara mandiri.
- d. Kolaborasi dalam pemberian analgetik, jika perlu.

4. Resiko perdarahan ditandai dengan trombositopenia, muncul ptekie pada permukaan kulit.

Tujuan: setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka tingkat perdarahan menurun.

Kriteria Hasil: nilai laboratorium (HGB,Hct, WBC) membaik, pucat menurun, akral dingin menurun, perdarahan kulit menurun, intake cairan membaik.

Intervensi:

- a. Identifikasi penyebab perdarahan
 - b. Monitor hasil laboratorium (trombosit/PLT)
 - c. Tinggikan ekstremitas yang mengalami perdarahan
 - d. Edukasi kepada keluarga pasien proses terjadinya penyakit.
 - e. Edukasi kepada keluarga untuk memberikan jus jambu merah untuk menaikkan kadar trombosit (Rahayuningrum, 2019).
 - f. Edukasi kepada keluarga untuk memberikan jus kurma pada anak untuk meningkatkan kadar trombosit dalam tubuh (Aritonang, 2018).
 - g. Anjurkan kepada keluarga untuk segera melapor apabila ada tanda perdarahan berlanjut (mimisan, BAB darah, maupun perdarahan gusi)
 - h. Kolaborasi pemberian cairan intra vena
5. Risiko defisit nutrisi ditandai dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan)

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka ststus nutrisi membaik.

Kriteria Hasil: nafsu makan membaik, membrane mukosa membaik, Indeks Massa Tubuh (IMT) membaik, nyeri abdomen menurun.

Intervensi:

- a. Monitor asupan makanan
 - b. Monitor nilai laboratorium (Hemoglobin)
 - c. Berikan makanan sesuai selera pasien dengan cara memberikan sedikit tetapi sering.
 - d. Edukasi kepada keluarga pasien tentang nutrisi pada anak dengan cara melakukan pendidikan kesehatan mengenai makanan seimbang, menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat
 - e. Kolaborasi pemberian medikasi seperti obat pereda nyeri, anti mual, anti muntah), jika perlu.
6. Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas

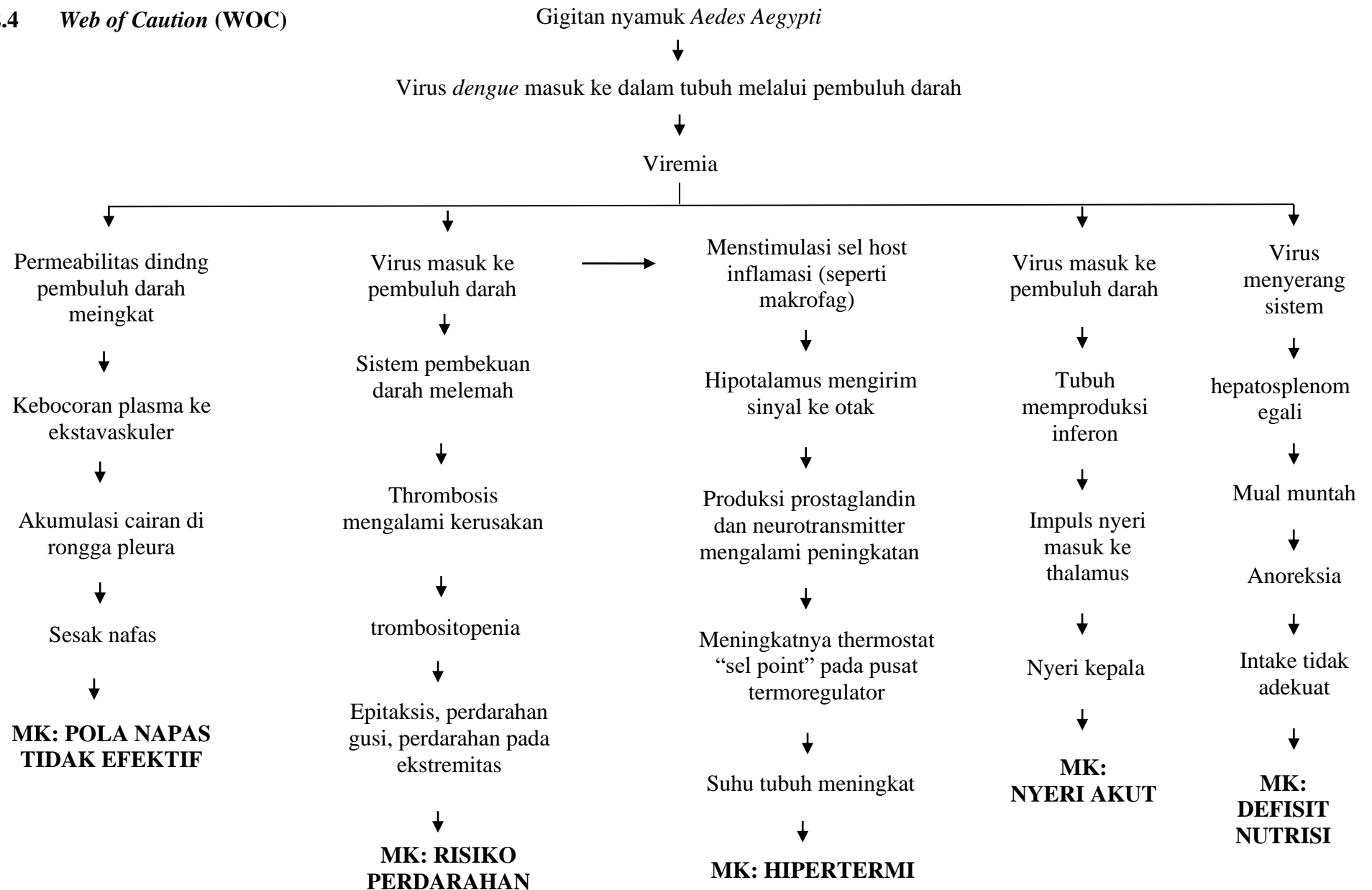
Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka pola napas membaik.

Kriteria Hasil: dispnea menurun, pernafasan cuping hidung menurun, frekuensi napas membaik.

Intervensi:

- a. Monitor frekuensi, upaya napas, irama, dan kedalaman
- b. Monitor pola napas (adanya takipnea)
- c. Atur posisi pasien agar tidak sesak (semi fowler)
- d. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi oksigen

2.4 Web of Caution (WOC)



BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada anak dengan diagnosa medis *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF), maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 10 Juni 2020 pukul 23.52 WIB sampai dengan 13 Juni 2020 pukul 10.10 WIB. Dilakukan pengkajian pada tanggal 11 Juni 2020 pukul 01.30 WIB. Anamnesa diperoleh dari pasien dan keluarga pasien serta file No.Register 55.0x.xx sebagai berikut:

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas

Pasien adalah seorang anak dengan berjenis kelamin perempuan bernama An.N berusia 11 tahun, beragama islam, bahasa yang sering dipakai bahasa Indonesia dan Jawa, pasien merupakan anak kedua dari 2 bersaudara, pasien tinggal bersama orangtua yang bertempat tinggal di Bumiarjo kota Surabaya, pasien masuk rumah sakit pada tanggal 10 Juni 2020 pukul 23.52 WIB, dengan diagnosa medis *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF).

3.1.2 Keluhan Utama

Ny.Y mengatakan demam naik turun sudah 5 hari.

3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Ibu An.N mengatakan bahwa pada tanggal 07 Juni 2020 badan An.N panas sejak 5 hari yang lalu, kemudian Ny.Y membawa anaknya ke dokter praktek untuk di periksakan dan An.N hanya mendapat terapi obat penurun panas dan antibiotic,

namun selang 3 hari minum obat dari dokter (tanggal 09 April 2017) suhu tubuh An.N kembali meningkat. Pada tanggal 10 Juni 2020 pukul 22.00 WIB suhu kembali turun tetapi muncul kemerahan pada kaki dan tangan.nya, kemudian pukul 23.32 WIB An.N dibawa ke IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dengan keadaan umum anak tampak lemah, pucat, akral hangat kering merah, panas (-), muntah (-), mual (-), TTV: TD 87/60 mmHg, N 91 x/menit, S 36,6 °C, RR 20 x/menit, SPO₂ 97%. Dilakukan pemeriksaan laboratorium DL dengan hasil WBC 4,2 10³/ul (4,0-10,0), HB 13,5 g/dl (11,0-16,0), HCT 39,1 % (37,0-54,0), PLT 95 10³/ul (150-400), Rempelit Test (+), dan mendapatkan terapi infus D5 ½ S 1500 cc/24 jam, Injeksi Ranitidin ½, Injeksi Ceftriaxon 2x250 mg, Injeksi Invomit 0,5 mg K/P, Injeksi Antrain 300 mg K/P. Pukul 01.30 (11-06-2020) pasien dipindahkan dari IGD ke Paviliun 5 pada tanggal 11 Juni 2020 pukul 01.30 WIB dengan keadaan umum tampak lemah, akral dingin, mual (-), muntah (-), CRT < 2 detik, kesadaran composmentis, GCS 456, terpasang infus RL kolf ke-II (1500cc/24 jam), TD 90/60 mmHg, N 110 x/menit, S 36 °C, RR 20 x/menit.

3.1.4 Riwayat Kehamilan dan Persalinan

1. Prenatal Care

Ibu pasien mengatakan frekuensi pemeriksaan kehamilan 1 kali setiap bulannya dan 2 kali saat bulan terakhir menjelang persalinan, pemeriksaan dilakukan di bidan praktek, imunisasi TT (-), mengkonsumsi tablet Fe (+), tidak ada keluhan selama kehamilan.

2. Natal Care

Ibu pasien mengatakan An.N lahir pada usia kehamilan 8 bulan 2 minggu, penolong persalinan bidan, tidak ada penyulit selama proses persalinan, apgar score (tidak terkaji), BB lahir 2700 gr, PB (tidak terkaji).

3. Post Natal Care

Tidak ada riwayat ikterik, dan tidak ada riwayat penyakit lainnya yang diderita oleh An.N selama masa neonates.

3.1.5 Riwayat Masa Lampau

Orangtua An.N mengatakan bahwa riwayat penyakit yang pernah di derita adalah batuk, pilek, dan panas, tidak pernah dirawat di RS dan hanya diperiksa ke puskesmas, tidak mengkonsumsi obat-obatan apapun, tidak pernah menjalani tindakan operasi sebelumnya, tidak memiliki alergi obat maupun alergi makanan, imunisasi lengkap (HepatitisB 0, Polio, BCG, DPT, dan Campak).

3.1.6 Pengkajian Keluarga

An.N adalah anak kedua dari Tn.M usia 48 tahun dan Ny.Y usia 42 tahun. Tn.M berpendidikan tamat SD, suku Madura, anak ke 1 dari 5 bersaudara, bekerja sebagai wiraswasta. Sedangkan ibu An.N adalah Ny.Y usia 42 tahun tamat SLTA, suku Jawa, anak 1 dari 3 bersaudara dan bekerja sebagai Ibu Rumah Tangga. Keluarga memiliki hubungan baik dengan anggota keluarga lainnya dan memiliki dukungan penuh dari tetangga sekitar untuk memeriksakan An.N ke rumah sakit.

3.1.7 Riwayat Sosial

Pasien diasuh dan tinggal bersama kedua orang tuanya dan satu kakak perempuannya, dan tidak ada masalah hubungan antara An.N dengan anggota keluarga lainnya, Hubungan An.N dengan teman sekolah dan teman disekitar rumahnya baik,

3.1.8 Kebutuhan Dasar

1. Pola Nutrisi

Sebelum sakit : Frekuensi makan 1-2 kali sehari, tidak ada makanan pantangan, nafsu makan kurang, alat makan yang digunakan yakni piring dan sendok, jam makan tidak tentu, dan An.N makan secara mandiri. Jumlah cairan yang dikonsumsi sekitar 1000-1500 cc, pasien tidak mempunyai alergi makanan apapun.

Saat sakit: frekuensi makan 2 kali sehari, hanya menghabiskan $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ dari porsi makanan yang disediakan, tidak ada diet khusus yang diperoleh, nafsu makan kurang, dan An.N makan disuapi oleh keluarga. Air minum yang dikonsumsi \pm 1500cc/hari, pasien tidak mempunyai alergi makanan apapun.

2. Pola Tidur

Sebelum sakit: An. N tidak mempunyai kebiasaan tidur siang (kecuali kelelahan karena aktivitas di sekolah), tidur malam biasanya pada pukul 21.00 atau 22.00 dan bangun pada pagi hari sekitar pukul 06.00, tidak ada kebiasaan khusus yang dilakukan sebelum tidur, dan tidak ada benda-benda khusus yang dibawa saat tidur.

Saat sakit: An. N lebih banyak menghabiskan waktunya untuk tidur, dan bangun saat makan, minum dan mengkonsumsi obat.

3. Pola Aktivitas Bermain

Sebelum sakit: An. N mempunyai teman dekat baik di sekolah maupun disekitar rumah, kegiatan harian yang biasanya yang dilakukan An. N adalah sekolah, bermain dengan sebaya dan bermain game sendiri di rumah.

Saat sakit: An. N hanya tertidur dan tidak melakukan aktivitas apapun.

4. Pola Eliminasi

Sebelum sakit: Frekuensi BAK sehari 2-3 kali, warna kuning, bau amoniak. Frekuensi BAB 1 kali/hari, warna kuning kecoklatan, bau khas. An. N tidak menggunakan diapers.

Saat sakit: saat dikaji An. N sudah BAK 3 kali, warna kuning, hematuria (-), nyeri saat BAK (-), bau amoniak. Saat dikaji An. N sudah BAB 1 kali, warna hitam, bau khas, tidak ada haemoroid, konstipasi (-).

3.1.9 Keadaan Umum (Penampilan Umum)

1. Cara masuk

IGD : klien diantar oleh ibu dan kakak perempuannya menggunakan kendaraan pribadi. Pav 5: klien diantar dari IGD oleh pemandu menggunakan kursi roda.

2. Keadaan Umum

Klien tampak lemah, pucat, akral dingin, CRT < 2 detik, kesadaran composmentis, GCS 456, terpasang infus RL kolf ke-II (1500cc/24 jam)

3.1.10 Tanda-Tanda Vital

Tekanan darah: 90/60 mmHg, Suhu/Nadi: 36 °C / 110 x/menit, RR: 20x/menit, TB/BB: 124cm/22kg

3.1.11 Pemeriksaan Fisik

1. Pemeriksaan Kepala, Rambut dan Mata

Distribusi rambut merata, muka sembab.

2. Mata

Konjungtiva ananemis, sklera anikterik, mata tidak cowong.

3. Hidung

Lubang hidung simetris, terdapat septum hidung, tidak terdapat polip dan pernafasan cuping hidung, tidak ada epitaksis.

4. Telinga

Telinga anak tampak simetris antara kiri dan kanan, tidak ada lesi di kulit dan telinga bersih, tidak terjadi perdarahan pada telinga.

5. Mulut dan Tenggorokan

Mukosa bibir kering, tidak ada stomatitis, tidak terjadi perdarahan pada gusi.

6. Tenguk dan Leher

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


7. Thorax/Dada

Bentuk dada normal (normochest), tidak ada petekie, ekspansi dada simetris, retraksi dada minimal, fraktur iga (-), suara nafas vesikuler bilateral, tidak terdapat suara nafas tambahan (Rh -/-, Wh -/), CRT < 2 detik, akral hangat, suara jantung S1 dan S2 tunggal di ICS mid clavicula sinistra 4-5 (murmur (-), gallop (-)), ictus cordis teraba di ICS 5 linea medio claviularis kiri sebelah kiri selebar 1 cm.

8. Punggung

Tidak ada kelainan bentuk punggung.

9. Abdomen

Abdomen simetris, petekie (-), asites (-), auskultasi bising usus +17x/menit, teraba hepatosplenomegali, nyeri tekan (+), nyeri disebabkan karena pembengkakann hati, nyeri seperti cekot-cekot dan panas, ada nyeri tekan pada abdomen , skala nyeri 4, nyeri dirasakan ketika di tekan pada bagian perut.

10. Kelamin dan Daerah Sekitarnya (Genetalia dan Anus)

Keadaan genetalia bersih,tidak ada kelainan, tidak terjadi pendarahan dari rektal dan vagina.

11. Musculoskeletal

Polidaktili (-), sindaktili (-), nyeri pada persendian kaki, pergerakan sendi bebas, kekuatan otot: Saat tangan dan kaki diberikan tekanan, anak bisa melawan tekanan dari pemeriksa

$$\begin{array}{r} 5555 \ 5555 \\ \hline 5555 \ 5555 \end{array}$$

12. Integumen

Turgor kembali dalam waktu 1 detik, CRT < 2 detik, terdapat ptekie pada kedua lengan (kanan dan kiri). Tidak terdapat luka pada kaki, ptekie pada kaki (-), terdapat edema pada kaki .

3.1.12 Tingkat Perkembangan

1. Adaptasi Sosial

Saat dikaji An.N sedang berbaring di atas tempat tidur dan tidak rewel ataupun menangis, anak menurut jika dilakukan tindakan oleh perawat.

2. Bahasa

Kemampuan bahasa anak lancar, saat ditanya bagaimana keluhan yang dirasakan anak bisa mengungkapkan nyeri, tapi kadang-kadang anak hanya mengangguk dan menggeleng saat ditanya.

3. Kesimpulan

Perkembangan An.N berjalan dengan baik dan berkembang sesuai dengan tahap perkembangan yang sejalan dengan penambahan usia.

Perkembangan Psikososial: Ibu mengungkapkan An.N sudah sekolah kelas 4 SD, An.N mempunyai banyak teman baik di sekolah maupun disekitar rumahnya.

Perkembangan Kognitif: Perkembangan kognitif An.N baik yang dilihat dari kemampuan An.N saat ditanya oleh perawat, dan bertanya tentang tindakan yang akan dilakukan oleh perawat serta membandingkan tentang tindakan yang diperolehnya saat MRS dengan temannya yang juga sedang dirawat dengan penyakit yang sama yaitu DHF.

Perkembangan Psikoseksual: An. N pasien hanya mau dimandikan dan dibantu memenuhi kebutuhan hygiene oleh ibunya saja karena anak merasa malu. Anak menghabiskan waktunya selama di rumah sakit dengan bermain game dan tidur.

3.1.13 Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan Laboratorium

Didapatkan data penunjang dari laboratorium pada tanggal 10 Juni 2020, menunjukkan hasil WBC $4,2 \cdot 10^3/uL$ (N: 4.0-10.0), HGB 11,0 g/dl (N: 11.0-16.0), RBC $4,73 \cdot 10^6/uL$ (N: 3.50-5.50), HCT 39,1 % (N: 37.0-54.0), PLT $95 \cdot 10^3/uL$ (N: 150-400), PCT 0,087% (N:0.108-0.282).


2. Terapi

Pasien mendapatkan terapi pada tanggal 10 Juni 2020 yaitu: D5 $\frac{1}{2}$ Ns 1500cc/24 jam, injeksi invomit 0,5 K/P (per IV), injeksi antrain 250 mg K/P (per IV), injeksi ranitidine 2x20mg (per IV), sirup Antasida 3x1 cth (per oral), racikan patacetamol/CTM 3x1 bungkus (per oral), Vitamin B complex 2x1 tablet (per oral).

3. Hasil USG *Upper Abdomen* dan *Lower*: kesimpulan *hepatosplenomegaly*.

3.2 Analisa Data

Hasil pengkajian pada pasien didapatkan diagnosa keperawatan, yaitu:

1. Risiko Syok berhubungan dengan perpindahan cairan intravaskuler ke jaringan ekstrasvaskuler yang ditandai oleh membrane mukosa tampak kering, akral dingin, kering, pucat, edema pada kaki, balance cairan: intake lebih banyak dibandingkan dengan output, observasi tanda-tanda vital: TD 90/60 mmHg, N 110 x/mnt, S 36 °C, RR 20 x/mnt, hasil nilai laboratorium: trombosit $95 \times 10^3/\text{uL}$ (150.000-350.000), Hct 41% (37.0-54.0).
2. Risiko Perdarahan berhubungan dengan trombositopenia yang ditandai dengan keadaan umum pasien lemah, tampak muncul ptekie di kedua lengan, kesadaran komposmentis, feses berwarna hitam, hasil laboratorium trombosit : $95 \times 10^3/\text{uL}$ (150.000-350.000), tidak ada perdarahan pada hidung dan gusi, hasil observasi tanda-tanda vital: TD 90/60 mmHg, N 110 x/mnt, S 36 °C, RR 20 x/mnt, kekuatan nadi lemah.
3. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi ditandai dengan nyeri disebabkan karena pembengkakan hati, nyeri seperti cekot-cekot dan panas, ada nyeri tekan pada abdomen , skala nyeri 4, nyeri dirasakan ketika di tekan pada bagian perut.pasien tampak meringis, terdapat hepatosplenomegali, observasi tanda-tanda vital: TD 90/60 mmHg, N 110 x/mnt, S 36 °C, RR 20 x/mnt, kekuatan nadi lemah.
4. Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan), ibu pasien mengatakan jika nafsu makan An.N menurun,

BB=22kg TB= 122cm IMT= 14 (kurang), porsi makan An.N hanya habis ¼ piring saja, membrane mukosa kering, bising usus 17x/menit, hasil laboratorium: HGB 11,0 g/dL

3.3 Intervensi Keperawatan

1. Resiko syok berhubungan dengan perpindahan cairan intravaskuler ke jaringan ekstrasvaskuler.

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka tingkat syok menurun. Dengan kriteria hasil: tanda-tanda vital membaik (TD: 120/80mmHg, N: 60-100x/menit, RR: 20x/menit), edema perifer menurun (tidak ada pitting edema), turgor kulit membaik (cubitan kembali dalam 2 detik).

Intervensi: 1) Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, dan tekanan darah) setiap 4 jam, 2) Monitor intake dan output pasien per 24 jam, 3) Monitor hasil nilai laboratorium (PLT,HGB, Hct), 4) monitor edema pada kaki pasien, 5) monitor turgor kulit dan mukosa bibir pasien, 6) jelaskan kepada pasien dan keluarga tanda gejala terjadinya syok antara lain akral dingin, tensi menurun, nadi cepat, 7) Anjurkan kepada keluarga pasien untuk memberikan anak minum air putih, atau mengkonsumsi banyak cairan, 8) Edukasi kepada pasien untuk mengkonsumsi buah yang banyak mengandung air seperti semangka dan papaya, 9) kolaborasi dalam pemberian obat diuretic sesuai dosis dokter.

2. Resiko perdarahan berhubungan dengan trombositopenia

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka tingkat perdarahan menurun. Dengan kriteria hasil: nilai laboratorium membaik

(HGB 11.0-16.0 d/dL, PLT 150-400 $10^3/uL$), perdarahan kulit menurun (tidak ada ptekie),

Intervensi: 1) Identifikasi penyebab perdarahan, 2) Monitor hasil laboratorium (trombosit/PLT), 3) monitor tanda-tanda vital setiap 4 jam, 4) Edukasi kepada keluarga pasien proses terjadinya penyakit, 5) Edukasi kepada keluarga untuk memberikan jus jambu merah untuk menaikkan kadar trombosit (Rahayuningrum, 2019), 6) Edukasi kepada keluarga untuk memberikan jus kurma pada anak untuk meningkatkan kadar trombosit dalam tubuh (Aritonang, 2018), 7) Anjurkan kepada keluarga untuk segera melapor apabila ada tanda perdarahan berlanjut (mimisan, BAB darah, maupun perdarahan gusi), 8) Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan perdarahan, jika perlu,

3. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Tujuan: setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka tingkat nyeri berkurang. Dengan kriteria hasil: keluhan nyeri menurun (ekspresi wajah rileks), skala nyeri menurun (sedang ke ringan), pola tidur membaik. Ekspresi meringis menurun, tanda-tanda vital membaik (N: 60-100x/menit, RR: 20x/menit).

Intervensi: 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, 2) observasi tanda-tanda vital (nadi dan pernafasan) setiap 4 jam, 3) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri pasien seperti distraksi dan relaksasi, mendengarkan music, dan lain-lain. 4) Anjurkan kepada pasien teknik manajemen nyeri non farmakologi dengan mengompres air hangat menggunakan

kantong kompres berisi air hangat di bagian yang nyeri, 5) Kolaborasi dalam pemberian analgetik, jika perlu.

4. Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan).

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka status nutrisi membaik. Dengan kriteria hasil: nafsu makan membaik (porsi makan habis), nyeri abdomen menurun. Hasil laboratorium membaik (HGB: 11.0-16.0 g/dL).

Intervensi: 1) Monitor asupan makanan setiap 8 jam, 2) Monitor nilai laboratorium (hemoglobin), 3) Berikan makanan sesuai selera pasien dengan cara memberikan sedikit tetapi sering, 4) Edukasi kepada keluarga pasien tentang nutrisi pada anak dengan cara melakukan pendidikan kesehatan mengenai makanan seimbang, menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat, 5) Kolaborasi pemberian medikasi seperti obat pereda nyeri, anti mual, anti muntah), jika perlu.

3.4 Implementasi Keperawatan

1. Risiko syok berhubungan dengan perpindahan cairan intravaskuler ke jaringan ekstrasvaskuler.

Intervensi yang sudah di buat di implementasikan sesuai dengan kondisi pasien, implementasi dilakukan mulai tanggal 11-13 Juni 2020 (terhitung 3 hari). Implementasi pada hari pertama adalah pada pukul 01.30 WIB, sesuai dengan intervensi yang telah dibuat untuk menangani masalah risiko syok adalah 1) memonitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, dan tekanan darah) setiap 8 jam, (08.00 WIB → TD 90/60 mmHg, N 110 x/mnt, RR 20

x/mnt, S 36 °C, 12.00 WIB → TD 90/70mmHg, N 100x/menit RR 20x/menit, S 36 °C, 16.00 WIB → 90/70mmHg, N 90x/menit RR 20x/menit, S 36,3 °C, 20.00 WIB → 90/70mmHg, N 90x/menit RR 20x/menit, S 36,3 °C, 00.00 WIB → 90/80mmHg, N 90x/menit RR 20x/menit, S 37,3 °C, 04.00 WIB → 100/80mmHg, N 90x/menit RR 20x/menit, S 36,3 °C), 2) memonitor intake dan output pasien selama 24 jam (07.00 WIB → intake ±1720cc-output ±1318cc= 402cc/24 jam), 3) memonitor hasil nilai laboratorium (HGB 11,0 g/dl, HCT 41 %, PLT 95 10³/uL.), 4) monitor edema pada kaki pasien, 5) memonitor turgor kulit dan mukosa bibir pasien, 6) menjelaskan kepada pasien dan keluarga tanda gejala terjadinya syok antara lain akral dingin, tensi menurun, nadi cepat, 7) menganjurkan kepada keluarga pasien untuk memberikan anak minum air putih, atau mengkonsumsi banyak cairan, 8) mengedukasi kepada pasien untuk mengkonsumsi buah yang banyak mengandung air seperti semangka dan papaya.

Implementasi yang dilakukan pada hari kedua adalah 1) memonitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, dan tekanan darah) setiap 4 jam (08.00 WIB → TD 100/60 mmHg, N 110 x/mnt, RR 20 x/mnt, S 36 °C, 12.00 WIB → TD 110/70mmHg, N 100x/menit RR 20x/menit, S 36 °C, 16.00 WIB → 110/70mmHg, N 89x/menit RR 20x/menit, S 36,7 °C, 20.00 WIB → 110/70mmHg, N 90x/menit RR 20x/menit, S 36,3 °C, 00.00 WIB → 100/80mmHg, N 99x/menit RR 20x/menit, S 36,3 °C, 04.00 WIB → 110/70mmHg, N 112x/menit RR 20x/menit, S 36,7 °C), 2) memonitor intake dan output pasien per 24 jam (07.00 WIB → intake ± 2500cc-output ±1568cc= 932/24 jam), 3) memonitor hasil nilai

laboratorium (HGB 11,3g/dl, HCT 39%, PLT $150 \times 10^3/\mu\text{L}$), 4) memonitor edema pada kaki pasien, 5) memonitor turgor kulit dan mukosa bibir pasien, 7) menganjurkan kepada keluarga pasien untuk memberikan anak minum air putih, atau mengkonsumsi banyak cairan, 8) mengedukasi kepada pasien untuk mengkonsumsi buah yang banyak mengandung air seperti semangka dan papaya.

Implementasi yang dilakukan pada hari ketiga adalah 1) memonitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, dan tekanan darah) (08.00 WIB \rightarrow TD 110/70 mmHg, N 115 x/mnt, RR 20 x/mnt, S 36,5 °C), 3) memonitor hasil nilai laboratorium (HGB 13,4 g/dl, HCT 39%, PLT $220 \times 10^3/\mu\text{L}$), 5) memonitor turgor kulit dan mukosa bibir pasien, 7) menganjurkan kepada keluarga pasien untuk memberikan anak minum air putih, atau mengkonsumsi banyak cairan. Resiko perdarahan berhubungan dengan trombositopenia

Intervensi yang sudah di buat di implementasikan sesuai dengan kondisi pasien, implementasi dilakukan mulai tanggal 11-13 Juni 2020 (terhitung 3 hari). Implementasi pada hari pertama adalah pada pukul 01.30 WIB, sesuai dengan intervensi yang telah dibuat untuk menangani masalah risiko perdarahan adalah 1) mengidentifikasi penyebab perdarahan, 2) memonitor hasil laboratorium (PLT $95 \times 10^3/\mu\text{L}$), 3) memonitor tanda-tanda vital setiap 4 jam (08.00 WIB \rightarrow TD 90/60 mmHg, N 110 x/mnt, RR 20 x/mnt, S 36 °C, 12.00 WIB \rightarrow TD 90/70mmHg, N 100x/menit RR 20x/menit, S 36 °C, 16.00 WIB \rightarrow 90/70mmHg, N 90x/menit RR 20x/menit, S 36,3 °C, 20.00 WIB \rightarrow 90/70mmHg, N 90x/menit RR 20x/menit, S 36,3 °C, 00.00 WIB \rightarrow 90/80mmHg, N 90x/menit RR 20x/menit, S 37,3 °C, 04.00 WIB \rightarrow

100/80mmHg, N 90x/menit RR 20x/menit, S 36,3 °C), 4) mengedukasi kepada keluarga pasien proses terjadinya penyakit, 6) mengedukasi kepada keluarga untuk memberikan jus jambu merah untuk menaikkan kadar trombosit, 7) mengedukasi kepada keluarga untuk memberikan jus kurma pada anak untuk meningkatkan kadar trombosit dalam tubuh, 8) menganjurkan kepada keluarga untuk segera melapor apabila ada tanda perdarahan berlanjut (mimisan, BAB darah, maupun perdarahan gusi).

Implementasi yang dilakukan pada hari kedua adalah 2) memonitor hasil laboratorium (PLT $150 \times 10^3/uL$), 3) memonitor tanda-tanda vital setiap 4 jam (08.00 WIB → TD 100/60 mmHg, N 110 x/mnt, RR 20 x/mnt, S 36 °C, 12.00 WIB → TD 110/70mmHg, N 100x/menit RR 20x/menit, S 36 °C, 16.00 WIB → 110/70mmHg, N 89x/menit RR 20x/menit, S 36,7 °C, 20.00 WIB → 110/70mmHg, N 90x/menit RR 20x/menit, S 36,3 °C, 00.00 WIB → 100/80mmHg, N 99x/menit RR 20x/menit, S 36,3 °C, 04.00 WIB → 110/70mmHg, N 112x/menit RR 20x/menit, S 36,7 °C), 6) mengedukasi kepada keluarga untuk memberikan jus jambu merah untuk menaikkan kadar trombosit, 7) mengedukasi kepada keluarga untuk memberikan jus kurma pada anak untuk meningkatkan kadar trombosit dalam tubuh,

Implementasi yang dilakukan pada hari ketiga adalah 2) memonitor hasil laboratorium (PLT $220 \times 10^3/uL$), 3) memonitor tanda-tanda vital (08.00 WIB → TD 110/70 mmHg, N 115 x/mnt, RR 20 x/mnt, S 36,5 °C), 6) mengedukasi kepada keluarga untuk memberikan jus jambu merah untuk menaikkan kadar trombosit.

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Intervensi yang sudah di buat di implementasikan sesuai dengan kondisi pasien, implementasi dilakukan mulai tanggal 11-13 Juni 2020 (terhitung 3 hari). Implementasi pada hari pertama adalah pada pukul 01.30 WIB, sesuai dengan intervensi yang telah dibuat untuk menangani masalah nyeri akut adalah 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri (Pasien mengatakan nyeri uluh hati, nyeri dirasakan seperti cekot-cekot dan terasa panas, nyeri berada di perut bagian kiri, dengan skala 4 (1-10), nyeri hilang timbul), 2) observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam (08.00 WIB → N 110 x/mnt, RR 20 x/mnt, 12.00 WIB → N 100x/menit RR 20x/menit, 16.00 WIB → N 90x/menit RR 20x/menit, 20.00 WIB → N 90x/menit RR 20x/menit, 00.00 WIB → N 90x/menit RR 20x/menit, 04.00 WIB → N 90x/menit RR 20x/menit), 3) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri pasien seperti distraksi dan relaksasi, mendengarkan music, dan lain-lain. 4) Anjurkan kepada pasien teknik manajemen nyeri non farmakologi dengan mengompres air hangat menggunakan kantong kompres berisi air hangat di bagian yang nyeri, 5) Kolaborasi dalam pemberian analgetik (Inj. Antrain 250 mg K/P).

Implementasi yang dilakukan pada hari kedua adalah 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri (Pasien mengatakan nyeri uluh hati, nyeri dirasakan seperti cekot-cekot dan terasa panas, nyeri berada di perut bagian kiri, dengan skala 2 (1-10), nyeri hilang timbul), 2) observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam (08.00 WIB → N 110 x/mnt, RR 20 x/mnt, 12.00 WIB → N 100x/menit RR 20x/menit, 16.00 WIB → N 89x/menit RR 20x/menit, 20.00 WIB → N

90x/menit RR 20x/menit, 00.00 WIB → N 99x/menit RR 20x/menit, 04.00 WIB → N 112x/menit RR 20x/menit), 3) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri pasien seperti distraksi dan relaksasi, mendengarkan music, dan lain-lain. 4) Anjurkan kepada pasien teknik manajemen nyeri non farmakologi dengan mengompres air hangat menggunakan kantong kompres berisi air hangat di bagian yang nyeri.

Implementasi yang dilakukan pada hari ketiga adalah 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri (Pasien mengatakan nyeri uluh hati, nyeri dirasakan seperti cekot-cekot, nyeri berada di perut bagian kiri, dengan skala 1 (1-10), nyeri hilang timbul), 2) observasi tanda-tanda vital (08.00 WIB → N 115 x/mnt, RR 20 x/menit), 3) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri pasien seperti mendengarkan music.

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

Intervensi yang sudah di buat di implementasikan sesuai dengan kondisi pasien, implementasi dilakukan mulai tanggal 11-13 Juni 2020 (terhitung 3 hari). Implementasi pada hari pertama adalah pada pukul 01.30 WIB, sesuai dengan intervensi yang telah dibuat untuk menangani masalah risiko defisit nutrisi adalah 1) memonitor asupan makanan setiap 8 jam, 2) memonitor nilai laboratorium (HGB 11,0 g/dl), 3) Berikan makanan sesuai selera pasien dengan cara memberikan sedikit tetapi sering, 4) mengedukasi keluarga pasien tentang nutrisi pada anak dengan cara melakukan pendidikan kesehatan mengenai makanan seimbang, menerapkan perilaku

hidup bersih dan sehat, 5) kolaborasi pemberian medikasi seperti obat pereda nyeri, anti mual, anti muntah, jika perlu. (Inj. Ranitidin 2x20 mg, Syr. Antasida 3x1 cth, Inj. Invomit 0,5 K/P, Inj. Antrain 250 mg K/P).

Implementasi yang dilaksanakan pada hari kedua adalah 1) memonitor asupan makanan setiap 8 jam, 2) memonitor nilai laboratorium (HGB 11,3 g/dl), 3) Berikan makanan sesuai selera pasien dengan cara memberikan sedikit tetapi sering, 5) kolaborasi pemberian medikasi seperti obat pereda nyeri, anti mual, anti muntah, jika perlu. (Inj. Ranitidin 2x20 mg, Syr. Antasida 3x1 cth, Inj. Invomit 0,5 K/P, Inj. Antrain 250 mg K/P).

Implementasi yang dilakukan pada hari ketiga adalah 1) memonitor asupan makanan setiap 8 jam, 2) memonitor nilai laboratorium (HGB 13,4 g/dl), 5) kolaborasi pemberian medikasi seperti obat pereda nyeri, anti mual, anti muntah, jika perlu. (Inj. Ranitidin 2x20 mg, Syr. Antasida 3x1 cth, Inj. Invomit 0,5 K/P, Inj. Antrain 250 mg K/P).

3.5 Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan intervensi dan implementasi pada An.N dengan diagnose medis *dengue haemorrhagic fever* (dhf), penulis melakukan evaluasi selama proses keperawatan tersebut adalah sebagai berikut:

1. Resiko syok berhubungan dengan perpindahan cairan intravaskuler ke jaringan ekstrasvaskuler.

Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada tanggal 11 Juni 2020 pukul 07.00 WIB, didapatkan masalah risiko syok berhubungan dengan kekurangan volume cairan

belum dapat teratasi yang ditandai dengan membrane mukosa tampak kering, akral dingin, kering, pucat, balance cairan +932, terdapat edema kaki, observasi ttv: 100/80mmHg, N 90x/menit RR 20x/menit, S 36,3 °C, hasil laboratorium: Trombosit : $95 \times 10^3/\mu\text{L}$, HCT : 41 %. Dari hasil data tersebut dapat dibuktikan bahwa masalah risiko syok belum dapat teratasi, oleh karena itu perawat haru melanjutkan intervensi pada nomor 1,2,3,4,5, 7, dan 8.

Evaluasi keperawatan pada hari kedua yang dilakukan pada tanggal 12 Juni 2020 pukul 07.00 WIB, didapatkan masalah risiko syok berhubungan dengan kekurangan volume cairan belum dapat teratasi yang ditandai dengan membrane mukosa lembab, turgor kulit baik, balance cairan +402, edema kaki berkurang, observasi ttv: 110/70mmHg, N 112x/menit RR 20x/menit, S 36,7 °C, hasil laboratorium: Trombosit : $150 \times 10^3/\mu\text{L}$, HCT : 39%. Dari hasil data tersebut dapat dibuktikan bahwa masalah risiko syok teratasi sebagian, oleh karena itu perawat haru melanjutkan intervensi pada nomor 1,5, dan 7.

Evaluasi keperawatan pada hari ketiga yang dilakukan pada tanggal 13 Juni 2020 pukul 10.10 WIB, didapatkan masalah risiko syok berhubungan dengan kekurangan volume cairan belum dapat teratasi yang ditandai dengan membrane mukosa lembab, turgor kulit baik, observasi ttv: TD 100/70 mmHg, N 110 x/mnt, S 36 °C, RR 20 x/mnt, hasil laboratorium: Trombosit : $220 \times 10^3/\mu\text{L}$, HCT : 41,9%. Dari hasil data tersebut dapat dibuktikan bahwa masalah risiko syok teratasi, oleh karena itu intervensi dapat dihentikan. pasien diperbolehkan KRS. *Discharge Planning:* Perawat memberikan penyuluhan perawatan dan pencegahan kejadian ulangan pada

pasien dan keluarga, mengedukasi untuk meminta bubuk abatte untuk di taburkan ke bak mandi ke petugas kesehatan terdekat ,Jadwal control : Hari : Senin, 17/06/2020 Pukul : 08:00 Ruang : Poli Anak, Obat pulang : Paracetamol 3x1 bks, B Com 2x1 tab, Antasida 3x1 cth.

2. Risiko perdarahan berhubungan dengan trombositopenia

Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada tanggal 11 Juni 2020 pukul 07.00 WIB, didapatkan masalah risiko perdarahan berhubungan dengan trombositopenia belum dapat teratasi yang ditandai dengan keadaan pasien lemah, feses berwarna hitam, hasil observasi tanda-tanda vital 100/80mmHg, N 90x/menit RR 20x/menit, S 36,3 °C), hasil laboratorium PLT $95 \cdot 10^3/uL$, masih terdapat ptekie di kedua lengan. Dari hasil data tersebut membuktikan bahwa masalah risiko perdarahan belum teratasi dan perawat harus tetap melanjutkan intervensi pada nomor 2,3,6,dan 7.

Evaluasi keperawatan pada hari kedua yang dilakukan pada tanggal 12 Juni 2020 pukul 07.00 WIB, didapatkan masalah risiko perdarahan berhubungan dengan trombositopenia belum dapat teratasi yang ditandai dengan pasien masih tampak lemas, feses hitam kecoklatan, observasi tanda-tanda vital 110/70mmHg, N 112x/menit RR 20x/menit, S 36,7 °C, hasil laboratorium PLT $150 \cdot 10^3/uL$, ptekie tampak mulai berkurang pada kedua lengan. Dari hasil data tersebut membuktikan bahwa masalah risiko perdarahan teratasi sebagian dan perawat harus tetap melanjutkan intervensi pada nomor 2,3, dan 6.

Evaluasi keperawatan pada hari ketiga yang dilakukan pada tanggal 13 Juni 2020 pukul 10.10 WIB, didapatkan masalah risiko perdarahan berhubungan dengan

trombositopenia belum dapat teratasi yang ditandai dengan pasien sudah tidak tampak lemas, TD 110/70 mmHg, N 115 x/mnt, RR 20 x/mnt, S 36,5 °C, hasil laboratorium PLT $220 \times 10^3/uL$, ptekie tampak mulai hilang pada kedua lengan. Dari hasil data tersebut membuktikan bahwa masalah risiko perdarahan teratasi dan intervensi dihentikan, pasien diperbolehkan KRS. *Discharge Planning*: perawat memberikan penyuluhan perawatan dan pencegahan kejadian ulangan pada pasien dan keluarga, mengedukasi untuk meminta bubuk abatte untuk di taburkan ke bak mandi ke petugas kesehatan terdekat ,Jadwal control : Hari : Senin, 17/06/2020 Pukul : 08:00 Ruang : Poli Anak, Obat pulang : Paracetamol 3x1 bks, B Com 2x1 tab, Antasida 3x1 cth.

3. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.

Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada tanggal 11 Juni 2020 pukul 07.00 WIB, didapatkan masalah Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis yang dapat ditandai dengan Pasien mengatakan nyeri uluh hati, nyeri dirasakan seperti cekot-cekot dan terasa panas, nyeri berada di perut bagian kiri, dengan skala 4 (1-10), nyeri hilang timbul, wajah tampak menyeringai, terdapat hepatosplenomegali, hasil observasi TTV N 90x/menit RR 20x/menit. Dari hasil data tersebut dapat dibuktikan bahwa masalah nyeri akut belum teratasi, dan perawat harus melanjutkan intervensi pada nomor 1,2,3,dan 4.

Evaluasi keperawatan hari kedua yang dilakukan pada tanggal 12 Juni 2020 pukul 07.00 WIB, didapatkan masalah Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis yang dapat ditandai dengan Pasien mengatakan nyeri uluh hati, nyeri dirasakan seperti cekot-cekot, nyeri berada di perut bagian kiri, dengan skala 2

(1-10), nyeri hilang timbul, pasien nampak rileks. Hasil observasi TTV N 112x/menit RR 20x/menit. Dari hasil data tersebut dapat dibuktikan bahwa masalah nyeri akut teratasi sebagian, dan perawat harus melanjutkan intervensi pada nomor 1,2, dan 3.

Evaluasi keperawatan hari ketiga yang dilakukan pada tanggal 13 Juni 2020 pukul 10.10 WIB, didapatkan masalah Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis yang dapat ditandai dengan Pasien mengatakan sudah tidak nyeri uluh hati, nyeri dengan skala 1 (1-10), wajah pasien nampak rileks. Hasil observasi TTV N 115 x/mnt, RR 20 x/menit. Dari hasil data tersebut dapat dibuktikan bahwa masalah nyeri akut teratasi. Oleh karena itu intervensi dapat dihentikan. pasien diperbolehkan KRS. *Discharge Planning*: perawat memberikan penyuluhan perawatan dan pencegahan kejadian ulangan pada pasien dan keluarga, mengedukasi untuk meminta bubuk abatte untuk di taburkan ke bak mandi ke petugas kesehatan terdekat, Jadwal control : Hari : Senin, 17/06/2020 Pukul : 08:00 Ruang : Poli Anak, Obat pulang : Paracetamol 3x1 bks, B Com 2x1 tab, Antasida 3x1 cth.

4. Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan)

Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada tanggal 11 Juni 2020 pukul 07.00 WIB, didapatkan masalah Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan) yang dapat ditandai dengan ibu pasien mengatakan bahwa nafsu makan An.N menurun, An.N hanya menghabiskan ¼ porsi makan saja, An.N tampak lemah, mukosa bibir kering, BB- 22kg, TB= 122cm, IMT 14 (kurang), HGB

11 g/dL. Dari hasil data tersebut dapat dibuktikan bahwa masalah risiko defisit nutrisi belum teratasi, dan perawat harus melanjutkan intervensi pada nomor 1,2,3, dan 5.

Evaluasi keperawatan hari kedua yang dilakukan pada tanggal 12 Juni 2020 pukul 07.00 WIB, didapatkan masalah Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan) yang dapat ditandai dengan ibu pasien mengatakan An.N hanya menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makan saja, An.N tampak lemah, mukosa bibir lembab, BB- 22kg, TB= 122cm, IMT 14 (kurang), tidak ada mual dan muntah, HGB 11,3 g/dL. Dari hasil data tersebut dapat dibuktikan bahwa masalah risiko defisit nutrisi teratasi sebagian, dan perawat harus melanjutkan intervensi pada nomor 1,2, dan 5.

Evaluasi keperawatan hari ketiga yang dilakukan pada tanggal 13 Juni 2020 pukul 10.00 WIB, didapatkan masalah risiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan) yang dapat ditandai dengan ibu pasien mengatakan An.N hanya menghabiskan 1 porsi makanan, mukosa bibir lembab, BB- 22kg, TB= 122cm, IMT 14 (kurang), tidak ada mual dan muntah, HGB 13,4 g/dL. Dari hasil data tersebut dapat dibuktikan bahwa masalah risiko defisit nutrisi teratasi. Oleh karena itu intervensi dapat dihentikan. Pasien diperbolehkan KRS. *Discharge Planning*: perawat memberikan penyuluhan perawatan dan pencegahan kejadian ulangan pada pasien dan keluarga, mengedukasi untuk meminta bubuk abatte untuk di taburkan ke bak mandi ke petugas kesehatan terdekat, Jadwal control : Hari : Senin, 17/06/2020 Pukul : 08:00 Ruang : Poli Anak, Obat pulang : Paracetamol 3x1 bks, B Com 2x1 tab, Antasida 3x1 cth.

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini, penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) di ruang Paviliun V RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian Keperawatan

Penulis melakukan pengkajian pada An.N dengan melakukan anamnesa pada pasien dan keluarga, melakukan pemeriksaan fisik dan mendapatkan data dari pemeriksaan menunjang medis. Pembahasan akan dimulai dari :

4.1.1 Identitas

Pada tahap identitas pasien di tinjauan kasus didapatkan pasien berjenis kelamin perempuan dan berusia 11 tahun.

Menurut (Faldy et al., 2015), pada penyakit DHF paling sering menyerang anak-anak dengan usia <15 tahun, Hal ini disebabkan karena daya tahan tubuh kelompok umur < 12 tahun yang masih rendah daripada kelompok umur \geq 12 tahun.

Menurut penulis usia anak adalah usia dimana imunitas rendah dan sangat rentang terserang penyakit *dengue haemorrhagic fever* (dhf) ini, di sisi lain pada masa usia anak sekolah, mereka paling senang untuk bermain dengan teman sebayanya, oleh sebab itu mereka terkadang belum tahu apakah di lingkungan tempat bermain tersebut terdapat telur nyamuk tersebut sehingga anak sangat mudah sekali terjangkit penyakit DHF.

4.1.2 Keluhan Utama

Pada tinjauan kasus dijelaskan bahwa keluhan utama adalah ibu pasien mengatakan bahwa anaknya demam naik turun sudah 5 hari.

Menurut (Pratomo, 2011) tanda dan gejala yang dapat muncul pada penderita demam berdarah dengue yaitu : demam naik turun kisaran antara 2-7 hari, mual muntah dan penurunan nafsu makan, uji turnequet positif , terdapat pateki, nyeri otot atau sendi.

Menurut penulis gejala yang sering muncul pertama kali adalah demam $>38^{\circ}\text{C}$, dikarenakan virus dengue tersebut masuk ke pembuluh darah dan menyebabkan pembuluh darah tersebut terinfeksi dan salah satu tanda gejala adalah demam tinggi tanda dari tubuh mengkompensasi melawan virus tersebut.

4.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Pada tinjauan kasus, awal mula terjadi adalah ketika Ibu An.N mengatakan bahwa pada tanggal 07 Juni 2020 badan An.N panas sejak 5 hari yang lalu, kemudian Ny.Y membawa anaknya ke dokter praktek untuk di periksakan dan An.N hanya mendapat terapi obat penurun panas dan antibiotic, namun selang 3 hari minum obat dari dokter (tanggal 09 April 2017) suhu tubuh An.N kembali meningkat. Pada tanggal 10 Juni 2020 pukul 22.00 WIB suhu kembali turun tetapi muncul kemerahan pada kaki dan tangan.nya, kemudian pukul 23.32 WIB An.N dibawa ke IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dengan keadaan umum anak tampak lemah, pucat, akral hangat kering merah, panas (-), muntah (-), mual (-), TTV: TD 87/60 mmHg, N 91 x/menit, S 36,6 °C, RR 20 x/menit, SPO₂ 97%. Dilakukan pemeriksaan laboratorium

DL dengan hasil WBC $4,2 \times 10^3/\text{ul}$ (4,0-10,0), HB 13,5 g/dl (11,0-16,0), HCT 39,1 % (37,0-54,0), PLT $95 \times 10^3/\text{ul}$ (150-400), Rempelit Test (+), dan mendapatkan terapi infus D5 ½ S 1500 cc/24 jam, Injeksi Ranitidin ½, Injeksi Ceftriaxon 2x250 mg, Injeksi Invomit 0,5 mg K/P, Injeksi Antrain 300 mg K/P. Pukul 01.30 (11-06-2020) pasien dipindahkan dari IGD ke Paviliun V pada tanggal 11 Juni 2020 pukul 01.30 WIB dengan keadaan umum tampak lemah, akral dingin, mual (-), muntah (-), CRT < 2 detik, kesadaran composmentis, GCS 456, terpasang infus RL kolf ke-II (1500cc/24 jam), TD 90/60 mmHg, N 110 x/menit, S 36 °C, RR 20 x/menit.

Menurut (Kemenkes RI, 2020) Pada umumnya penderita DBD (Demam Berdarah Dengue) akan mengalami fase demam selama 2-7 hari, fase pertama: 1-3 hari ini penderita akan merasakan demam yang cukup tinggi 400C, kemudian pada fase ke-dua penderita mengalami fase kritis pada hari ke 4-5, pada fase ini penderita akan mengalami turunnya demam hingga 370C dan penderita akan merasa dapat melakukan aktivitas kembali (merasa sembuh kembali) pada fase ini jika tidak mendapatkan pengobatan yang adekuat dapat terjadi keadaan fatal, akan terjadi penurunan trombosit secara drastis akibat pemecahan pembuluh darah (pendarahan). Di fase yang ketiga ini akan terjadi pada hari ke 6-7 ini, penderita akan merasakan demam kembali, fase ini dinamakan fase pemulihan, di fase inilah trombosit akan perlahan naik kembali normal kembali.

4.1.4 Riwayat Kehamilan dan Persalinan

Pada tinjauan kasus An.A didapatkan Riwayat kehamilan Prenatal Care Ibu pasien mengatakan frekuensi pemeriksaan kehamilan 1 kali setiap bulannya dan 2

kali saat bulan terakhir menjelang persalinan, pemeriksaan dilakukan di bidan praktek, imunisasi TT (-), mengkonsumsi tablet Fe (+), tidak ada keluhan selama kehamilan. Natal Care Ibu pasien mengatakan An.N lahir pada usia kehamilan 8 bulan 2 minggu, penolong persalinan bidan, tidak ada penyulit selama proses persalinan, apgar score (tidak terkaji), BB lahir 2700 gr, PB (tidak terkaji). Post Natal Care Tidak ada riwayat ikterik, dan tidak ada riwayat penyakit lainnya yang diderita oleh An.N selama masa neonates.

Menurut (Candra, 2010), anak yang berusia dibawah 2 tahun bila lahir dari ibu yang terinfeksi virus *dengue* dan telah terjadi infeksi dari ibu ke anak tersebut maka dalam tubuh anak tersebut terjadi non neutralizing antibodies akibat adanya infeksi yang persisten yang berakibat pada terjadi peningkatan infeksi virus *dengue*.

4.1.5 Riwayat Masa Lampau

Pada tinjauan kasus An.A didapatkan Orangtua An.N mengatakan bahwa riwayat penyakit yang pernah di derita adalah batuk, pilek, dan panas, tidak pernah dirawat di RS dan hanya diperiksakan ke puskesmas, tidak mengkonsumsi obat-obatan apapun, tidak pernah menjalani tindakan operasi sebelumnya, tidak memiliki alergi obat maupun alergi makanan, imunisasi lengkap (HepatitisB 0, Polio, BCG, DPT, dan Campak).

Kekebalan host terhadap infeksi dipengaruhi oleh beberapa faktor, salah satunya adalah usia dan status gizi, usia lanjut akan menurunkan respon imun dan penyerapan gizi. Faktor daya tahan tubuh anak yang belum sempurna juga berperan dalam predisposisi morbiditas keterjangkitan DBD (Candra, 2010).

Menurut penulis, orang yang mempunyai riwayat penyakit ISPA memiliki kekebalan respon imunitas yang kurang. Jika respon imun tidak dijaga maupun di tingkatkan, kemungkinan beresiko besar terserang DBD dikarenakan imunitas yang rendah.

4.1.6 Pengkajian Keluarga

An.N adalah anak kedua dari Tn.M usia 48 tahun dan Ny.Y usia 42 tahun. Tn.M berpendidikan tamat SD, suku Madura, anak ke 1 dari 5 bersaudara, bekerja sebagai wiraswasta. Sedangkan ibu An.N adalah Ny.Y usia 42 tahun tamat SLTA, suku Jawa, anak 1 dari 3 bersaudara dan bekerja sebagai Ibu Rumah Tangga. Keluarga memiliki hubungan baik dengan anggota keluarga lainnya dan memiliki dukungan penuh dari tetangga sekitar untuk memeriksakan An.N ke rumah sakit.

4.1.7 Riwayat Sosial

Pasien diasuh dan tinggal bersama kedua orang tuanya dan satu kakak perempuannya, dan tidak ada masalah hubungan antara An.N dengan anggota keluarga lainnya, Hubungan An.N dengan teman sekolah dan teman disekitar rumahnya baik,

4.1.8 Kebutuhan Dasar

1. Pola Nutrisi

Pada tinjauan kasus An.A didapatkan hasil frekuensi makan 2 kali sehari, hanya menghabiskan $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ dari porsi makanan yang disediakan, tidak ada diet khusus yang diperoleh, nafsu makan kurang, dan An.N makan disuapi oleh keluarga.

Air minum yang dikonsumsi \pm 1500cc/hari, pasien tidak mempunyai alergi makanan apapun.

Menurut (Kurniawan et al, 2015), mual muntah merupakan gejala utama pasien DBD sehingga hampir semua pasien mengalaminya. Muntah yang biasanya diawali dengan rasa mual disebabkan oleh virus dengue yang menyebar sampai ke saluran pencernaan. Selanjutnya dari saluran pencernaan tersebut mengaktifkan pusat muntah yang berada di medula oblongata melalui jaras aferen nervus vagus dan dapat mengakibatkan nafsu makan berkurang.

Menurut penulis, nafsu makan menurun diakibatkan karena adanya nyeri ulu hati, sehingga membuat anak enggan untuk makan dan nafsu makan semakin menurun dan nutrisi yang masuk ke dalam tubuh anak menjadi tidak adekuat.

2. Pola Aktivitas/Bermain

Sebelum sakit: An. N mempunyai teman dekat baik di sekolah maupun disekitar rumah, kegiatan harian yang biasanya yang dilakukan An. N adalah sekolah, bermain dengan sebaya dan bermain game sendiri di rumah.

Saat sakit: An. N hanya tertidur dan tidak melakukan aktivitas apapun.

3. Pola Eliminasi

Pada tinjauan kasus An.A didapatkan hasil saat dikaji An. N sudah BAK 3 kali, warna kuning, hematuria (-), nyeri saat BAK (-), bau amoniak. Saat dikaji An. N sudah BAB 1 kali, warna hitam, bau khas, tidak ada haemoroid, konstipasi (-),

Menurut (Zulkoni, 2010), Diare merupakan salah satu gejala klinik dari penyakit demam berdarah tetapi penyakit diare bukan penyebab dari penyakit demam berdarah.

4.1.9 Tanda-Tanda Vital

Pada tinjauan kasus An.A didapatkan hasil pemeriksaan tanda-tanda vital pada An.N Tekanan darah: 90/60 mmHg, Suhu/Nadi: 36 °C / 110 x/menit, RR: 20x/menit, TB/BB: 124cm/22kg

Menurut (Vikri, 2019), Hipovolemia terjadi akibat infeksi virus dengue yang menyebabkan pelebaran pada dinding pembuluh darah yang menyebabkan perpindahan cairan dan plasma dari intravaskuler ke inertial yang menyebabkan hypovolemia dan jika tidak di atasi akan mengakibatkan *DSS (Dengue Shock Syndrome)*.

Menurut penulis, DBD terjadi dikarenakan kebocoran plasma sehingga dapat menyebabkan tanda gejala kekurangan cairan muncul seperti hipotensi, takikardia, akral dingin, dan jika tidak segera diatasi, maka akan muncul masalah syok. Hipotensi biasanya dikaitkan dengan syok berkepanjangan yang sering diikuti dengan pendarahan.

4.1.10 Pemeriksaan Fisik

1. Pemeriksaan Kepala dan Leher

Pada tinjauan kasus An.A saat pemeriksaan didapatkan distribusi rambut merata, sclera an ikterik, konjungtiva ananemis, mata tidak cowong, letak telinga simetris. Tidak ada epitaksis, tidak ada perdarahan pada gusi, mukosa bibir kering,

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


Menurut (Astika Dinar & Utama, 2017), sebuah hasil studi yang dilakukan di Rayong Hospital menyebutkan bahwa perdarahan saluran gastrointestinal (dalam bentuk hematemesis dan/ atau melena) merupakan gejala perdarahan berat yang paling sering ditemukan pada pasien anak.6 Begitu pula epistaksis (perdarahan hidung) dan uji tourniquet positif juga lebih sering ditemukan pada pasien anak. Sedangkan pada pasien DBD dewasa, manifestasi perdarahan yang sering ditemukan adalah perdarahan gusi. Berdasarkan hal tersebut maka penelitian ini dilakukan untuk mengetahui manifestasi perdarahan yang umum ditemukan pada pasien DBD anak

2. Thoraks/Dada

Pada tinjauan kasus An.A didapatkan menunjukkan bahwa bentuk dada normal (normochest), tidak ada petekie, ekspansi dada simetris, retraksi dada minimal, fraktur iga (-), suara nafas vesikuler bilateral, tidak terdapat suara nafas tambahan (Rh -/-, Wh -/), CRT < 2 detik, akral hangat, suara jantung S1 dan S2 tunggal di ICS mid clavicula sinistra 4-5 (murmur (-), gallop (-)), ictus cordis teraba di ICS 5 linea medio claviularis kiri sebelah kiri selebar 1 cm.

3. Abdomen

Pada tinjauan kasus An.A didapatkan bahwa abdomen simetris, petekie (-), asites (-), auskultasi bising usus +17x/menit, teraba hepatosplenomegali, nyeri tekan (+),nyeri disebabkan karena pembengkakann hati, nyeri seperti cekot-cekot dan

panas, ada nyeri tekan pada abdomen , skala nyeri 4, nyeri dirasakan ketika di tekan pada bagian perut.

Menurut (Utomo, 2017) Pembesaran hati pada umumnya ditemukan padapermulaan penyakit. Pembesaran bervariasi dari yang hanya sekedar dapat ditaba sampai 2-4 cm di bawah lengkungan iga kanan. Proses pembesaran hati ini dapat meramalkan adanya perjalanan penyakit DBD.

Menurut penulis, adanya pembesaran hati ini yang menyebabkan terjadinya nyeri pada uluh hati. Hepatomegali 90-98% dapat dijumpai pada anak.

4. Muskuloskeletal

Pada tinjauan kasus An.A didapatkan Polidaktili (-), sindaktili (-), nyeri pada persendian kaki, pergerakan sendi bebas, kekuatan otot: Saat tangan dan kaki diberikan tekanan, anak bisa melawan tekanan dari pemeriksa

$$\begin{array}{r} 5555 \ 5555 \\ \hline 5555 \ 5555 \end{array}$$

Menurut (Kurniawan et al., 2015), Keluhan nyeri otot atau pegal-pegal terkait dengan virus *dengue* yang mengganggu semua sel tubuh termasuk pada sel otot yang menyebabkan timbulnya keluhan nyeri otot. Hal ini mendukung penelitian Kumar et al (2010) yang menggambarkan 64,6% responden mengalami keluhan nyeri otot dan pegal-pegal.

5. Integumen

Pada tinjauan kasus An.A didapatkan Turgor kembali dalam waktu 1 detik, kuku pendek dan bersih, CRT kembali dalam waktu <2 detik, terdapat ptekie pada

kedua lengan. Tidak terdapat luka pada kaki, petekie pada kaki (-), terdapat edema pada kedua kaki.

Menurut (Utomo, 2017), Penyebab terjadinya perdarahan pada penderita DBD adalah adanya vaskulopati, trombositopenia, dan gangguan fungsi trombosit, serta koagulasi intravaskuler yang menyeluruh. 15,8 Jenis perdarahan yang terbanyak adalah perdarahan pada kulit ditandai dengan uji tornikuet (uji Rumple Leed/uji bendung) positif, adanya petekie, purpura, ekimosis, dan perdarahan konjungtiva.

4.1.11 Pemeriksaan Penunjang

Didapatkan data penunjang dari laboratorium pada tanggal 10 Juni 2020, menunjukkan hasil WBC $4,2 \times 10^3/\mu\text{L}$ (N: 4.0-10.0), HGB 11,0 g/dl (N: 11.0-16.0), RBC $4,73 \times 10^6/\mu\text{L}$ (N: 3.50-5.50), HCT 39,1 % (N: 37.0-54.0), PLT $95 \times 10^3/\mu\text{L}$ (N: 150-400), PCT 0,087% (N:0.108-0.282).

Menurut (WHO, 2011), Trombositopenia dan hemokonsentrasi merupakan penemuan tetap dari DBD. Berkurangnya jumlah platelet di bawah 100.000 sel/mm³ biasanya terjadi pada hari ketiga-sepuluh. Jumlah sel darah putih dan neutrofil akan turun, hingga mencapai titik terendah di akhir fase demam. Perubahan pada jumlah total sel darah putih (berguna untuk memprediksi periode kritis kebocoran plasma. Hematokrit normal pada fase awal demam. Peningkatan kecil dapat terjadi karena demam tinggi, anoreksi, dan muntah. Peningkatan hematokrit secara tiba-tiba terlihat setelah jumlah platelet berkurang.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Pada diagnosa keperawatan terdapat ketidaksesuaian antara teori dan tinjauan kasus. Diagnosa yang muncul menurut (Nurarif & Kusuma, 2015), yaitu:

1. Hipertermi : gelisah, kejang, kulit kemerahan.
2. Resiko syok hipovolemik : hipotensi, infeksi, hipoksia.
3. Kekurangan volume cairan : membran mukosa kering, kulit kering, haus, Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit.
4. Resiko perdarahan : gangguan gastrointestinal, gangguan fungsi hati, kurang pengetahuan tentang kewaspadaan perdarahan.
5. Nyeri akut : ekspresi wajah nyeri (mata kurang bercahaya, meringis), perubahan selera makan, putus asa.
6. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh : diare, gangguan sensasi rasa, nyeri abdomen, penurunan BB dengan asupan makanan adekuat.

Dari pengkajian yang di dapat dari tinjauan kasus, ditemukan sebanyak 4 diagnosa yang muncul sesuai kondisi pasien yaitu:

1. Risiko Syok berhubungan dengan perpindahan cairan intravaskuler ke jaringan ekstrasvaskuler yang ditandai oleh membrane mukosa tampak kering, akral dingin, kering, pucat, edema pada kaki, balance cairan: intake lebih banyak dibandingkan dengan output, observasi tanda-tanda vital: TD 90/60 mmHg, N 110 x/mnt, S 36 °C, RR 20 x/mnt, hasil nilai laboratorium: trombosit $95 \times 10^3/uL$ (150.000-350.000), Hct 39,1% (37.0-54.0).


Risiko syok (D.0039 halaman 92) merupakan suatu kondisi dimana jantung tidak mampu memasok aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang dapat mengancam jiwa (PPNI, 2016). Masalah ini muncul akibat tubuh mengalami kebocoran plasma, sehingga cairan intravaskuler berpindah ke cairan ekstrasvaskuler, ditunjang dengan data akral dingin, kering dan pucat, serta terdapat edema pada kaki, serta *balance* cairan terhitung *intake* lebih banyak daripada output. Sehingga penulis mengangkat masalah ini menjadi prioritas dikarenakan terdapat peningkatan akut permeabilitas vaskuler yang mengarah ke kebocoran plasma ke dalam ruang ekstrasvaskuler, sehingga menimbulkan hemokonsentrasi dan penurunan tekanan darah dan menyebabkan DSS (*Dengue Shock Syndrome*), jika masalah kebocoran plasma dibiarkan maka akan terjadi komplikasi masuknya cairan ke dalam rongga paru, apabila masalah syok tersebut tidak segera tertangani maka akan mengakibatkan kondisi pasien tersebut menjadi bertambah buruk dan berlanjut pada kematian.

2. Risiko Perdarahan berhubungan dengan trombositopenia yang ditandai dengan keadaan umum pasien lemah, tampak muncul petekie di kedua lengan, kesadaran komposmentis, feses berwarna hitam, hasil laboratorium trombosit : $95 \times 10^3/uL$ (150.000-350.000), tidak ada perdarahan pada hidung dan gusi, hasil observasi tanda-tanda vital: TD 90/60 mmHg, N 110 x/mnt, S 36 °C, RR 20 x/mnt, kekuatan nadi lemah.

Menurut SDKI 2017 pada domain 0012 pada halaman 42, menjelaskan bahwa berisiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi di dalam tubuh) maupun

eksternal (terjadi hingga keluar tubuh). Pada saat terjadi peningkatan permeabilitas kapiler dan mengakibatkan kebocoran plasma sehingga menimbulkan manifestasi perdarahan, perdarahan disebabkan karena adanya adanya vaskulopati, trombositopenia, dan gangguan fungsi trombosit, serta koagulasi intravaskuler yang menyeluruh (Utomo, 2017). Menurut penulis, pasien mengalami resiko perdarahan dikarenakan adanya penurunan nilai trombosit, Jenis perdarahan paling banyak terjadi pada kasus demam berdarah antara lain ditandai dengan gejala yang paling ringan adanya uji tourniquet (+) ditunjukkan dengan munculnya ptekie di permukaan kulit.

3. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi ditandai dengan nyeri disebabkan karena pembengkakan hati, nyeri seperti cekot-cekot dan

panas, ada nyeri tekan pada abdomen , skala nyeri 4, nyeri dirasakan ketika di tekan pada bagian perut., pasien tampak meringis, terdapat hepatosplenomegali, observasi tanda-tanda vital: TD 90/60 mmHg, N 110 x/mnt, S 36 °C, RR 20 x/mnt, kekuatan nadi lemah.

Menurut SDKI 2017 Nyeri Akut (D.0077 halaman 172) adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan yang dapat ditandai dalam data mayor adalah pasien mengeluh nyeri dan data objektif pasien tampak meringis. Hal ini ditunjang oleh penelitian (Zein dkk, 2015), mengatakan bahwa didapatkan jumlah anak yang mengalami nyeri abdomen lebih banyak yaitu 34 penderita (68%). Menurut (Suriadi & Rita, 2010), mengatakan manifestasi klinis pada anak DBD adanya nyeri otot,

tulang sendi, abdomen dan ulu hati. Menurut penulis, nyeri yang timbul pada kasus tersebut adalah dikarenakan terdapat pembengkakan pada hati sehingga muncul manifestasi nyeri.

4. Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan), ibu pasien mengatakan jika nafsu makan An.N menurun, BB=22kg TB= 122cm IMT= 14 (kurang), porsi makan An.N hanya habis ¼ piring saja, membran mukosa kering, bising usus 17x/menit.

Menurut SDKI 2017 (D.0032 halaman 51) definisi risiko nutrisi adalah berisiko mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme. Penulis berasumsi bahwa diagnosa tersebut muncul ketika adanya nyeri hati yang mengakibatkan asam lambung naik dan menyebabkan terjadinya reflek mual bahkan muntah sehingga menyebabkan pasien tersebut menjadi anoreksia.

4.3 Intervensi

Perencanaan keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan, rencana tindakan dan penilaian asuhan keperawatan pada pasien/klien berdasarkan analisis data dan diagnosa keperawatan (Mulyanti, 2017).

Pembuatan intervensi keperawatan sesuai dengan diagnosa yang muncul pada tinjauan kasus. Setelah merumuskan diagnose keperawatan, penulis menyusun intervensi keperawatan yang meliputi prioritas masalah, tujuan, kriteria hasil dan rencana tindakan sesuai dengan kondisi klinis pasien .

1. Resiko syok berhubungan dengan perpindahan cairan intravaskuler ke jaringan ekstrasvaskuler.

Tujuan yang ingin dicapai penulis adalah Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka tingkat syok menurun. Dengan kriteria hasil: tanda-tanda vital membaik (TD: 120/80mmHg, N: 60-100x/menit, RR: 20x/menit), edema perifer menurun (tidak ada pitting edema), turgor kulit membaik (cubitan kembali dalam 2 detik).

Intervensi: 1) Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, dan tekanan darah) setiap 4 jam, 2) Monitor intake dan output pasien per 24 jam, 3) Monitor hasil nilai laboratorium (PLT,HGB, Hct), 4) monitor edema pada kaki pasien, 5) monitor turgor kulit dan mukosa bibir pasien, 6) jelaskan kepada pasien dan keluarga tanda gejala terjadinya syok antara lain akral dingin, tensi menurun, nadi cepat, 7) Anjurkan kepada keluarga pasien untuk memberikan anak minum air putih, atau mengkonsumsi banyak cairan, 8) Edukasi kepada pasien untuk mengkonsumsi buah yang banyak mengandung air seperti semangka dan papaya, 9) kolaborasi dalam pemberian obat diuretic sesuai dosis dokter.

Menurut (Salsabila, Shodikin, & Rachmawati, 2017) penelitian lain yang dilakukan menemukan bahwa kadar hematokrit yang meningkat merupakan tanda dan gejala hemokonsentrasi yang terjadi akibat kebocoran plasma ke ruang ekstrasvaskular disertai efusi cairan serosa melalui kapiler yang rusak. Akibat kebocoran ini volume plasma menjadi berkurang yang dapat mengakibatkan syok hipovolemik dan kegagalan sirkulasi. Menurut (Wayan, Andriani, & Tjitrosantoso, 2014), Pemberian

furosemid dapat diberikan pada penderita yang mengalami syok disertai diuresis tidak mencukupi 2 ml/KgBB/jam saat kebutuhan cairan sudah terpenuhi. Penulis berasumsi bahwa intervensi yang paling tepat adalah dengan rehidrasi cairan tubuh dan memantau *intake* dan *output* selama 24 jam, menghitung *balance* cairan sehingga tidak sampai terjadi pada kondisi *dengue shock syndrome* atau bahkan yang membuat kondisi pasien menurun.

2. Resiko perdarahan berhubungan dengan trombositopenia

Tujuan yang ingin dicapai penulis adalah Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka tingkat perdarahan menurun. Dengan kriteria hasil: nilai laboratorium membaik (HGB 11.0-16.0 d/dL, PLT 150-400 $10^3/uL$), perdarahan kulit menurun (tidak ada ptekie),

Intervensi: 1) Identifikasi penyebab perdarahan, 2) Monitor hasil laboratorium (trombosit/PLT), 3) monitor tanda-tanda vital setiap 4 jam, 4) Edukasi kepada keluarga pasien proses terjadinya penyakit, 6) Edukasi kepada keluarga untuk memberikan jus jambu merah untuk menaikkan kadar trombosit (Rahayuningrum, 2019), 7) Edukasi kepada keluarga untuk memberikan jus kurma pada anak untuk meningkatkan kadar trombosit dalam tubuh (Aritonang, 2018), 8) Anjurkan kepada keluarga untuk segera melapor apabila ada tanda perdarahan berlanjut (mimisan, BAB darah, maupun perdarahan gusi), 9) Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan perdarahan, jika perlu,

Menurut (WHO, 2011) menjelaskan bahwa Menurut WHO (2016) Penderita DBD mengalami perubahan pada sifat dinding pembuluh darahnya yaitu jadi mudah ditembus cairan (plasma) darah. Perembesan ini terjadi sebagai akibat reaksi imunologis antara virus dan sistem pertahanan tubuh. perembesan plasma yang terus-menerus menyebabkan penurunan jumlah trombosit dalam darah. Menurut (Astika Dinar & Utama, 2017), Sebuah hasil studi yang dilakukan di Rayong Hospital menyebutkan bahwa perdarahan saluran gastrointestinal (dalam bentuk hematemesis dan/ atau melena) merupakan gejala perdarahan berat yang paling sering ditemukan

pada pasien anak.⁶ Begitu pula epistaksis (perdarahan hidung) dan uji tourniquet positif juga lebih sering ditemukan pada pasien anak. Sedangkan pada pasien DBD dewasa, manifestasi perdarahan yang sering ditemukan adalah perdarahan gusi. Penulis berasumsi bahwa intervensi yang paling tepat adalah memantau hasil laboratorium terutama nilai trombosit agar tidak terjadi perdarahan berlanjut.

3. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Tujuan yang ingin di capai penulis adalah setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka tingkat nyeri berkurang. Dengan kriteria hasil: keluhan nyeri menurun (ekspresi wajah rileks), skala nyeri menurun (sedang ke ringan), pola tidur membaik. Ekspresi meringis menurun, tanda-tanda vital membaik (N: 60-100x/menit, RR: 20x/menit).

Intervensi: 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, 2) observasi tanda-tanda vital (nadi dan pernafasan) setiap 4 jam, 3) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri pasien seperti distraksi dan relaksasi, mendengarkan music, dan lain-lain. 4) Anjurkan kepada pasien teknik manajemen nyeri non farmakologi dengan mengompres air hangat menggunakan kantong kompres berisi air hangat di bagian yang nyeri, 5) Kolaborasi dalam pemberian analgetik, jika perlu.

Menurut (Kurniawan et al., 2015), sel fagosit mononuklear (monosit, makrofag, histiosit, dan sel Kupffer) merupakan tempat terjadinya infeksi primer virus dengue. Selanjutnya virus dengue akan bereplikasi dalam sel fagosit mononuklear yang telah terinfeksi. Kemudian sel tersebut akan menyebar ke usus, hati, limpa, dan

sumsum tulang dan akan menimbulkan berbagai gejala klinis antara lain hepatomegali yang dapat mengakibatkan nyeri. Menurut (Hayati & Hasanah, 2018), kompres dengan air panas dengan prinsip “konduksi”. Panas dapat menyebabkan pelebaran pembuluh darah yang mengakibatkan peningkatan sirkulasi darah. Secara fisiologis respon tubuh terhadap panas yaitu menyebabkan pelebaran pembuluh darah, menurunkan kekentalan darah, menurunkan ketegangan otot, meningkatkan metabolisme jaringan dan meningkatkan permeabilitas kapiler. Penulis berasumsi bahwa nyeri yang dirasakan oleh pasien berada pada kategori sedang, sehingga dimana pemberian obat analgetik perlu untuk di minimalisir, dan intervensi yang paling tepat adalah dengan cara meng kompres area nyeri dengan menggunakan air hangat yang dimasukkan ke dalam botol dan di lapisi handuk atau dengan menggunakan kantong kompres, kompres air hangat dapat membuat pembuluh darah mengalami vaso dilatasi, sehingga pembuluh darah dapat menjadi rileks dan keluhan nyeri berkurang.

4. Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan).

Tujuan yang diharapkan oleh penulis adalah Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka ststus nutrisi membaik. Dengan kriteria hasil: nafsu makan membaik (porsi makan habis), nyeri abdomen menurun. Hasil laboratorium membaik (HGB: 11.0-16.0 g/dL).

Intervensi: 1) Monitor asupan makanan setiap 8 jam, 2) Monitor nilai laboratorium (hemoglobin), 3) Berikan makanan sesuai selera pasien dengan cara

memberikan sedikit tetapi sering, 4) Edukasi kepada keluarga pasien tentang nutrisi pada anak dengan cara melakukan pendidikan kesehatan mengenai makanan seimbang, menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat, 5) Kolaborasi pemberian medikasi seperti obat pereda nyeri, anti mual, anti muntah), jika perlu.

Menurut (Wayan et al., 2014), Pemberian terapi antasida dapat diberikan pada penderita yang mengalami syok disertai mual muntah dan epigastrium yang tidak jelas yang disebabkan perbesaran hati yang progresif.

4.4 Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat maupun tenaga medis lainnya untuk membantu pasien menuju proses penyembuhan dan perawatan serta masalah kesehatan yang dihadapi pasien yang sebelumnya disusun dalam intervensi keperawatan (Putri, 2019).

Sesuai tinjauan kasus, implentasi yang dilaksanakan antara lain adalah sebagai berikut:

1. Resiko syok berhubungan dengan perpindahan cairan intravaskuler ke jaringan ekstrasvaskuler.

Intervensi yang sudah di buat di implementasikan sesuai dengan kondisi pasien, implementasi dilakukan mulai tanggal 11-13 Juni 2020 (terhitung 3 hari). Implementasi pada hari pertama adalah pada pukul 01.30 WIB, sesuai dengan intervensi yang telah dibuat untuk menangani masalah risiko syok adalah 1) memonitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, dan tekanan darah) setiap 8 jam, (08.00 WIB → TD 90/60 mmHg, N 110 x/mnt, RR 20

x/mnt, S 36 °C, 12.00 WIB → TD 90/70mmHg, N 100x/menit RR 20x/menit, S 36 °C, 16.00 WIB → 90/70mmHg, N 90x/menit RR 20x/menit, S 36,3 °C, 20.00 WIB → 90/70mmHg, N 90x/menit RR 20x/menit, S 36,3 °C, 00.00 WIB → 90/80mmHg, N 90x/menit RR 20x/menit, S 37,3 °C, 04.00 WIB → 100/80mmHg, N 90x/menit RR 20x/menit, S 36,3 °C), 2) memonitor intake dan output pasien selama 24 jam (.00 WIB → intake ± 2500cc-output ±1568cc= 932/24 jam), 3) memonitor hasil nilai laboratorium (HGB 11,0 g/dl, HCT 41 %, PLT 95 10³/uL.), 4) monitor edema pada kaki pasien, 5) memonitor turgor kulit dan mukosa bibir pasien, 6) menjelaskan kepada pasien dan keluarga tanda gejala terjadinya syok antara lain akral dingin, tensi menurun, nadi cepat, 7) menganjurkan kepada keluarga pasien untuk memberikan anak minum air putih, atau mengkonsumsi banyak cairan, 8) mengedukasi kepada pasien untuk mengkonsumsi buah yang banyak mengandung air seperti semangka dan papaya.

Implementasi yang dilakukan pada hari kedua adalah 1) memonitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, dan tekanan darah) setiap 4 jam (08.00 WIB → TD 100/60 mmHg, N 110 x/mnt, RR 20 x/mnt, S 36 °C, 12.00 WIB → TD 110/70mmHg, N 100x/menit RR 20x/menit, S 36 °C, 16.00 WIB → 110/70mmHg, N 89x/menit RR 20x/menit, S 36,7 °C, 20.00 WIB → 110/70mmHg, N 90x/menit RR 20x/menit, S 36,3 °C, 00.00 WIB → 100/80mmHg, N 99x/menit RR 20x/menit, S 36,3 °C, 04.00 WIB → 110/70mmHg, N 112x/menit RR 20x/menit, S 36,7 °C), 2) memonitor intake dan output pasien per 24 jam (07.00 WIB → intake ±1720cc-output ±1318cc= 402cc/24 jam), 3) memonitor hasil nilai

laboratorium (HGB 11,3g/dl, HCT 39%, PLT $150 \times 10^3/\mu\text{L}$), 4) memonitor edema pada kaki pasien, 5) memonitor turgor kulit dan mukosa bibir pasien, 7) menganjurkan kepada keluarga pasien untuk memberikan anak minum air putih, atau mengkonsumsi banyak cairan, 8) mengedukasi kepada pasien untuk mengkonsumsi buah yang banyak mengandung air seperti semangka dan papaya.

Implementasi yang dilakukan pada hari ketiga adalah 1) memonitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, dan tekanan darah) (08.00 WIB \rightarrow TD 110/70 mmHg, N 115 x/mnt, RR 20 x/mnt, S 36,5 °C), 3) memonitor hasil nilai laboratorium (HGB 13,4 g/dl, HCT 39%, PLT $220 \times 10^3/\mu\text{L}$), 5) memonitor turgor kulit dan mukosa bibir pasien, 7) menganjurkan kepada keluarga pasien untuk memberikan anak minum air putih, atau mengkonsumsi banyak cairan.

2. Resiko perdarahan berhubungan dengan trombositopenia

Intervensi yang sudah di buat di implementasikan sesuai dengan kondisi pasien, implementasi dilakukan mulai tanggal 11-13 Juni 2020 (terhitung 3 hari). Implementasi pada hari pertama adalah pada pukul 01.30 WIB, sesuai dengan intervensi yang telah dibuat untuk menangani masalah risiko perdarahan adalah 1) mengidentifikasi penyebab perdarahan, 2) memonitor hasil laboratorium (PLT $95 \times 10^3/\mu\text{L}$), 3) memonitor tanda-tanda vital setiap 4 jam (08.00 WIB \rightarrow TD 90/60 mmHg, N 110 x/mnt, RR 20 x/mnt, S 36 °C, 12.00 WIB \rightarrow TD 90/70mmHg, N 100x/menit RR 20x/menit, S 36 °C, 16.00 WIB \rightarrow 90/70mmHg, N 90x/menit RR 20x/menit, S 36,3 °C, 20.00 WIB \rightarrow 90/70mmHg, N 90x/menit RR 20x/menit, S 36,3 °C, 00.00 WIB \rightarrow 90/80mmHg, N 90x/menit RR 20x/menit, S 37,3 °C, 04.00 WIB \rightarrow

100/80mmHg, N 90x/menit RR 20x/menit, S 36,3 °C), 4) mengedukasi kepada keluarga pasien proses terjadinya penyakit, 6) mengedukasi kepada keluarga untuk memberikan jus jambu merah untuk menaikkan kadar trombosit, 7) mengedukasi kepada keluarga untuk memberikan jus kurma pada anak untuk meningkatkan kadar trombosit dalam tubuh, 8) menganjurkan kepada keluarga untuk segera melapor apabila ada tanda perdarahan berlanjut (mimisan, BAB darah, maupun perdarahan gusi).

Implementasi yang dilakukan pada hari kedua adalah 2) memonitor hasil laboratorium (PLT $150 \times 10^3/\mu\text{L}$), 3) memonitor tanda-tanda vital setiap 4 jam (08.00 WIB → TD 100/60 mmHg, N 110 x/mnt, RR 20 x/mnt, S 36 °C, 12.00 WIB → TD 110/70mmHg, N 100x/menit RR 20x/menit, S 36 °C, 16.00 WIB → 110/70mmHg, N 89x/menit RR 20x/menit, S 36,7 °C, 20.00 WIB → 110/70mmHg, N 90x/menit RR 20x/menit, S 36,3 °C, 00.00 WIB → 100/80mmHg, N 99x/menit RR 20x/menit, S 36,3 °C, 04.00 WIB → 110/70mmHg, N 112x/menit RR 20x/menit, S 36,7 °C), 6) mengedukasi kepada keluarga untuk memberikan jus jambu merah untuk menaikkan kadar trombosit, 7) mengedukasi kepada keluarga untuk memberikan jus kurma pada anak untuk meningkatkan kadar trombosit dalam tubuh,

Implementasi yang dilakukan pada hari ketiga adalah 2) memonitor hasil laboratorium (PLT $220 \times 10^3/\mu\text{L}$), 3) memonitor tanda-tanda vital (08.00 WIB → TD 110/70 mmHg, N 115 x/mnt, RR 20 x/mnt, S 36,5 °C), 6) mengedukasi kepada keluarga untuk memberikan jus jambu merah untuk menaikkan kadar trombosit.

3. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Intervensi yang sudah di buat di implementasikan sesuai dengan kondisi pasien, implementasi dilakukan mulai tanggal 11-13 Juni 2020 (terhitung 3 hari). Implementasi pada hari pertama adalah pada pukul 01.30 WIB, sesuai dengan intervensi yang telah dibuat untuk menangani masalah nyeri akut adalah 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri (Pasien mengatakan nyeri uluh hati, nyeri dirasakan seperti cekot-cekot dan terasa panas, nyeri berada di perut bagian kiri, dengan skala 4 (1-10), nyeri hilang timbul), 2) observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam (08.00 WIB → N 110 x/mnt, RR 20 x/mnt, 12.00 WIB → N 100x/menit RR 20x/menit, 16.00 WIB → N 90x/menit RR 20x/menit, 20.00 WIB → N 90x/menit RR 20x/menit, 00.00 WIB → N 90x/menit RR 20x/menit, 04.00 WIB → N 90x/menit RR 20x/menit), 3) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri pasien seperti distraksi dan relaksasi, mendengarkan music, dan lain-lain. 4) Anjurkan kepada pasien teknik manajemen nyeri non farmakologi dengan mengkompres air hangat menggunakan kantong kompres berisi air hangat di bagian yang nyeri, 5) Kolaborasi dalam pemberian analgetik (Inj. Antrain 250 mg K/P).

Implementasi yang dilakukan pada hari kedua adalah 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri (Pasien mengatakan nyeri uluh hati, nyeri dirasakan seperti cekot-cekot dan terasa panas, nyeri berada di perut bagian kiri, dengan skala 2 (1-10), nyeri hilang timbul), 2) observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam (08.00 WIB → N 110 x/mnt, RR 20 x/mnt, 12.00 WIB → N

100x/menit RR 20x/menit, 16.00 WIB→N 89x/menit RR 20x/menit, 20.00 WIB→ N 90x/menit RR 20x/menit, 00.00 WIB→N 99x/menit RR 20x/menit, 04.00 WIB→ N 112x/menit RR 20x/menit), 3) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri pasien seperti distraksi dan relaksasi, mendengarkan music, dan lain-lain. 4) Anjurkan kepada pasien teknik manajemen nyeri non farmakologi dengan mengompres air hangat menggunakan kantong kompres berisi air hangat di bagian yang nyeri.

Implementasi yang dilakukan pada hari ketiga adalah 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri (Pasien mengatakan nyeri uluh hati, nyeri dirasakan seperti cekot-cekot, nyeri berada di perut bagian kiri, dengan skala 1 (1-10), nyeri hilang timbul), 2) observasi tanda-tanda vital (**08.00** WIB → N 115 x/mnt, RR 20 x/menit), 3) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri pasien seperti mendengarkan music.

4. Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan)

Intervensi yang sudah di buat di implementasikan sesuai dengan kondisi pasien, implementasi dilakukan mulai tanggal 11-13 Juni 2020 (terhitung 3 hari). Implementasi pada hari pertama adalah pada pukul 01.30 WIB, sesuai dengan intervensi yang telah dibuat untuk menangani masalah risiko defisit nutrisi adalah 1) memonitor asupan makanan setiap 8 jam, 2) memonitor nilai laboratorium (HGB 11,0 g/dl), 3) Berikan makanan sesuai selera pasien dengan cara memberikan sedikit tetapi sering, 4) mengedukasi keluarga pasien tentang nutrisi pada anak dengan cara

melakukan pendidikan kesehatan mengenai makanan seimbang, menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat, 5) kolaborasi pemberian medikasi seperti obat pereda nyeri, anti mual, anti muntah, jika perlu. (Inj. Ranitidin 2x20 mg, Syr. Antasida 3x1 cth, Inj. Invomit 0,5 K/P, Inj. Antrain 250 mg K/P).

Implementasi yang dilaksanakan pada hari kedua adalah 1) memonitor asupan makanan setiap 8 jam, 2) memonitor nilai laboratorium (HGB 11,3 g/dl), 3) Berikan makanan sesuai selera pasien dengan cara memberikan sedikit tetapi sering, 5) kolaborasi pemberian medikasi seperti obat pereda nyeri, anti mual, anti muntah, jika perlu. (Inj. Ranitidin 2x20 mg, Syr. Antasida 3x1 cth, Inj. Invomit 0,5 K/P, Inj. Antrain 250 mg K/P).

Implementasi yang dilakukan pada hari ketiga adalah 1) memonitor asupan makanan setiap 8 jam, 2) memonitor nilai laboratorium (HGB 13,4 g/dl), 5) kolaborasi pemberian medikasi seperti obat pereda nyeri, anti mual, anti muntah, jika perlu. (Inj. Ranitidin 2x20 mg, Syr. Antasida 3x1 cth, Inj. Invomit 0,5 K/P, Inj. Antrain 250 mg K/P).

4.5 Evaluasi

Dokumentasi pada tahap evaluasi adalah membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada klien, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari

tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain (Mulyanti, 2017).

Evaluasi keperawatan pada diagnosa risiko syok pada tanggal 13 Juni 2020 pukul 10.10 WIB, didapatkan masalah risiko syok berhubungan dengan kekurangan volume cairan belum dapat teratasi yang ditandai dengan membrane mukosa lembab, turgor kulit baik, balance cairan +2400, observasi ttv: TD 100/70 mmHg, N 110 x/mnt, S 36 °C, RR 20 x/mnt, hasil laboratorium: Trombosit : $220 \times 10^3/uL$, HCT : 41,9%. Dari hasil data tersebut dapat dibuktikan bahwa masalah risiko syok teratasi, oleh karena itu intervensi dapat dihentikan. pasien diperbolehkan KRS. *Discharge Planning*: Perawat memberikan penyuluhan perawatan dan pencegahan kejadian ulangan pada pasien dan keluarga, mengedukasi untuk meminta bubuk abatte untuk di taburkan ke bak mandi ke petugas kesehatan terdekat ,Jadwal control : Hari : Senin, 17/06/2020 Pukul : 08:00 Ruang : Poli Anak, Obat pulang : Paracetamol 3x1 bks, B Com 2x1 tab, Antasida 3x1 cth. Evaluasi keperawatan pada diagnosa kedua risiko perdarahan yang dilakukan pada tanggal 13 Juni 2020 pukul 10.10 WIB didapatkan masalah risiko perdarahan berhubungan dengan trombositopenia belum dapat teratasi yang ditandai dengan pasien sudah tidak tampak lemas, N 98 x/mnt, TD 100/70 mmHg, hasil laboratorium PLT $220 \times 10^3/uL$, ptekie tampak mulai hilang pada kedua lengan. Dari hasil data tersebut membuktikan bahwa masalah risiko perdarahan teratasi dan intervensi dihentikan, pasien diperbolehkan KRS. *Discharge Planning*: perawat memberikan penyuluhan perawatan dan pencegahan kejadian ulangan pada pasien dan keluarga, mengedukasi untuk meminta bubuk abatte untuk di taburkan ke

bak mandi ke petugas kesehatan terdekat ,Jadwal control : Hari : Senin, 17/06/2020 Pukul : 08:00 Ruang : Poli Anak, Obat pulang : Paracetamol 3x1 bks, B Com 2x1 tab, Antasida 3x1 cth. Evaluasi keperawatan pada diagnosa nyeri akut yang dilakukan pada tanggal 13 Juni 2020, didapatkan masalah Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis yang dapat ditandai dengan Pasien mengatakan sudah tidak nyeri uluh hati, nyeri dengan skala 1 (1-10), wajah pasien nampak rileks. Hasil observasi TTV nadi 96 x/mnt, RR 20x/menit. Dari hasil data tersebut dapat dibuktikan bahwa masalah nyeri akut teratasi. Oleh karena itu intervensi dapat dihentikan. pasien diperbolehkan KRS. *Discharge Planning*: perawat memberikan penyuluhan perawatan dan pencegahan kejadian ulangan pada pasien dan keluarga, mengedukasi untuk meminta bubuk abatte untuk di taburkan ke bak mandi ke petugas kesehatan terdekat, Jadwal control : Hari : Senin, 17/06/2020 Pukul : 08:00 Ruang : Poli Anak, Obat pulang : Paracetamol 3x1 bks, B Com 2x1 tab, Antasida 3x1 cth. Evaluasi keperawatan diagnose ketiga defisit nutrisi yang dilakukan pada tanggal 13 Juni 2020 pukul 10.10 WIB, didapatkan masalah Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan) yang dapat ditandai dengan ibu pasien mengatakan An.N hanya menghabiskan 1 porsi makanan, mukosa bibir lembab, BB-22kg, TB= 122cm, IMT 14 (kurang), tidak ada mual dan muntah, HGB 13,4 g/dL. Dari hasil data tersebut dapat dibuktikan bahwa masalah risiko defisit nutrisi teratasi. Oleh karena itu intervensi dapat dihentikan. Pasien diperbolehkan KRS. *Discharge Planning*: perawat memberikan penyuluhan perawatan dan pencegahan kejadian ulangan pada pasien dan keluarga, mengedukasi untuk meminta bubuk abatte untuk di

taburkan ke bak mandi ke petugas kesehatan terdekat, Jadwal control : Hari : Senin,
17/06/2020 Pukul : 08:00 Ruang : Poli Anak, Obat pulang : Paracetamol 3x1 bks, B
Com 2x1 tab, Antasida 3x1 cth.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melakukan asuhan keperawatan secara langsung pada An.N dengan diagnose medis *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) di ruang Paviliun V RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, sebagai penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF).

5.1 Kesimpulan

1. Pada pengkajian pasien An.A didapatkan data fokus anak-anak mengalami penurunan trombosit sehingga muncul petekie di permukaan kulit, akral dingin dan pucat, terdapat edema kaki, dan mengeluhkan nyeri pada ulu hati, dan mengalami penurunan nafsu makan.
2. Diagnosa keperawatan yang utama pada An.N adalah risiko syok perpindahan cairan intravaskuler ke jaringan ekstrasvaskuler, diagnosa kedua adalah risiko perdarahan berhubungan dengan trombositopenia, diagnose ketiga adalah Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Dan diagnose keempat adalah Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan).
3. Beberapa tindakan mandiri yang dilakukan adalah untuk diagnosa keperawatan risiko syok yaitu monitor status kardiopulmonal, monitor ttv pasien, monitor intake dan output. Pada diagnosa nyeri akut pasien dan keluarga diajarkan cara melakukan manajemen nyeri relaksasi dan distraksi.

Diagnosa risiko perdarahan intervensi yang diberikan adalah identifikasi penyebab perdarahan, monitor hasil laboratorium (trombosit/PLT), monitor tanda-tanda vital setiap 4 jam, edukasi kepada keluarga pasien proses terjadinya penyakit, edukasi kepada keluarga untuk memberikan jus jambu merah untuk menaikkan kadar trombosit. Untuk diagnosa nyeri akut intervensi yang dilakukan adalah mengajarkan kepada keluarga untuk manajemen nyeri dengan cara relaksasi dan distraksi, mendengarkan nyeri, serta kompres hangat dengan menggunakan kantong kompres. Sedangkan pada diagnosa risiko defisit nutrisi intervensi yang dilakukan adalah monitor asupan makanan setiap 8 jam, monitor nilai laboratorium (hemoglobin), berikan makanan sesuai selera pasien dengan cara memberikan sedikit tetapi sering, edukasi kepada keluarga pasien tentang nutrisi pada anak dengan cara melakukan pendidikan kesehatan mengenai makanan seimbang, menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat.

4. Evaluasi dilakukan untuk menilai perkembangan kondisi pasien dan hasil asuhan keperawatan. Tanggal 11-13 Juni 2020 (terhitung 3 hari) penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien *dengue haemorrhagic fever (dhf)* secara keseluruhan sudah teratasi dan pasien sudah diizinkan untuk KRS pada tanggal 13 Juni 2020.

5.2 Saran

Guna mencapai keberhasilan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan DHF di masa yang akan datang saran dari penulis antara lain :

1. Bagi Keluarga

Diharapkan hasil studi dalam kasus ini dapat menjadi tambahan ilmu pengetahuan yang bermanfaat untuk keluarga, dan berharap ilmu ini bisa berguna jika menjumpai pasien lain dengan diagnose medis yang sama dapat bertukar informasi mengenai masalah ini.

2. Bagi Mahasiswa

Bagi mahasiswa agar lebih meningkatkan ilmu pengetahuan dan keterampilan dalam melakukan proses asuhan keperawatan.

3. Bagi Perawat

Bagi perawat ruangan khususnya di ruang paviliun V Rumkital Dr. Ramelan Surabaya: sebagai perawat hendaknya perlu mempunyai ilmu pengetahuan serta keterampilan untuk dapat memberikan asuhan keperawatan khususnya pada pasien dengan DHF.

4. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan hasil studi kasus ini dapat menjadi acuan bagi rumah sakit untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan dan mempertahankan hubungan yang baik antara tim kesehatan maupun dengan klien, sehingga dapat meningkatkan mutu pelayananasuhan keperawatan yang optimal pada umumnya dan khususnya pasien dengan DHF.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustiningrum Dwi, R. (2019). *Efektifitas Penggunaan Kompres Hangat Dan Kompres Dingin Terhadap Tingkat Nyeri Pada Balita Pasca Imunisasi Ori Difteri*. Surabaya.
- Andriani, N. W. E., Tjitrosantoso, H., Yamlean, & P.V.Y. (2013). *Kajian Penatalaksanaan Terapi Pengobatan Demam Berdarah Dengue (DBD) Pada Penderita Anak yang Menjalani Perawatan Di Rsup Prof. Dr. R.D Kandou Tahun 2013*. *Jurnal Ilmiah Farmasi*, 3 (2).
- Aningsi, P. (2018). *Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Demam Berdarah Dengue (Dbd) Dalam Pemenuhan Kebutuhan Cairan Dan Elektrolit Di Ruang Arafah Rsu Aliyah 2 Kota Kendari*. Kendari.
- Aritonang, A. R. (2018). *Pengaruh Jus Kurma Terhadap Peningkatan Kadar Trombosit Pada Pasien DBD*. *Jurnal Keperawatan*, 8(1), 798–803.
- Astika Dinar, N., & Utama, L. D. G. M. I. (2017). *Manifestasi Perdarahan pada Pasien Demam Berdarah Dengue yang Dirawat di Ruang Rawat Inap Anak RSUP Sanglah Denpasar*. *E-Jurnal Medika*, 6 (12), 140–143.
- Candra, A. (2010). *Demam Berdarah Dengue : Epidemiologi , Patogenesis , dan Faktor Risiko Penularan Dengue Hemorrhagic Fever : Epidemiology , Pathogenesis , and Its Transmission Risk Factors*. 2(2), 110–119.
- Dinkes, & Jatim. (2019). *Angka Kenaikan Penderita DBD di Jawa Timur Tahun 2019*.
- Durachim, A., & Dewi, A. (2018). *Bahan Ajar Teknologi Laboratorium Medik (TLM) Hemostasis (Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan, ed.)*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Faldy, R., Kaunang, W. P. ., & Pandelaki, A. . (2015). *Pemetaan kasus demam berdarah dengue di Kabupaten Minahasa Utara*. *Jurnal Kedokteran Komunitas dan Tropik*. 3(2), 73– 81.
- Fitriana, B., & Yudhastuti, R. (2018). *Hubungan faktor suhu dengan kasus demam berdarah dengue (dbd) di kecamatan sawahan surabaya*. (July), 83–94. <https://doi.org/10.20473/ijph.v113il.2018.83-94>
- Ginting, F., Ginting, J., Kembaren, T., Rahimi, A., Sembiring, E., & Suragih, R. (2011). *Pedoman diagnostik dan tatalaksana infeksi dengue dan demam*

berdarah dengue menurut pedoman who 2011.

- Hastuti, A. P. (2015). *Hospitalisasi Pada Anak Dan Keluarga*. Malang: Politeknik Kesehatan RS dr.Soepraoen.
- Hayati, S., & Hasanah, A. P. (2018). *Efektivitas Terapi Kompres Hangat Terhadap Penurunan Nyeri Dismenore Pada Remaja Di Bandung*. VI(2), 156–164.
- Ikhwani, M. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada An. D Dengan Diagnosa Medis Dhf (Dengue Hemoragic Fever) Grade 3 Di Ruang Asoka Rsud Bangil Pasuruan*. Sidoarjo.
- Ismail, A. (2018). *Angka Kejadian Pasien dan Penyebab Penyakit Demam Berdarah Dengue serta Peran Puskesmas dalam Upaya Penyembuhan dan Pencegahan pada Tahun 2018*. Surakarta.
- Jahja, Y. (2011). *Psikologi Perkembangan*. Jogjakarta: Kencana.
- Kasman, K., & Ishak, N. (2018). *Analisis penyebaran penyakit demam berdarah dengue di Kota Banjarmasin tahun 2012- 2016*. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia*, 1(2), 32–39.
- Kemenkes, R. (2020). *Demam berdarah dengue (dbd)*. 2020.
- Kemenkes RI. (2018). *Situasi Penyakit Demam Berdarah di Indonesia Tahun 2017*.
- Kurniawan, M., Juffrie, M., Udji, B., & Rianto, D. (2015). *Hubungan Tanda dan Gejala Klinis terhadap Kejadian Syok pada Pasien Demam Berdarah Dengue (DBD) di RS PKU Muhammadiyah Gamping Daerah Istimewa Yogyakarta Relationship between Clinical Signs and Symptoms with Occurance of Shock in Patients with Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) in RS PKU Muhammadiyah Gamping Daerah Istimewa Yogyakarta*. 15(1), 1–6.
- Marni. (2016). *Asuhan Keperawatan Pada Penyakit Tropis* (Erlangga). wonogiri.
- Mulyanti, Y. (2017). *Dokumentasi Keperawatan* (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, ed.).
- Nurarif, A., & Kusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc* (Jilid I). Jogjakarta: Mediaction Publishing.
- PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (Edisi 1). Jakarta: DPP PPNI.

- PPNI. (2018a). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan* (Edisi 1). Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018b). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. Jakarta: DPP PPNI.
- Prasetyani, R. (2015). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue Factors Related to the Occurrences of Dengue Hemorrhagic Fever*. 4, 61–66.
- Pratiwi, A. (2016). *Perbedaan Peningkatan Pengetahuan Tentang Demam Berdarah Dengue (Dbd) Antara Metode Ceramah Dan Video Animasi Pada Murid Kelas V Dan Vi Sd Negeri 12 Metro Pusat*. bandar lampung.
- Pratomo, T. R. I. . (2011). *Asuhan Keperawatan Keluarga Tn. S Dengan Demam Berdarah Dengue Pada Ny. T Di Wilayah Kerja Puskesmas Bulu Sukoharjo*.
- Putri, T. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada An. D Dengan Demam Hemorrhagic Fever (Dhf) Di Ruang Rawat Inap Anak Rsud Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019*. Padang.
- Rahayuningrum, D. C. (2019). *Pengaruh Kosumsi Jus Jambu Biji Merah Terhadap Peningkatan Kadar Trombosit Pada Pasien Demam Berdarah Dengue (Dbd)*. *Jurnal Kesehatan Sainatika Meditory*, 2.
- Salsabila, O., Shodikin, M. A., & Rachmawati, D. A. (2017). *Risk Factor Analysis of Dengue Shock Syndrome Occuring to Children in RSD dr . Soebandi*. *Journal of Agromedicine and Medical Sciences, Volume 3(No.1)*, 56–61.
- Suriadi, & Rita, Y. (2010). *Asuhan Keperawatan Pada Anak* (Edisi 2). Jakarta: Agung Seto.
- Susilaningrum. (2013). *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak untu Perawat dan Bidan* (Edisi 2). Jakarta: Salemba Medika.
- Syamsul, M. (2018). *Hubungan Faktor Lingkungan Dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue di Kabupaten Maros Sulawesi Selatan*. *UNM Environmental Journals, 1*, 82–85. Retrieved from <https://doi.org/10.26858/uej.v1i3.8073>
- Utomo, B. (2017). *Hubungan Antara Perilaku Pemberantasan Sarang Nyamuk Dan Kejadian Demam Berdarah Dengue Di Desa Sojomerto Kecamatan Reban Kabupaten Batang*. Semarang.
- Vikri, A. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Dengan Dengue*

Haemorrhagic Fever (Dhf) Di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra. Samarinda.

Wahyuningsih, F. (2014). *Analisis Spasial Kejadian Demam Berdarah Dengue Di Wilayah Kerja Puskesmas Pengasinan Kota Bekasi Tahun 2011-2013.* Jakarta.

Wayan, N., Andriani, E., & Tjitrosantoso, H. (2014). *Kajian Penatalaksanaan Terapi Pengobatan Demam Berdarah Dengue (Dbd) Pada Penderita Anak Yang Menjalani Perawatan Di Rsup Prof . Dr . R . D Kandou.* 3(2), 57–61.

WHO. (2011). *Comprehensive Guidelines for Prevention and Control of Dengue and Dengue Haemorrhagic Fever, Revised and Expanded Edition.* Regional Office for South-East Asia.

Zein, D. ., Hapsari, M. D., & Farhanah, N. (2015). *Gambaran Karakteristik Warning Sign WHO 2009 Pada Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) Anak dan Dewasa.* *Jurnal Universitas Diponegoro*, 4(4).

Zulkoni, A. (2010). *Parasitologi.* Yogyakarta: Nuha Medika.

LAMPIRAN**Lampiran 1*****CURRICULUM VITAE***

Nama : Ratnasari Hardiyanti
Jenis Kelamin : Perempuan
Tempat, Tanggal Lahir : Surabaya, 20 Juni 1997
Agama : Islam
E-mail : ratnasrhrdynti20@gmail.com
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Riwayat Pendidikan :

1. Lulus Sekolah Dasar Islam Iskandar Said Surabaya 2003-2009
2. Lulus Sekolah Menengah Pertama Dharma Wanita Surabaya 2009-2012
3. Lulus Sekolah Menengah Kejuruan Kesehatan Surabaya 2012-2015
4. Lulus S1-Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya 2015-2019

Lampiran 2**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR****KOMPRES AIR HANGAT****A. PENGERTIAN**

Kompres hangat adalah memberikan rasa hangat pada daerah tertentu menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan rasa hangat pada bagian tubuh yang dilakukan kompres (Agustiningrum Dwi, 2019)

B. TUJUAN

1. Memperlancar sirkulasi darah
2. Menurunkan suhu tubuh
3. Mengurangi rasa sakit
4. Memberikan rasa hangat, nyaman dan tenang pada klien
5. Memperlancar pengeluaran eksudat
6. Merangsang peristaltik usus

C. INDIKASI

1. Klien yang kedinginan (suhu tubuh rendah)
2. Spasme otot
3. Adanya abses, hematoma
4. Klien dengan nyeri

D. ALAT DAN BAHAN

1. Baskom berupa air hangat dengan suhu 37- 40 C
2. Handuk/ waslap

3. Handuk pengering

4. Termometer

E. PROSEDUR TINDAKAN

1. Beritahu klien, dekatkan alat

2. Cuci tangan

3. Atur posisi klien

4. Ukur suhu tubuh klien

5. Basahi waslap dengan air hangat, peras lalu letakkan pada punggung bagian bawah

6. Tutup waslap yang digunakan untuk kompres dengan handuk kering agar air tidak menetes

7. Apabila kain terasa kering atau suhu kain menjadi rendah, masukkan kembali waslap pada air hangat

8. Lakukan berulang selama 20 menit

9. Setelah selesai, keringkan punggung bagian bawah yang basah dengan handuk kering

F. EVALUASI

1. Respon klien

2. Kompres terpasang dengan benar

3. Skala nyeri klien menurun

G. DOKUMENTASI

1. Waktu pelaksanaan

2. Catat hasil dokumentasi setiap tindakan yang dilakukan dan di evaluasi

Lampiran 3**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR*****RUMPLE LEED TEST*****A. PENGERTIAN**

Rumple leed test adalah pemeriksaan bidang hematologi dengan melakukan pembendungan pada bagian lengan atas selama 10 menit untuk uji diagnostic kerapuhan fungsi trombosit dan vaskuler (Durachim & Dewi, 2018).

B. TUJUAN

Pemeriksaan *Rumple leed* dilakukan untuk menguji ketahanan dinding pembuluh darah kapiler

C. ALAT DAN BAHAN

1. Sphygmomanometer
2. Timer/jam
3. Penggaris
4. bulpoin

D. PROSEDUR TINDAKAN

1. Alat disiapkan.
2. Tekanan darah pasien diperiksa terlebih dahulu untuk menentukan tekanan sfigmomanometer selama uji *rumple leed*.
3. Sphygmomanometer dipasang di lengan atas dan dipompa hingga nilai tengah hasil penambahan tekanan sistolik dan diastolik (misalkan tekanan sistolik 80 mmHg dan Diastolik 120 mmHg, maka tekanan sfigmomanometer selama uji

rumple leed adalah 100 mmHg ; $((80 + 120) : 2)$

4. Tekanan ditahan selama 10 menit (jika uji dilakukan pada lengan yang sama setelah tes masa perdarahan metode Ivy, maka tekanan ditahan selama 5 menit).
5. Ikatan sphygmomanometer dilepaskan setelah masa pembendungan selesai, lengan yang dibendung dibiarkan hingga kondisi lengan statis (warna lengan serupa dengan lengan yang tidak dibendung).
6. Adanya Petechia (bercak merah) dihitung pada lingkaran dengan diameter 5 cm, kira-kira 4 cm distal dari fossa cubiti

E. INTERPRETASI HASIL

Dalam keadaan normal, jumlah Petechia di dalam lingkaran kurang dari atau sama dengan 10. Hasil *rumple leed* dinyatakan positif jika dalam lingkaran terdapat > 10 petechia. Apabila jauh pada bagian distal lengan terbentuk banyak petechia, maka hasil dilaporkan positif.

Lampiran 4**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR****LATIHAN TEKNIK RELAKSASI****A. PENGERTIAN**

Merupakan metode aktif untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien yang mengalami nyeri kronis, rileks sempurna yang dapat mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh, kecemasan sehingga mencegah meningkatnya stimulasi nyeri.

B. TUJUAN

Untuk mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri.

C. PROSEDUR**1. Persiapan Pasien**

- a. Mencuci tangan Beri salam
- b. Perkenalkan diri (bila pasien baru)
- c. Tanyakan kesediaan pasien untuk melakukan teknik relaksasi
- d. Jelaskan tujuan relaksasi
- e. Memberitahu dan menjelaskan kepada pasien dan keluarga mengenai prosedur yang akan dilakukan.
- f. Posisikan pasien nyaman mungkin

2. Pelaksanaan

- a. Pasien menarik nafas dalam dan mengisi paru-paru dengan udara. 89
- b. Perlahan-lahan udara dihembuskan, membiarkan tubuh menjadi kendur dan merasakan betapa nyaman hal tersebut.

- c. Pasien bernapas beberapa kali dengan irama normal.
- d. Pasien menarik nafas dalam lagi dan menghembuskan pelan-pelan dan membiarkan hanya kaki dan telapak kaki yang kendor.
- e. Pasien mengulang langkah keempat dan mengkonsentrasikan pikiran pada lengan perut, punggung dan kelompok otot-otot yang lain.
- f. Setelah pasien merasa rileks, pasien dianjurkan bernafas secara pelan-pelan . Bila nyeri menjadi hebat pasien dapat bernafas dangkal dan cepat.
- g. Kontrasikan masing-masing otot dalam 10 kali hitungan kemudian lemaskan.
- h. Lakukan latihan dengan musik yang santai, bila dikehendaki.
- i. Mengangkat bahu kemudian menurunkan dan melepaskannya.
- j. Mengepalkan kedua tangan selama 5 detik dan melemaskannya dengan sempurna

D. DAFTAR PUSTAKA

Hidayat, Aziz Alimul.2005.Buku Saku Pratikum Kebutuhan Dasar Manusia. Jakarta:
EGC Rosyidi,Kholid.2013.Prosedur Praktik Keperawatan.Jakarta : TIM

Lampiran 5**STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL****MENGUKUR PERNAPASAN (*RESPIRATORY RATE*)**

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). *Ketrampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan*. Yogyakarta. Fitramaya.

Lampiran 6

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR

MENGUKUR SUHU AKSILA

A. PENGERTIAN

Mengukur suhu badan pasien dengan menggunakan termometer yang dilakukan di daerah aksila /ketiak.

B. TUJUAN

1. Mengukur panas tubuh
2. Mengetahui keseimbangan antara panas yang dihasilkan dengan yang dikeluarkan

C. INDIKASI

1. Bila tidak dapat dikerjakan pada bagian tubuh yang lain.
2. Atas intruksi dokter

D. KONTRAINDIKASI

Pasien yang luka/kudis ketiak, operasi pada mammae payudara

E. PROSEDUR

1. Persiapan Pasien
 - a. Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan
 - b. Keringkan ketiak pasien
2. Persiapan alat
 - a. Termometer bersih dalam tempatnya
 - b. Air mengalir

- c. Bengkok
 - d. Tissue
 - e. Buku catatan
 - f. Jam tangan
 - g. Kapas alcohol
3. Prosedur pelaksanaan
- a. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan
 - b. Peralatan dibawa ke pasien
 - c. Bila ada pengunjung, minta pengunjung untuk meninggalkan kamar pasien
 - d. Ijinkan pasien untuk membantu dalam pelaksanaan prosedur.
Membersihkan area pengukuran dengan tissue
 - e. Tempatkan termometer diketiak pasien dan biarkan selama 10 menit
 - f. Ambil termometer, usap dengan kapas alcohol dan baca hasilnya
kemudian masukkan dalam larutan desinfektan kemudian cuci dan keringkan
 - g. Atur posisi pasien.

A. DAFTAR PUSTAKA

Hidayat, Aziz Alimul.2005.Buku Saku Pratikum Kebutuhan Dasar Manusia.
Jakarta.EGC.

Kusmiati, Yuni.2010.Ketrampilan dasar praktik klinik kebidanan.
Yogyakarta.Fitramaya.

Lampiran 7**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR****MENGHITUNG NADI****A. PENGERTIAN**

Menghitung denyut nadi dengan meraba pada: Arteri radialis (pergelangan tangan), Arteri brakialis (siku bagian dalam), Arteri karotis (leher), Arteri femoralis (pelipatan paha/ selangkangan), Arteri dorsalis pedis (kaki), Arteri frontalis (ubun-ubun)

B. TUJUAN

Mengetahui jumlah denyut nadi dalam 1 menit

C. INDIKASI

Secara rutin , yaitu dikerjakan bersama-sama pada waktu mengambil suhu badan dan tensi.

D. KONTRAINDIKASI

Dalam keadaan menggigil

E. PROSEDUR

1. Persiapan Alat
 - a. Arloji dengan penunjuk detik
 - b. Buku catatan
 - c. Sarung tangan
2. Persiapan Pasien
 - a. Pasien diberi penjelasan

- b. Posisi pasien berbaring/duduk
 - c. Pasien benar-benar istirahat (rileks)
3. Pelaksanaan
- a. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan
 - b. Pakai sarung tangan
 - c. Menghitung denyut nadi bersamaan dengan mengukur suhu
 - d. Penghitungan dilakukan dengan menempelkan jari telunjuk dan jari tengah pada arteri selama $\frac{1}{2}$ menit kemudian hasilnya dikalikan 2 (kecuali pada pasien tertentu)
 - e. Khusus pada pasien anak dihitung selama 1 menit
 - f. Hasil penghitungan di catat di buku suhu
4. Hal-hal yang perlu diperhatikan
- a. Volume denyut nadi, iramanya teratur/ tidak, tekanannya keras/tidak.
 - b. Tidak boleh mengukur denyut nadi bila baru memegang es
 - c. Pada pasien gawat/ khusus, penghitungan dilakukan lebih sering
 - d. Bila terjadi perubahan pada denyut nadi harus segera melapor pada penanggung jawab/ dokter yang merawat.

F. DAFTAR PUSTAKA

- Hidayat, Aziz Alimul.2005.Buku Saku Pratikum Kebutuhan Dasar 87 Manusia.Jakarta: EGC
- Kusmiati, Yuni.2010.Ketrampilan dasar praktik klinik kebidanan. Yogyakarta. Fitramaya.

Lampiran 8**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR****PENGUKURAN TEKANAN DARAH****A. PENGERTIAN**

Menilai tekanan darah yang merupakan indikator untuk menilai sistem kardiovaskuler bersamaan dengan pemeriksaan nadi

B. TUJUAN

Mengetahui nilai tekanan darah

C. INDIKASI

Menilai pola hidup serta identifikasi fakto-faktor resiko kardiovaskuler dan hipertensi.

D. KONTRAINDIKASI

Hindari penempatan manset pada lengan yang terpasang infus, shunt arteriovena, lengan yang mengalami fistula, trauma tertutup gip dan balutan.

E. PROSEDUR

1. Persiapan pasien

- a. Jelaskan kepada pasien tindakan yang akan dilakukan.
- b. Posisikan pasien nyaman mungkin.

2. Persiapan alat

- a. Spinomanometer (tensimeter) yang terdiri dari: manometer air raksa+ klep penutup dan pembuka manset udara
- b. Stetoskop

- c. Buku catatan tanda vital dan pena
 - d. Pasien diberitahu dengan seksama (bila pasien sadar)
3. Prosedur pelaksanaan
- a. Jelaskan prosedur kepada pasien
 - b. Cuci tangan
 - c. Gunakan sarung tangan
 - d. Atur posisi pasien
 - e. Letakkan lengan yang hendak diukur pada posisi terlentang
 - f. Lengan baju dibuka
 - g. Pasang manset pada lengan kanan/kiri atas sekitar 3 cm diatas fossa cubiti (jangan terlalu ketat maupun terlalu longgar)

F. DAFTAR PUSTAKA

Hidayat, Aziz Alimul.2005.Buku Saku Pratikum Kebutuhan Dasar Manusia. Jakarta:

EGC.

Kusmiati, Yuni.2010.Ketrampilan dasar praktik klinik kebidanan. Yogyakarta.

Fitramaya.

Lampiran 9**STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL****PEMBERIAN OBAT INJEKSI INTRA VENA MELALUI SALURAN INFUS**

Pengertian	Memasukan cairan atau obat langsung ke dalam pembuluh darah vena dengan melalui saluran infus.
Tujuan	Sebagai tindakan pengobatan.
Persiapan Alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyiapkan obat sesuai dengan dosis anjuran. 2. S spuit 3. Buku obat. 4. Kaps alkohol 5. Sarung tangan.
Persiapan Pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengatur posisi pasien senyaman mungkin untuk proses penyuntikan. 2. Pastikan pemberian obat sesuai dengan pasien. 3. Jaga privasi pasien. 4. Jelaskan tujuan prosedur yang akan dilakukan kepada klien. Sampaikan pada pasien dan keluarga.
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pastikan 7B (benar pasien, benar obat, benar dosis, benar waktu, benar rute pemberian, benar informasi, benar dokumentasi).
Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 2. Perawat mencuci tangan. 3. Memakai sarung tangan bersih.

4. Memasang perlak dan pengalasnya pada area dibawah yang terpasang infus.
5. Mengecek kelancaran tetesan infus sebelum obat dimasukkan.
6. Memastikan tidak ada udara pada spuit disposibel yang berisi obat.
7. Mematikan atau mengklame infuse.
8. Melakukan disinfektan pada area karet saluran infuse set pada saluran infuse.
9. Menusukkan jarum ke bagian karet saluran infuse dengan hati-hati degan kemiringan jarum 15-45 derajat.
10. Melakukan aspirasi atau menghisap spuit disposable untuk memastikan bahwa obatmasuk ke saluran vena dengan baik. Jika saat aspirasi terlihat darah keluar ke selanginfuse maka obat siap untuk dimasukkan.
11. Memasukkan obat secara perlahan dengan mendorong pegangan disposable spuitsampai obat habis.
12. Mencabut jarum dari bagian karet saluran infuse dengan mendidih kapas pada lokasitusukan jarum tadi.
13. Membuka klem cairan infuse dan mengobservasi

kelancaran tetesan aliran infuse.

14. Membuang disposable spuit ke bengkok .
15. Menghitung tetesan infuse sesuai dengan ketentuan program pemberian cairan.
16. Membereskan pasien.
17. Membereskan alat-alat.
18. Melepas sarung tangan.
19. Mencuci tangan

Daftar Pustaka

Kusmiati, Yuni. (2010). *Ketrampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan*. Yogyakarta. Fitramaya.