**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. R DENGAN DIAGNOSA MEDIS DANGUE HEMORRHAGIC FEVER (DHF) DIRUANG D2 RUMKITAL Dr. RAMELAN SURABAYA**

****

**Oleh :
NABILQIS ADINDA PUTRI HASFATUR AINI**

**NIM : 1920026**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2022**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. R DENGAN DIAGNOSA MEDIS DANGUE HEMORRHAGIC FEVER (DHF) DIRUANG D2 RUMKITAL Dr. RAMELAN SURABAYA**

**Karya tulis ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat**

**untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**

****

**Oleh :
NABILQIS ADINDA PUTRI HASFATUR AINI**

**NIM : 1920026**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2022**

# SURAT PERNYATAAN

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

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

Surabaya, 14 Februari 2022



**NABILQIS ADINDA P.H.A**

**NIM.1920026**

# HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : NABILQIS ADINDA PUTRI HASFATUR AINI

NIM : 1920026

Program Studi : D-III KEPERAWATAN

Judul : **Asuhan Keperawatan Pada An.R Dengan Diagnosa Medis Dangue Hemorrhagic Fever (DHF) di Ruang D2 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya**

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

**AHLI MADYA KEPERAWATAN ( Amd.Kep)**

Surabaya, 14 Februari 2022

Pembimbing



Dwi Ernawati, S.Kep.,Ns., M.Kes

NIP.

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 14 Februari 2022

# HALAMAN PENGESAHAN

Karya tulis ilmiah dari :

Nama : NABILQIS ADINDA PUTRI HASFATUR AINI

NIM : 1920026

Program Studi : D-III KEPERAWATAN

Judul KTI : **Asuhan Keperawatan Pada An.R Dengan Diagnosa Medis Dangue Hemorrhagic Fever (DHF) di Ruang D2 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya**

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

Hari, tanggal :

Bertempat di :

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

Penguji I : Dyah Arini, S.Kep., Ns., M.Kes

Penguji II : Agustina S P, S.Kep., Ns

Penguji III : Dwi Ernawati, S.Kep., Ns., M.Kes

Mengetahui,

Stikes Hang Tuah Surabaya

Ka Prodi D-III Keperawatan

Dya Sustrami, S.Kep.,Ns,M.Kes.

NIP. 03.007

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 14 Februari 2022

# KATA PENGANTAR

 Puji syukur kehadirat Allah SWT atas nikmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada An.R Dengan Diagnosa Medis Dangue Hemorrhagic Fever (DHF) di Ruang D2 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya”.

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

1. Kol Dr. Gigih Imanta J.,So.PD.,Finasim.,M.M, selaku Kepala Rumkital Dr Ramelan Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.

2. Dr. AV Sri Suhardiningsih, S.Kep.,M.Kes selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.

3. Ibu Dya Sustrami, S.Kep.,Ns.,M.Kes., selaku Kepala Program Studi D-III Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.

4. Ibu Dyah Arini, S.Kep.,Ns.,M.Kes., selaku penguji 1 yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

5. Ibu Agustina SP,S.Kep.,Ns., selaku penguji dan pembimbing, yang dengan tulus ikhlas memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

6. Ibu Dwi Ernawati, S.Kep.,Ns.,M.Kes., selaku penguji dan pembimbing, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dan penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

7. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulisan selama menjalani studi dan penulisannya.

8. Orang tua dan seluruh keluarga saya yang selalu memotivasi dan memberi semangat untuk menyelesaikan pendidikan D-III Keperawatan.

9. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.

10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu terimakasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo’a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

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

Surabaya, 14 Februari 2022

NABILQIS ADINDA P.H.A

NIM. 1920026

# DAFTAR ISI

[HALAMAN JUDUL **.**](#_Toc96250503)

[SURAT PERNYATAAN ii](#_Toc96250507)

[HALAMAN PERSETUJUAN iii](#_Toc96250511)

[HALAMAN PENGESAHAN iv](#_Toc96250515)

[KATA PENGANTAR v](#_Toc96250516)

[DAFTAR ISI vii](#_Toc96250520)

[DAFTAR SINGKATAN ix](#_Toc96250521)

[BAB I PENDAHULUAN 7](#_Toc96250522)

[Latar Belakang 7](#_Toc96250523)

[1.2 Rumusan Masalah 8](#_Toc96250524)

[1.3 Tujuan Penelitian 8](#_Toc96250525)

[1.3.1 Tujuan Umum 8](#_Toc96250526)

[1.3.2 Tujuan Khusus 8](#_Toc96250527)

[1.4 Manfaat 9](#_Toc96250528)

[1.4.1 Teoritis 9](#_Toc96250529)

[1.5 Metode Penulisan 10](#_Toc96250530)

[1.6 Sistematika Penulisan 11](#_Toc96250531)

[BAB II TINJAUAN PUSTAKA 7](#_Toc96250532)

[2.1 Konsep Penyakit 7](#_Toc96250533)

[2.1.1 Pengertian Dangue Hemorrhagic Fever (DHF) 7](#_Toc96250534)

[2.1.2 Etiologi 8](#_Toc96250535)

[2.1.3 Manifestasi Klinis 9](#_Toc96250536)

[2.1.4 Tanda dan Gejala DHF 10](#_Toc96250537)

[2.1.5 Patofisiologi 10](#_Toc96250538)

[2.1.6 Diagnosa Banding 12](#_Toc96250539)

[2.1.7 Komplikasi 13](#_Toc96250540)

[2.1.8 Pemeriksaan Penunjang 13](#_Toc96250541)

[2.1.9 Pencegahan 14](#_Toc96250542)

[2.1.10 Penatalaksanaan 16](#_Toc96250543)

[2.2 Konsep Anak 18](#_Toc96250544)

[2.2.1 Pengertian Tumbuh Kembang 18](#_Toc96250545)

[2.2.2 Perkembangan Anak 18](#_Toc96250546)

[2.3 Hospitalisasi 19](#_Toc96250547)

[2.4 Imunisasi 20](#_Toc96250548)

[2.4.1 Pengertian 20](#_Toc96250549)

[2.4.2 Lokasi Pemberian 21](#_Toc96250550)

[2.4.3. Jenis vaksin 21](#_Toc96250551)

[2.5 Nutrisi Pada Anak Usia Toddler 22](#_Toc96250552)

[2.5.1 Pengertian 22](#_Toc96250553)

[2.5.2 Tujuan Pemberian Nutrisi 22](#_Toc96250554)

[2.5.3 Karakteristik Terkait Dengan Pemberian Nutrisi Pada Anak 23](#_Toc96250555)

[2.6 Asuhan Keperawatan 24](#_Toc96250556)

[2.6.1. Pengkajian 25](#_Toc96250557)

[2.6.2 Diagnosa Keperawatan 30](#_Toc96250558)

[2.6.3. Rencana Keperawatan 31](#_Toc96250559)

[**Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan** 31](#_Toc96250560)

[2.6.4 Implementasi Keperawatan 36](#_Toc96250561)

[2.6.5 Evaluasi Keperawatan 36](#_Toc96250562)

[2.7 Kerangka Masalah 37](#_Toc96250563)

[BAB III TINJAUAN KASUS 38](#_Toc96250564)

[3.1 PENGKAJIAN 38](#_Toc96250565)

[3.1.1 Identitas 38](#_Toc96250566)

[3.1.2 Keluhan Utama 38](#_Toc96250567)

[3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang 38](#_Toc96250568)

[3.1.4 Riwayat Kehamilan dan Persalinan 39](#_Toc96250569)

[3.1.5 Riwayat Penyakit Masa Lampau 40](#_Toc96250570)

[3.1.6 Pengkajian Keluarga 41](#_Toc96250571)

[3.1.7 Riwayat Sosial 41](#_Toc96250572)

[3.1.8 Kebutuhan Dasar 42](#_Toc96250573)

[3.1.9 Keadaan Umum (Penampilan Umum) 43](#_Toc96250574)

[3.1.10 Tanda-tanda vital 43](#_Toc96250575)

[3.1.11 Pemeriksaan fisik (inspeksi,palpasi,perkusi, auskultasi) 43](#_Toc96250576)

[3.1.12 Tingkat Perkembangan 45](#_Toc96250577)

[3.1.13 Pemeriksaan Penunjang 46](#_Toc96250578)

[**Tabel 3.1 Terapi** dan Indikasi 47](#_Toc96250579)

[Surabaya, 17 Januari 2022 47](#_Toc96250580)

[ANALISA DATA 48](#_Toc96250581)

[PRIORITAS MASALAH 51](#_Toc96250582)

[RENCANA KEPERAWATAN 52](#_Toc96250583)

[IMPLEMENTASI KEPERAWATAN 58](#_Toc96250584)

[BAB IV PEMBAHASAN 78](#_Toc96250585)

[4.2 Diagnosa Keperawatan 79](#_Toc96250586)

[4.3 Intervensi Keperawatan 79](#_Toc96250587)

[4.4 Tahap Implementasi 80](#_Toc96250588)

[4.5 Evaluasi 80](#_Toc96250589)

[BAB V PENUTUP 81](#_Toc96250590)

[5.1 Kesimpulan 81](#_Toc96250591)

[5.2 Saran 83](#_Toc96250592)

[DAFTAR PUSTAKA 84](#_Toc96250593)

# DAFTAR SINGKATAN

An : Anak

BAB : Buang Air Besar

BAK : Buang Air Kecil

BB : Berat Badan

BCG : *Bacille Calmette Guerin*

C : Celcius

CL : *Cholrine*

cm : Centimeter

CVP : Central Venous Pressure

DBD : Demam Berdarah Dangue

DHF : *Dangue Hemorrhagic Fever*

DL : Darah Lengkap

dpl : Diatas Permukaan Laut

DTP : *Diphtheriae*

GCS : Glasgow Coma Scale

gr : Gram

Hb : Hemoglobin

HI : *Hemaglutination Inhibition*

HPV : *Human Papilomavirus*

ID : Intradermal

IM : Intramuskuler

IMT : Indeks Massa Tubuh

IPV : *Inactivated Polio Vaccine*

kg : Kilogram

KID : Koagulasi *Intravaskular Diseminata*

kkal : Kilokalori

mcg : Mikrogram

mL : Miligram

mg/dL : Miligram perdesi Liter

mmHg : Milimeter Hidragium

MRS : Masuk Rumah Sakit

N : Nadi

Na : Natrium

Ny : Nyonya

OPV : *Oral Polio Vaccine*

PASI : Pengganti ASI

PCR : Polymerase Chain Reaction

PCV : *Pneumococcal Conjugate Vaccine*

PJ : Panjang Janin

RL : *Ringer Lactate*

RR : *Respiration Rate*

SGOT : Serum *Glutamat Oxaloacetic Transaminase*

SGPT : Serum *Glutamic Pyruvate Transaminase*

SK : Subkutan

SMRS : Sebelum Masuk Rumah Sakit

Tn : Tuan

TTV : Tanda – tanda vital

USG : Ultrasonografi

# BAB I

# PENDAHULUAN

* 1. Latar Belakang

 Menurut Kementrian Kesehatan (Kemenkes) mencatat jumlah kasus warga yang terjangkit demam berdarah dangue (DBD) telah mencapai 313 kasus sepanjang tiga pekan di Januari 2022. Dari ratusan kasus yang terkonfirmasi DBD itu, 7 diantaranya meninggal dunia. Kemenkes juga mencatat 7.316 orang.

 Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur pada 2022, penderita DBD di Jatim sebanyak 1.220 orang, dengan jumlah kematian 21 orang (CFR = 1,7%) di dominasi usia 5-14 tahun.

 Penyakit DHF merupakan salah satu masalah kesehatan yang sangat serius karena dapat menyerang semua golongan umur dan dapat mengakibatkan kematian, khususnya pada anak. Biasanya, gejala yang timbul akibat DHF ditandai dengan demam tinggi secara tiba-tiba, yang disertai dengan perdarahan, kebocoran plasma, dan beresiko menimbulkan syok. DHF ditandai dengan demam mendadak ditandai dengan demam mendadak tanpa sebab yang jelas dan disertai lemah, nafsu makan menurun, muntah, nyeri pada anggota badan, punggung, sendi, kepala dan perut. Gejala – gejala tersebut menyerupai influenza biasa. (Ngastiyah, 2014).

 Pengidap demam berdarah juga harus beristirahat, minum banyak cairan, dan menemui dokter. Jika tubuh mulai merasa memburuk dalam 24 jam pertama setelah demam turun, segera buat jadwal kunjungan dokter di rumah sakit untuk diperiksa komplikasinya. (Ngastiyah, 2014).

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lajut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan DHF dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut : “Bagaimanakah gambaran asuhan keperawatan pada anak dengan diagnosa keperawatan DHF (Dengue Hemorrhagic Fever) di Ruang DII RSPAL Dr Ramelan Surabaya Tahun 2021?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

 Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa DHF (Dangue Hemorrhagic Fever) di ruang DII RSPAL Dr Ramelan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengkaji klien dengan diagnosa DHF (Dangue Hemorrhagic Fever) di ruang DII RSPAL Dr Ramelan Surabaya.
2. Menetapkan diagnosa keperawatan pada klien dengan diagnosa DHF (Dangue Hemorrhagic Fever) di ruang DII RSPAL Dr Ramelan Surabaya.
3. Menyusun rencana keperawatan pada klien dengan DHF (Dangue Hemorrhagic Fever) di ruang DII RSPAL Dr Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien dengan diagnosa DHF (Dangue Hemorrhagic Fever) di ruang DII RSPAL Dr Ramelan Surabaya.
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada klien dengan diagnosa DHF (Dangue Hemorrhagic Fever) di ruang DII RSPAL Dr Ramelan Surabaya.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa DHF (Dangue Hemorrhagic Fever) di ruang DII RSPAL Dr Ramelan Surabaya.

1.4 Manfaat

1.4.1 Teoritis

Diharapkan hasil asuhan keperawatan ini dapat memberikan wawasan sekaligus sebagai pengetahuan bagi perkembangan ilmu keperawatan anak yang dapat diaplikasikan dikalangan institusi terutama dalam pemberian asuhan keperawatan pada anak dengan diagnosa DHF ( Dangue Hemorrhagic Fever) di ruang DII RSPAL Dr Ramelan Surabaya.

1.4.2 Praktis

1. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil karya tulis ilmiah ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa DHF ( Dangue Hemorrhagic Fever) dengan baik.

1. Bagi peneliti

Sarana untuk meningkatkan kemampuan dalam pembuatan asuhan keperawatan pada klien DHF ( Dangue Hemorrhagic Fever) dalam hal pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

1. Bagi profesi kesehatan

Memberikan masukan bagi profesi keperawatan dalam melakukan asuhan keperawatan dengan diagnosa DHF ( Dangue Hemorrhagic Fever) di ruang DII RSPAL Dr Ramelan Surabaya.

 1.5 Metode Penulisan

1. Metode

 Dalam menyusun karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan metode deskriptif yaitu pemapamaran kasus yang bertujuan untuk memecahkan masalah mulai dari pengkajian sampai pendokumentasian berdasarkan pendekatan proses keperawatan yang selanjutnya dianalisa dan berakhir pada penarikan kesimpulan.

1. Teknik Pengumpulan Data
2. Wawancara

Wawancara dilakukan pada tahap pengkajian untuk memperoleh data subjektif yaitu mengenai keluhan klien, riwayat klien, pola aktivitas, pola makan, diet Dangue Hemorrhagic Fever yang dilakukan, asuhan keperawatan yang sudah terlaksana, yang belum terlaksana, sampai evaluasi.

1. Observasi

Observasi dilakukan untuk mengamati perilaku serta keadaan klien yang menderita Dangue Hemorrhagic Fever untuk memperoleh data berupa data objektif seperti klien tampak lemas,dll.

1. Pemeriksaan

Pemeriksaan yang dilakukan untuk mengumpulkan data klien Dangue Hemorrhagic Fever dengan melakukan teknik pemeriksaan fisik. Pemeriksaan fisik yang dilakukan yaitu: kesadaran, tanda-tanda vital, kenaikan tekanan darah, dan suhu tubuh pada klien. Dan pemeriksaan Laboraturium yang dapat menunjang ditegakkan nya diagnosa dan penanganan selanjutnya.

1. Sumber data
2. Data primer

Data yang diperoleh dari klien

1. Data sekunder

Data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat klien, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

1. Studi kepustakaan

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

 1.6 Sistematika Penulisan

Sedangkan uraian sistem penulisan laporan kasus sebagai berikut :

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

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

 BAB 2 : Tinjauan pustaka,berisi tentang konsep penyakit drai sudut medis dan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosis (DHF) Dangue Hemorrhagic Fever, serta kerangka masalah.

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

 BAB 4 : Pembahasan berisi tantang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

 BAB 5 : Penutup berisi tentang kesimpulan dan saran

1. Bagian akhir terdiri dari daftar pustaka dan lampiran

#

# BAB II

# TINJAUAN PUSTAKA

 Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan anak Dangue Hemorrhagic Fever (DHF). Konsep penyakit ini diuraikan definisi etiologi, dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan dapat diuraikan melalui masalah yang muncul pada penyakit Dangue Hemorrhagic Fever (DHF) dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Pengertian Dangue Hemorrhagic Fever (DHF)

 Dangue Hemorrhagic Fever (DHF) atau sering disebut dengan penyakit demam berdarah merupakan suatu penyakit akut yang diakibatkan oleh virus dangue yang masuk ke peredaran darah manusia melalui gigitan gen nyamuk *Aedes Aegypti* dan *Aedes Albopictus.* ( Mumpuni, 2016).

 Dangue Hemorrhagic Fever (DHF) atau Demam Berdarah Dangue merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh virus dangue dan ditularkan melalui gigitan nyamuk Aedes Aegypti. Penyakit ini dapat menyerang semua orang dan dapat mengakibatkan kematian, terutama pada anak. Penyakit ini juga sering menimbulkan kejadian luar biasa atau wabah (Ambarwarti dan Nasution, 2012).

 Dari pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa terjadinya penyakit demam berdarah di timbulkan oleh gigitan nyamuk *Aedes Aegypti* dan *Aedes Albopictus* melalui pembuluh darah dan dapat menyebabkan kematian pada penderita.

2.1.2 Etiologi

Penyakit Dangue Hemorrhagic Fever (DHF) yaitu penyakit yang diakibatkan oleh virus dangue kemudian ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes Aegypti* dan *Aedes Albopictus*. Kedua jenis nyamuk sering kali ditemukan diseluruh wilayah di Indonesia kecuali dibeberapa kawasan yang memiliki ketinggian lebih dari 1.000 meter diatas permukaan air laut (dpl). (Fatchul Mufidah, 2012).

 Dari identifikasi para ilmuwan, penyakit DHF disebabkan oleh virus dangue yang terdiri dari beberapa tipe, yaitu DEN 1, DEN 2, DEN 3 dan DEN 4. Virus tersebut tergolong grup B *artbropod borne viruses (arboviruses).* Keempat jenis virus ini telah diidentifikasi dan ditemukan diberbagai daerah di Indonesia, seperti di Jakarta dan Yogyakarta. Berdasarkan hasil beberapa penelitian, diketahui bahwa virus yang banyak berkembang dalam masyarakat adalah virus dangue dengan tipe 1 dan 3. (Fatchul Mufidah, 2012).

 Penyakit ini disebabkan virus dangue dan ditularkan oleh nyamuk Aedes. Di Indonesia dikenal dua jenis nyamuk Aedes yaitu :

1. Aedes Aegypti yaitu nyamuk yang hidup didarah tropis, terutama hidup dan berkembang biak didalam rumah, yaitu ditempat penampungan air jernih atau tempat penampungan air disekitar rumah. Nyamuk ini sepintas tampak berlurik, berbintik-bintik putih. Biasanya mengigit pada siang hari, terutama pada pagi dan sore hari. Jarak terbang 100 meter.
2. Aedes Albopictus, tempat habitatnya ditempat air bersih. Biasanya disekitar rumah atau pohon-pohon, seperti pisang, pandan, dan kaleng bekas. Nyamuk ini mengigit pada siang hari dan jarak terbang sekitar 50 meter.

2.1.3 Manifestasi Klinis

 Demam Berdarah Dangue (DBD) ditegakkan dengan kriteria diagnosis. Kriteria ini terdiri dari kriteria klinis dan laboratorium.

1. Kriteria klinis
2. Demam tinggi, berlangsung selama 2-7 hari tanpa sebab yang jelas
3. Adanya perdarahan mikro ditandai dengan :
4. Tes torniquet (+), digunakan untuk mengetahui adanya perdarahan pada kulit.
5. Ekimosis (bercak), petekie, dan purpura.
6. Epistakis, perdarahan pada mukosa, perdarahan pada gusi, serta hematemesis melena.
7. Pembesaran hati
8. Nadi cepat (takiakrdia), perfusi jaringan buruk ditambah dengan nadi lemah, penurunan tekanan nadi (< 20 mmHg), hipotensi dengan akral dingin dan atau tampak gelisah.
9. Kriteria laboratorium
10. Trombositopenia ( 100.000/ µl atau kurang )
11. Hemokosentrasi, ( terlihat dari peningkatan hematokrit >20% ).

 Untuk menegakkan diagnosis klinis Dangue Hemorrhagic Fever (DHF) cukup dengan dua kriteria pertama ditambah penurunan kadar trombosit (trombositopenia) dan hemokosentrasi atau peningkatan hematokrit. Terdapat hepatomegaly pada dua kriteria pertama dapat pula menjadi tanda DHF sebelum terjadinya plasma leakage. Efusi pleura yang terlihat dari gambaran radiologis dapat menjadi bukti objektif adanya kebocoran plasma. (WHO, 2014).

2.1.4 Tanda dan Gejala DHF

 Menurut Kementrian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2014 tanda atau gejala DBD yang muncul seperti :

1. Klien mengalami demam tinggi
2. Klien mengalami perdarahan atau terdapat bintik-bintik merah pada area kulit
3. Klien mengalami gangguan pada saluran pencernaan
4. Klien mengeluh susah pada saat menelan
5. Klien mengeluh nyeri, biasanya pada bagian tubh seperti kepala, otot, tulang, sendi, dan uluh hati, serta mengeluh pegal-pegal
6. Klien dapat mengalami pembesaran pada hati, limpah, dan kelenjar getah bening, jika pada masa penyembuhan makan hal tersebut akan kembali normal.
7. Jika klien dalam keadaan yang parah, maka dapat mengalami keadaan syok atau disebut dengan istilah *dangue shock syndrome* atau DDS. ( Dini Siti Anggraeni, 2015).

2.1.5 Patofisiologi

 Virues dangue yang masuk ketubuh manusia dapat menyebabkan viremia. Hal ini akan menyebabkan reaksi oleh pusat pengatur suhu pada hipotalamus, sehingga dapat menyebabkan ( pelepasan zat bradikinin, serotinin,trombin, dan histamin) sehingga mengakibatkan peningkatan pada suhu tubuh.

 Selain itu, viremia dapat menyebabkan dinding pembuluh darah menjadi melebar sehingga mengakibatkan peprindahan cairan dan plasma dari intravaskuler ke intersisiel yang dapat mengakibatkan hipovolemia. Terjadinya trombositopenia akibat dari penurunan pada trombosit yang bereaksi sebagai antibodi melawan virus ( Murwani,2011).

 Pada kasus trombositopenia dapat terjadi perdarahan baik kulit ( petekie ) atau perdarahan mukosa mulut. Hal ini dapat mengakibatkan hilangnya kemampuan untuk melakukan mekanisme hemostatis secara normal. Hal ini, dapat menimbulkan perdarahan dan jika tidak segera diatasi maka dapat mengakibatkan syok. Masa virus dengan inkubasi 315 hari, dan rata-rata 5-8 hari (Soegijantos, 2003).

 Virus masuk kedalam tubuh manusia melalui gigitan nyamuk aedes agypti (Ngastiyah, 2005). Awal terjadinya adalah viremia yang mengakibatkan penderita mengalami demam, sakit kepala, mual, muntah, nyeri otot, pegal-pegal diseluruh tubuh, terdapat ruam atau bintik-bintik merah pada kulit , hiperemia tenggorokan dan lain hal yang mungkin dapat terjadi yaitu pembesaran kelenjar getah bening, dan pembesaran hati (hepatomegali).

 Virus bereaksi dengan antibodi dan terbentuklah kompleks virus antibodi. Dalam sirkulasi dan dapat mengaktivasi sistem komplemen. Akibat dari aktivasi C3 dan C5 akan dilepaskan C3a dan C5a dua peptida yang beguna untuk melepaskan histamin dan merupakan mediator kuat sebagai faktor meningkatnya permeabilitas dinding kapiler pembuluh darah yang dapat menyebabkan terjadinya pembesaran plasma keruang ekstraseluler. Pembesaran ini dapat mengakibatkan kekurangan volume plasma, terjadinya hipotensi, hemokonsentrasi, dan hipoproteinemia, efsui serta renjatan (syok).

 Kebocoran yang terjadi dapat dibuktikan dengan ditemukannya cairan yang tertimbun pada rongga serosa yaitu rongga peritonium, pleura, dan pericardium yang pada otopsi melebihi cairan yang diberikan melalui infus.

Setelah pemberian cairan intravena, trombosit akan meningkat, dan menunjukkan kebocoran plasma telah teratasi, sehingga pemberian cairan intravena dapat dikurangi dalam kecepatan dan jumlahnya untuk mencegah terjadinya edema paru dan gagal jantung, sebaiknya jika tidak mendapat cairan yang sesuai, penderita akan mengalami kekurangan cairan yang akan mengakibatkan kondisi yang semakin memburuk bahkan bisa mengalami renjatan (syok).

 Jika renjatan (syok) terjadi dan akan menimbulkan anoksia jaringan, metabolik asidosis, dan kematian apabila tidak segera ditangani. (Murwani, 2011).

2.1.6 Diagnosa Banding

 Diagnosa banding demam dengue mencakup banyak penyakit yang kemungkinan juga tinggi prevalensinya di suatu daerah tertentu.

1. Arbovirus : virus chikungunya (sering salah diagnosa di kawasan Asia Tenggara
2. Penyakit akibat virus lainnya : Measles ; rubella dan kelainan kulit akibat virus lainnya ; virus Epstein-Barr ; enterovirus ; influenza ; hepatitis A ; hantavirus
3. Penyakit akibat bakteri : meningokoksemia, leptospirosis, tifoid, melioidosis, rickesttsia, demam skarlet
4. Penyakit akibat parasit : Malaria

2.1.7 Komplikasi

 Komplikasi DBD yang terjadi biasanya dikaitkan dengan syok yang nyata/berlangsung lama sehingga menyebabkan asisdosis metabolik dan perdarahan hebat sebagai akibat dari koagulasi intravaskular diseminata (KID) dan kegagalan multiorgan seperti disfungsi hati dan ginjal. Hal yang lebih penting diperhatikan adalah bahwa pemberian cairan yang berlebihan selama periode kebocoran plasma dapat menyebabkan efusi yang masif dan gangguan pernafasan, bendungan paru akut dan/atau gagal jantung.

 Cairan yang terus diberikan setelah berakhirnya periode kebocoran plasma dapat berakibat edema paru akut ataupun gagal jantung, khususnya dengan adanya reabsorbsi cairan yang sebelumnya mengalami ekstravasasi. Selain itu, syok yang nyata/berlama-lama serta pemberian cairan yang tidak tepat dapat menyebabkan gangguan metabolik/elektrolit. Gangguan metabolik yang paling sering ditemukan adalah hipoglikemia, hiponatremia, hipokalemia dan kadang-kadang hiperglikemia. Hal ini dapat berakibat munculnya berbagai manifestasi yang jarang, misalnya ensefalopati.

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan darah lengkap
2. Hemoglobin (Hb) dan PCV meningkat ( >20% )
3. Trombositopenia ( 100.000/mm3)
4. Leukosit menurun pada hari ke-2 dan ke-3
5. Protein darah rendah
6. Ureum dan Ph bisa meningkat
7. NA dan Cl rendah
8. Serologi : HI ( Hemaglutination inhibition test )
9. Rotgen thorax : merupakan data penunjang untuk mengetahui kemungkinan dijumpainya efusi pleura
10. Uji tes torniquet (+). Uji ini digunakan untuk mengetahui adanya perdarahan pada kulit.
11. USG : untuk mengetahui adanya hepatomegali dan splenomegali

2.1.9 Pencegahan

 Untuk menghindari terjadinya perluasan dan meminimalisir penderita penyakit Dangue Hemorrhagic Fever (DHF). Maka upaya yang harus dilakukan oleh pemerintah yaitu dengan melakukan pemberantasan nyamuk dewasa melalui pengasapan. Kemudian, strategi ini diperluas dengan menggunakan *larvasida* yang ditaburkan ke tempat penampungan air yang sulit dibersihkan. Akan tetapi, kedua metode tersebut sampai saat ini belum menunjukkan hasil yang memuaskan. ( Fatchul Mufidah, 2012).

 Pencegahan penyakit Dangue Hemorrhagic Fever (DHF), ada beberapa metode yang dianggap cukup tepat. Adapun metode-metode tersebut adalah sebagai berikut :

1. Lingkungan

 Kondisi lingkungan sangat berpengaruh besar terhadap penyebaran dan penularan penyakit DHF. Maka dari itu, untuk mengurangi penyebaran penyakit DHF, upaya yang harus dilakukan yaitu selalu menjaga kebersihan lingkungan. Ada beberapa langkah yang bisa dilakukan, yakni pemberantasan sampah padat, modifikasi tempat perkembangbiakan nyamuk hasil samping kegiatan manusia, dan perbaikan desain rumah. ( Fatchul Mufidah, 2012).

1. Biologis

 Pencegahan secara biologis terhadap nyamuk yang menjadi sumber penyebab penyakit DHF bisa dilakukan dengan menggunakan ikan pemakan jentik nyamuk, misalnya ikan adauan atau ikan cupang dan bakteri jenis Bt.H-14. ( Fatchul Mufidah, 2012).

1. Kimiawi

 Pengendalian dan pembasmian nyamuk penyebar bakteri DHF dapat dilakukan dengan beberapa cara berikut:

1. Pengasapan atau *fogging* menggunakan *malathion* dan *fenthion.* Cara ini berguna untuk mengurangi kemungkinan penularan samapai batas waktu tertentu.
2. Memberikan bubuk abate (*temephos*) pada tempat-tempat penampungan air, seperti gentong air, bak mandi, vas bunga, kolam, dan lain-lain. ( Fatchul Mufidah, 2012).

 Untuk mencegah, khususnya mencegah perkembangbiakan nyamuk aedes aegepty yang merupakan sarana penularan demam berdarah melakukan 3 M.

3 M yaitu :

1. Menguras bak mandi,
2. Menutup tempat penampungan air
3. Mengubur barang-barang bekas yang tidak terpakai yang berpotensi menjadi tempat genangan air hujan. Selain itu juga dilakukan fongging atau pengasapan dan abatisasi. ( Fatchul Mufidah, 2012).

2.1.10 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan untuk pasien Dangue hemorrhagic fever (DHF) adalah penanganan pada derajat I sampai derajat IV

1. Derajat I dan II
2. Pemberian cairan yang cukup dengan infus RL dengan dosis 75ml/kgBB/hari untuk anak dengn berat badan kurang dari 10kg atau bersamaan diberikan oralit, air,buah, atau susu secukupnya, atau pemberian cairan dalam waktu 24 jam antara lain sebagai berikut :
	* 1. 100ml/kgBB 24jam untuk anak dengan BB < 25kg
		2. 75ml/kgBB 24jam untuk anak dengan BB 26-30kg
		3. 60ml/kgBB 24jam untuk anak dengan BB 31-40kg
		4. 50ml/kgBB 24jam untuk anak dengan BB 41-50kg
3. Pemberian obat antibiotik apabila adanya infeksi sekunder
4. Pemberian antipiretik untuk menurunkan demam
5. Apabila ada perdarahan hebat maka berikan darah 15cc/kgBB/hari
6. Derajat III
7. Pemberian cairan yang cukup dengan infus RL dosis 20ml/kgBB/jam. Jika nadi dan tensi tidak stabil lanjutkan jumlah cairan selama 24 jam dikurangi cairan yang sudah masuk.
8. Pemberian plasma atau plasma ekspander (dekstran L) sebanyak 10ml/kgBB/jam dan dapat diulangi maksimal 30ml/kgBB dalam 24jam, apabila setelah 1 jam pemakaian RL 20ml/kgBB/jam keadaan tekanan darah kurang dari 80mmHg dan nadi lemah, maka berikan cairan yang cukup berupa infus RL dengan dosis 20ml/kgBB/jam. Jika baik lanjutkan RL sebagaimana perhitungan selanjutnya.
9. Apabila 1 jam pemberian 10ml/kgBb/jam keadaan tensi masih lemah dan dibawah 80mmHg maka penderita harus mendapatkan plasma ekspander sebanyak 10ml/kgBb/jam diulangi maksimal 30ml/kgBB/24 jam, bila baik lanjutkan.
10. Derajat IV
11. Pemberian yang cukup dengan infus RL dosis 30ml/kgBB/jam, jika tekanan darah membaik lanjutkan RL 10ml/kgBB/jam.
12. Jika tekanan darah memburuk maka harus dipasang 2 saluran infus dengan maksud satu untuk infus RL 10ml/kgBB/jam dan satu untuk pemberian plasma eskpander atau dekstran L sebanak 20ml/kgBB/jam selama 1 jam.
13. Jika memburuk berikan plasma ekspander 20ml/kgBB/jam
14. Jika tetap memburuk, berikan plasma ekspander 10ml/kgBB/jam diulangi maksimal 30ml/kgBB/24jam.
15. Jika setelah 24 jam pemberian plasma dan RL tidak menunjukkan perbaikan maka konsultasikan dengan anastesi untuk perlu tidaknya dipasang CVP. (Hidayat A Aziz Alimul,2008).

2.2 Konsep Anak

2.2.1 Pengertian Tumbuh Kembang

 Pertumbuhan (growth) menurut (Soetjiningsih dan Ranuh, 2015) adalah perubahan yang bersifat kuantitatif, yaitu bertambahya jumlah, ukuran, dimensi pada tingkat sel, organ, maupun individu. Sebagai contoh, anak bertambah besar bukan hanya secara fisik tetapi juga ukuran dan struktur organ tubuh dan otak. Otak anak semakin tumbuh terlihat dari kapasitasnya untuk belajar lebih besar, mengingat dan mempergunakan akalnya dengan peningkatan. Anak tumbuh baik secara fisik dan mental.

 Adapun perkembangan merupakan bertambahya struktur fungsi tubuh yang meliputi kemampuan gerak kasar, gerak halus, bahasa, dan bicara serta sosialisasi dan kemandirian (Soetjiningsih dan Ranuh, 2015).

2.2.2 Perkembangan Anak Usia 7 Tahun

1. Psikologi

Perkembangan usia ini mencakup sosial dan emosional. Dari sisi sosial, anak pada usia ini biasanya sudah membangun hubungan dengan orang-orang disekitarnya dan terkesan lebih dewasa. Anak juga mampu memberikan inisiatif hingga mengatur dirinya sendiri. Sedangkan dari segi emosionalnya ialah berkurangnya intensitas menangis. Bukan hanya itu, anak mulai belajar menghadapi perubahan – perubahan yang terjadi di sekitarnya.

1. Kognitif

Kemampuan kognitif adalah tahapan kemmapuan anak dalam prose berpikir seperti mengingat, pemecahan masalah, dan pengambilan keputusan. Perkembangan kognitif juga ditandai dengan timbulnya rasa penasaran dari anak. Anak biasanya akan bertanya tentang banyak hal mulai dari pertanyaan yang tak jarang berada diluar ekspektasi orang tua.

1. Motorik

Meningkatnya kemampuan motorik juga termasuk dalam tahapan perkembangan anak. Kemampuan motorik halus dan kasar mulai terasah di fase berikut :

1. Meggambar sesuatu dengan bentuk yang semakin jelas
2. Sudah bisa menghasilkan tulisan yang bisa terbaca
3. Dapat menggunakan gunting sendiri
4. Mampu melatih kekuatan fisik dengan cara berolahraga seperti berenang.

2.3 Hospitalisasi

Hospitalisasi merupakan keadaan dimana anak harus tinggal di rumah sakit, menjalani terapi dan perawatan karena suatu alasan yang berencana maupun kondisi darurat. Tinggal dirumah sakit dapat menimbulkan stress bagi anak-anak, remaja, dan keluarga mereka (Mendri dan Prayogi, 2017).

Beberapa faktor stresor hospitalisasi antara lain:

1. Lingkungan rumah sakit
2. Berpisah dengan orang yang sangat berarti
3. Kurangnya informasi
4. Kehilangan kebebasan dan kemandirian
5. Pengalaman yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan dan perilaku atau interaksi dengan petugas rumah sakit.

 Faktor-faktor yang mempengaruhi reaksi anak terhadap hospitalisasi yaitu:

1. Umur dan perkembangan kognitif
2. Reaksi orang tua, persiapan anak dan orang tua
3. Keterampilan koping anak dan keluarga.

2.4 Imunisasi

2.4.1 Pengertian

 Imunisasi atau vaksin adalah salah satu cara yang dilakukan untuk memberikan kekebalan pada bayi, anak dan balita dalam keadaan sehat. Secara alamiah tubuh juga memiliki pertahanan terhadap berbagai kuman yang masuk. Fakta menunjukkan bahwasannya infeksi yang terjadi dapat dicegah dengan imunisasi. Imunisasi berperan penting pada anak untuk melawan penyakit pada tubuhnya. Oleh karena itu, upaya pemerintah dalam mengurangi penyakit tertentu yaitu dengan mewajibkan para ibu untuk melakukan imunisasi bagi bayinya. Orang tua juga perlu diberi edukasi mengenai efek yang ditimbulkan dari reaksi dari pemberian imunisasi. Dan efek samping dari imunisasi umumnya terjadi karena potensi dari vaksin itu sendiri. (Ranuh, I.G.N, dkk. 2008).

2.4.2 Lokasi Pemberian

 Cara pemberian adalah bagaimana vaksin (atau obat) dimasukkan kedalam tubuh penerima (resipien). Cara pemberian vaksin ini merupakan faktor utama keberhasilan imunisasi. Kandungan vaksin akan didistribusikan keseluruh tubuh dari tempat vaksin dimasukkan kedalam tubuh, dengan memanfaatkan mekanisme transportasi dalam tubuh manusia agar vaksin terdistribusi dengan baik dan memberikan dampak yang baik dalam pembentukan imunitas.

Imunisasi diberikan melalui :

1. Injeksi intramuskuler (IM) : vaksin diberikan melalui suntikan kedalam massa otot. Vaksin yang mengandung adjuvan harus diberikan secara intramuskuler untuk mengurangi reaksi lokal.
2. Injeksi subkutan (SK), vaksin disuntikan dibawah kulit diatas otot.
3. Suntikan intradermal (ID) : vaksin disuntikan pada lapisan teratas kulit.

(WHO, 2022).

2.4.3. Jenis vaksin

Jenis vaksin yang diberikan pada anak usia 7 tahun yaitu :

1. Booster vaksin DTP (Difteri, Pertugis, dan Tetanus) diberikan pada program BIAS ( Bulan Imunisasi Anak Sekolah ). Pada anak 7 tahun atau lebih menggunakan vaksin Td ( Tetanus dan difteri ) atau Tdap (Tetanus, difteri, pertussis). Booster selanjutnya pada umur 10-18 tahun atau program BIAS kelas 5 SD. Booster Td diberikan setiap 10 tahun.
2. Vaksin influenza setahun sekali

Diberikan setiap tahun setelah pemberian pertama di usia 6 bulan. Hingga anak berusia 8 tahun, vaksin pertama diberikan dalam dua dosis degan interval minimal 4 minggu. Sedangkan untuk usia lebih dari 9 tahun, imunisasi pertama diberikan hanya satu dosis.

1. Vaksin MR atau MMR
2. Booster vaksin tifoid

Diberikan mulai usia 2 tahun dan diulang setiap 3 tahun

1. Vaksin HPV

 2.5 Gizi Pada Anak Usia Pra sekolah

2.5.1 Pengertian

 Gizi merupakan makanan yang dapat memenuhi kebutuhan kesehatan ( Waryana, 2010). Zatgizi ( nutrisi) adalah zat kimia yang diperlukan oleh tubuh untuk menjalankan fungsinya yaitu menghasilkan energi, membangun, dan memelihara jaringan serta mengatur proses-proses kehidupan (Almatsier,2009).

2.5.2 Tujuan Pemberian Nutrisi

Menurut (Santoso, 2009) tujuan dari pemberian nutrisi yaitu :

1. Sumber energi dan tenaga, apabila fungsi ini terganggu maka tubuh akan mengalami kesulitan gerak dan mudah lelah.
2. Menyongkong pertumbuhan badan, yaitu penambahan sel baru pada sel yang sudah ada.
3. Memelihara jaringan pada tubuh, mengganti jaringan yang rusak, yaitu mengganti sel yang nampak jelas pada luka tubuh yaitu terjadinya jaringan penutup luka.
4. Mengatur metabolisme dan berbagai keseimbangan dalam cairan tubuh ( caian asam basa, dan mineral).
5. Berberap dalam mekanisme pertahanan tubuh terhadap berbagai penyakit sebagai antioksidan dan antibodi lainnya.

2.5.3 Karakteristik Terkait Dengan Pemberian Nutrisi Pada Anak

Kebutuhan zat gizi makropada anak usia 7 tahun yaitu :

1. Energi: 1650 kkal
2. Protein: 40 gram (gr)
3. Lemak: 55 gr
4. Karbohidrat: 250 gr
5. Serat: 23 gr
6. Air: 1650 ml

Kebutuhan zat gizi mikro yaitu :

**1. Vitamin**

1. Vitamin A: 500 mikrogram (mcg)
2. Vitamin D: 15 mcg
3. Vitamin E: 8 miligram (mg)
4. Vitamin K: 25 mcg
5. Vitamin B12: 2,0 mcg
6. Vitamin C: 45 mg

**2. Mineral**

1. Kalsium: 1000 mg
2. Fosfor: 500 mg
3. Natrium: 1000 mg
4. Kalium: 3200 mg
5. Besi: 10 mg
6. Iodium: 120 mcg
7. Seng: 5 mg

2.6 Asuhan Keperawatan

 Proses keperawatan adalah metode keperawatan yang sistematis, berpusat pada pasien, dan berorientasi pada tujuan yang menyediakan kerangka kerja dalam praktik keperawatan. Proses keperawatan dirancang untuk digunakan di sepanjang rentang hidup pasien dalam situasi apa pun untuk membantu pasien mencapai kesehatan yang lebih baik. Terdapat lima tahap dalam proses keperawatan yang digunakan oleh perawat sampai saat ini yaitu pengkajian yang berkelanjutan, diagnosis keperawatan, melakukan intervensi keperawatan untuk memenuhi hasil yang diharapkan, melakukan rencana keperawatan, dan mendokumentasikan tindakan keperawatan dan respon pasien.

2.6.1. Pengkajian

 Pengkajian merupakan tahap awal dari proses asuhan keperawatan dengan mengumpulkan data-data yang akurat dari pasien untuk mengetahui masalah kesehatan yang terjadi. Fase pengkajian merupakan fase yang krusial dalam seluruh proses keperawatan.Apabila terdapat data yang tidak akurat, maka capaian keberhasilan dari proses keperawatan tidak akan maksimal. (Prabowo,2017).

**a. Pengumpulan data**

 Pada tahap ini pengumpulan data dilakukan untuk mengumpulkan informasi sebanyak- banyaknya agar asuhan keperawatan dapat dilakukan dengan baik. Adapun metode pengumpulan data yaitu observasi, wawancara, konsultasi, dan pemeriksaan.

1. Identitas

Berisi data pribadi klien dan penanggung jawab pasien meliputi : nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, status perkawinan, alamat, jenis kelamin, dan tanggal masuk rumah sakit. (Haryani, Hardani,dan Thoyibah 2020).

1. Keluhan Utama

Pada umunya keluhan utama yang dirasakan pasien dengan Dangue Hemorrhagic Fever (DHF) adalah demam tinggi, mual,muntah, dan nafsu makan menurun.

1. Riwayat Penyakit Sekarang

Pada saat pengkajian didapatkan keluhan demam tinggi dan mengigil dengan keasadarn composmentis. Turunnya panas terjadi antara hari ke-3 dan ke-7 dan anak semakin lemah. Kadang-kadang disertai keluhan batuk pilek, nyeri telan, mual, muntah, anoreksia, sakit kepala, nyeri otot dan persendian, nyeri uluh hati, pergerakan mata terasa pegal, diare atau konstipasi, dan terdapat perdarahan pada kulit, gusi (Grade III,IV), melena atau hematemesis.

1. Riwayat Penyakit Dahulu

Pengkajian mengenai penyakit sebelumnya mengenai sakit yang pernah dialami, riwayat masuk rumah sakit, pemakaian obat, dosis yang digunakan serta pemakaian obat. Dan biasanya jika anak pernah mengalami DHF maka kemungkinan anak akan mengalami penyakit DHF lagi.

1. Riwayat Imunisasi

Apabila anak memiliki kekebalan yang baik maka besat kemungkinan anak terhindar dari timbulnya komplikasi lain.

1. Riwayat Gizi

Status gizi pada anak yang menderita Dangue Hemorrhagic Fever bervariasi. Semua anak dengan status gizi baik maupun buruk dapat beresiko, apabila terdapat faktor predisposisinya. Anak yang menderita DHF sering mengeluh mual, muntah, dan nafsu makan menurun. Apabila kondisi ini berlanjut, dan tidak disertai dengan pemenuhan nutrisi yang memenuhi maka anak dapat mengalami penurunan berat badan sehingga status gizinya kurang.

1. Kondisi Lingkungan

Sering terjadi di daerah yang padat akan penduduk dan lingkungan yang tidak bersih (seperti air yang menggenang dan baju yang menggantung di kamar).

1. Pola Kebiasaan
2. Nutrisi dan metabolisme : frekuensi, jenis, pantangan, napsu makan berkurang dan menurun.
3. Eliminasi atau BAB : kadang-kadang anak mengalami diare atau konstipasi. Sementara Dangue Hemorrhagic Fever (DHF) pada grade III dan IV bisa terjadi melena.
4. Eliminasi urine : apakah sering kencing sedikit atau banyak, sakit atau tidak. Pada DHF grade IV sering terjadi hematuria.
5. Tidur dan istirahat : anak sering mengalami kurang tidur karena mengalami nyeri pada otot dan persendian maka dari itu sangat berpengaruh pada pola tidur dan istirahat.
6. Kebersihan : upaya keluarga untuk menjaga kebersihan diri dan lingkungan cenderung kurang terutama pada tempat yang menjadi sarang nyamuk Aedes Aegypti.
7. Perilaku : tanggapan mengenai keluarga yang sakit dan upaya yang akan dilakukan untuk menjaga kesehatan.
8. Pemeriksaan Fisik
9. Pemeriksaan fisik meliputi palpasi, inspeksi, auskultasi, dan perkusi dari ujung kepala sampai dengan ujung kaki. Berdasarkan tingkatan (grade) Dangue Hemorrhagic Fever (DHF) meliputi :
10. Grade I : kesadaran composmentis, keadaan umum lemah, tanda-tanda vital dan nadi lemah.
11. Grade II : kesadaran composmentis, keadaan umum lemah, dan perdarahan spontan petekie, perdarahan gusi dan telinga, serta nadi lemah, kecil dan tidak teratur.
12. Grade III : kesadaran apatis, somnolent, keadaan umum lemah, nadi lemah, kecil dan tidak teratur, serta tensi menurun.
13. Grade IV : kesadaran koma, tanda-tanda vital (nadi tidak teraba, tensi tidak terukur, pernapasan tidak teratur, ekstremitas dingin, berkeringat, dan kulit tampak biru).
14. Sistem Integumen

Adanya petekia pada kulit, turgor kulit menurun, dan muncul keringat dingin dan lembab. Pemeriksaan uji torniquet dilakukan dengan menetapkan tekanan pada anak terlebih dahulu untuk menentukan terjadinya petekie pada kulit pasien.

1. Kuku sianosi atau tidak.
2. Kepala dan leher

Kepala terasa nyeri, muka tampak kemerahan dikarenakan demam yang tinggi (flusy), mata anemis, hidung kadang mengalami perdarahan (epistaksis) pada grade II,III,IV. Pada mulut didapatkan bahwa mukosa mulut kering, terjadi perdarahan gusi dan nyeri telan. Sementara tenggorokan mengalami hiperemia pharing terjadi pada grade II,III,IV. Kelenjar getah bening dan kelenjar tiroid tidak mengalami pembesaran.

1. Dada

Bentuk simetris terkadang terasa sesak. Pada photo thorax terdapat adanya cairan yang tertimbun pada paru sebelah kanan (efusi pleura), rales (+), ronchi (+), yang biasanya terdapat pada grade III,IV.

1. Abdomen

Mengalami nyeri tekan pembesaran hati (hepatomegali), asites. Terjadi pada grade IV.

1. Ekstremitas

Ada atau tidaknya oedema, akral dingin serta nyeri otot, sendi dan tulang.

1. Pemeriksaan Laboratorium

Pada pemeriksaan laboraturium pada klien dengan diagnosa Dangue Hemorrhagic Fever (DHF) ditemukan hasil :

1. Hemoglobin dan PVC meningkat (≥20%)
2. Trombositopenia (≤ 100.000/ ml)
3. Leukopenia (mungkin normal atau leukositosis)
4. Ig. D *dangue* positif
5. Hasil pemeriksaan kimia darah menunjukkan hipoproteinemia, hipokloremia, dan hiponatremia.
6. Ureum dan pH darah bisa meningkat
7. Asidosis metabolic : pCO2 <35-40mmHg dan HCO3 rendah.
8. SGOT/SGPT mungkin meningkat.

2.6.2 Diagnosa Keperawatan

Pernyataan ringkasan tentang status kesehatan klien yang didapatkan melalui proses pengkajian dan membutuhkan intervensi dari domain keperawatan. ( Carlson,et al. 1991). Diagnosa yang muncul adalah :

1. Hipovolemia ( kekurangan volume cairan ) berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler.
2. Resiko perdarahan berhubungan koagulasi (trombositopenia)
3. Hipertermia ( peningkatan suhu tubuh ) berhubungan dengan infeksi virus.
4. Resiko perdarahan berhubungan koagulasi (trombositopenia)
5. Defisit nutrisi berhubungan dengan mual, muntah

2.6.3. Rencana Keperawatan

**Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **DIAGNOSA** | **TUJUAN** | **INTERVENSI** |
| 1 | **Hipovolemia (SDKI D.0003)****Penyebab :**1. Kehilangan cairan aktif2. Kegagalan mekanisme regulasi3. Peningkatan permeabilitas kapiler4. Kekurangan intake cairan5. Evaporasi**Gejala dan tanda mayor :**Subjektif: (tidak tersedia)Objektif:1. Frekuensi nadi meningkat dan nadi teraba lemah
2. Tekanan darah menurun
3. Tekanan nadi menyempit
4. Turgor kulit menurun
5. Membran mukosa kering
6. Volume urine menurun
7. Hematokrit meningkat

**Gejala dan tanda minor :**Subjektif:Merasa lemah dan mengeluh hausObjektif:1. Pengisian vena menurun
2. Status mental berubah
3. Suhu tubuh meningkat
4. Konsentrasi urin meningkat
5. Berat badan turun tiba-tiba
 | Tujuan : Gangguan volume cairan tubuh dapat teratasiKriteria hasil :1. Turgor kulit meningkat
2. Output urine meningkat
3. Tekanan darah dan nadi membaik
4. Kadar hemoglobin membaik
 | **Manajemen hipovolemia**Observasi :1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (takanan darah menurun, membran mukosa kering, hematokrit meningkat)
2. Monitor intake dan output cairan

Terapeutik 1. Berikan asupan cairan oral
2. Hitung kebutuhan cairan

Edukasi 1. Anjurkan memperbanyak cairan oral

Kolaborasi1. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis ( misalnya : NaCL dan RL)
2. Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis ( misalnya : glukosa 2,5% NaCl 0,4% )
3. Kolaborasi pemberian cairan koloid ( misalnya : albumin dan plasmanate )
4. Kolaborasi pemberian produk darah
 |
| 2 | **Resiko perdarahan (D.0012)**1. Gangguan koagulasi (misalnya trombositopenia)
2. Kurang terpapar informasi mengenai pencegahan perdarahan
3. Proses keganasan
 | **Tujuan :** Tidak terjadi perdarahan**Kriteria hasil :**1. Kelembaban kulit meningkat
2. Hemoglobin meningkat
3. Hematokrit meningkat
 | Observasi1. Monitor tanda dan gejala perdarahan
2. Monitor nilai hemoglobin dan hematokrit sebelum dan sesudah kehilangan darah
3. Monitor tanda-tanda vital

Terapeutik 1. Anjurkan bed rest

Edukasi 1. Berikan penjelasan tanda dan gejala perdarahan
2. Menganjurkan meningkatkan pemberian cairan untuk menghindari konstipasi
3. Menganjurkan pemberian vitamin K dan meningkatkan makanan
4. Menganjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan

Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian obat untuk mengurangi perdarah
2. Kolaborasi pemberian produk darah, *jika perlu*
 |
| 3 | **Hipertermia (SDKI D.0130)****Penyebab** 1. Dehidrasi
2. Terpapar lingkungan panas
3. Proses penyakit (misal. infeksi, kanker)
4. Ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan
5. Peningkatan laju metabolisme
6. Respon trauma
7. Aktivitas berlebihan
8. Penggunaan inkubator

**Gejala dan tanda mayor**Subjektif : tidak tersediaObjektif :1. Suhu tubuh diatas nilai normal

**Gejala dan tanda minor**Subjektif : tidal tersediaObjektif :1. Kulit merah
2. Kejang
3. Takikardia
4. Takipnea
5. Kulit terasa hangat
 | **Tujuan :** Suhu tubuh agar dalam rentang normal**Kriteria hasil :**1. Tidak mengigil
2. Kulit merah menurun
3. Suhu tubuh membaik
4. Tekanan darah membaik
 | Observasi1. Observasi penyebab hipertermia ( misalnya dehidrasi, terpapar suhu lingkungan panas, penggunaan inkubator).
2. Monior suhu tubuh
3. Monitor kadar elektrolit
4. Monitor luaran urine
5. Monitor komplikasi akibat hipertermia

Terapeutik 1. Lakukan pendinginan eksternal ( kompres dingin,
2. Sediakan lingkungan yang dingin
3. Longgarkan atau lepaskan pakaian
4. Berikan cairan oral
5. Hindari pemberian antipiretik atau aspirin

Edukasi 1. Anjurkan tirah baring

Kolaborasi Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, *jika perlu* |
| 4 | **Defisit nutrisi (D.0019)****Penyebab** 1. Ketidakmampuan menelan makanan
2. Ketidakmampuan mencerna makanan
3. Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien
4. Peningkatan kebutuhan metabolisme
5. Faktor ekonomi (misalnya finansial tidak mencukupi)
6. Faktor psikologis (misalnya stress, keengganan untuk makan )

**Gejala dan tanda mayor**Subjektif : tidak tersediaObjektif :1. Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal

**Gejala dan tanda minor**Subjektif :1. Cepat kenyang setelah makan
2. Kram atau nyeri abdomen
3. Nafsu makan menurun

Objektif :1. Bising usus hiperaktif
2. Otot pengunyah lemah
3. Otot menelan lemah
4. Membran mukosa pucat
5. Sariawan
6. Serum albumin turun
7. Rambut rontok berlebihan
8. Diare
 | **Tujuan :**Anoreksia dan kebutuhan nutrisi terpenuhi**Kriteria hasil :**1. Porsi makan dihabiskan meningkat
2. Berat badan meningkat
3. Frekuensi makan meningkat
4. Nafsu makan meningkat
 | Observasi 1. Monitor tanda-tanda vital
2. Identifikasi status nutrisi
3. Monitor asupan makanan
4. Monitor berat badan
5. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
6. Monitor hasil pemeriksaan laboraturim

Terapeutik 1. Lakukan oral hygene
2. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
3. Berikan makanan tinggi serat untuk mecegah konstipasi
4. Berikan makanan tinggi protein dan kalori
5. Berikan suplemen makanan, jika perlu
6. Edukasi
7. Anjurkan posisi duduk, jika mampu

Kolaborasi 1. Kolaborasi dengan ahli gizi mengenai nutrisi yang harus diberikan
 |

2.6.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan dari perencanaan keperawatan yang telah dibuat untuk mencapai hasil yang efektif. Dalam pelaksanaan implementasi keperawatan, penguasaan keterampilan dan pengetahuan yang harus dimiliki oleh setiap perawat sehingga pelayanan yang diberikna baik mutunya. Demikian tujuan dari rencana yang telah ditentukan dapat tercapai (Wong D.L.2004 HAL.331).

2.6.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau mengehntikan rencana keperawatan (Manurung,2011).

2.7 Kerangka Masalah

Kerangka masalah dengan diagnosa Dangue Hemorrhagic Fever (DHF) sebagai berikut :

Nyamuk Aedes Aegypty

**Resiko perdarahan**

Trombositopenia

Trombosit kehilangan fungsi agrerasi dan mengalami metamorfis

**Resiko syok hipovolemik**

**Gangguan rasa nyaman : nyeri**

Menekan syaraf C

Oedema

Plasma banyak mengumpul pada jaringan intersisiel tubuh

Mual muntah

Peningkatan asam lambung

Perdarahan ekstraseluler

Kebocoran plasma

Peningkatan permeabilitas kapiler

Pembebasan histamin

Pelepasan peptida

Antibodi meningkat

Komplemen antigen

**Defisit nutrisi**

Suhu tubuh meningkat

**Hipertermia**

Masuk ke pembuluh darah otak melalui aliran darah sehingga mempengaruhi hipotalamus

Mekanisme tubuh melawan virus

Viremia

Virus masuk melalui aliran darah

Mengigit manusia

# BAB III

# TINJAUAN KASUS

 Untuk mendapat gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada anak dengan Dangue Hemorrhagic Fever (DHF), maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 17 Januari 2022 sampai dengan 22 Januari 2022 dengan data pengkajian pada tanggal 17 Januari 2022 pada pukul 08.00 WIB. Anamnesa diperoleh dari ibu klien, observasi klien, dan pengkajian SIMRS sebagai berikut :

3.1 PENGKAJIAN

3.1.1 Identitas

 Klien adalah seorang anak laki-laki bernama “ R “ berusia 5 tahun, beragama islam, bahasa yang sering digunakan adalah bahasa Indonesia. Klien adalah anak ketiga dari empat bersaudara. Ayah nya bernama Tn.D usia 40 tahun pekerjaan TNI AL dan ibu bernama Ny. R berusia 35 tahun pekerjaan swasta. Klien tinggal di Jl. Letjen Sutoyo 27, Waru. Klien MRS pada tanggal 15 Januari 2022 pukul 10.35 WIB.

3.1.2 Keluhan Utama

 Ibu klien mengatakan anak demam dan mengigil pada hari-13.

3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

 Ibu klien mengatakan An.R demam selama 10 hari yang lalu pada tanggal 4 Januari 2022 dan dibawah ke dokter umum di diagnosis radang dan diberi obat radang dan penurun panas, lalu hari ke-12 pada tanggal 14 Januari demam tak kunjung turun dan suhu demamnya berubah-ubah. Pada hari ke-13 tanggal 15 Januari 2022 pukul 09.00 WIB orang tua klien membawa An.R ke IGD RSPAL Dr Ramelan Surabaya dikarenakan demam tak kunjung turun. Klien tampak lemah, mengigil, badan panas dengan suhu 38 derajat Calcius, nadi 112x/menit dan mukosa bibir kering. Dari IGD terpasang infus D5 1/5 1250cc/24 jam,diberikan injeksi antrain dan ondansentron dan obat racikan batuk pilek, hasil widal : negatif. Hasil swab PCR dari IGD negatif. Klien pindah ke ruangan DII pada pukul 10.36 WIB, dan pada saat pengkajian ibu klien mengatakan anak masih demam, mengigil dan kadangkadang disertai rasa mual. Akral teraba hangat.

3.1.4 Riwayat Kehamilan dan Persalinan

1. Prenatal care:

Ibu klien mengatakan selama kehamilan selalu cek up rutin di RS Ewa Pangalila setiap 1 bulan sekali

1. Natal care:

Ibu klien mengatakan melairkan secara normal dengan usia kehamilan 41 minggu (10 bulan) . BB 3500gr dan PJ: 50cm, ibu klien melakukan persalinan di RS Ewa Pangalila Surabaya.

1. Post Natal

Ibu klien memberikan asi eksklusif dan dibantu PASI (susu formula) dikarenakan ibu bekerja.

3.1.5 Riwayat Penyakit Masa Lampau

1. Penyakit-penyakit waktu kecil

Ibu klien mengatakan anak pernah sakit DHF dan ke empat kalinya ini, dan klien juga memiliki amandel

1. Perna Dirawat Di Ruma Sakit

Ibu klien mengatakan anak pernah di rawat di RSPAL Dr Ramelan Surabaya sudah ke empat kalinya dan dengan diagnosis medis Dangue emorrhagic Fever (DF).

1. Penggunaan Obat-obatan

Ibu klien mengatakan An.R tidak mengkonsumsi obat-obatan rutin saat diruma.

1. Tindakan (Operasi atau Tidakan Lain)

Ibu klien mengatakan An.R tidak pernah melakukan operasi

1. Alergi

Ibu klien mengatakan An. R tidak memilik alergi

1. Kecelakaan

Ibu klien mengatakan An.R tidak pernah mengalami kecelakaan

1. Imunisasi

Imunisasi yang diberikan oada An. R sudah lengkap yaitu BCG,DPT, polio, dan campak.

3.1.6 Pengkajian Keluarga

1. Genogram

|  |
| --- |
| An R 7tahun  |

|  |
| --- |
|  **KETERANGAN :** Laki-laki  Perempuan  Pasien |

2. Psikososial Keluarga

 Ibu klien khawatir dan cemas dikarenakan demam pada anaknya tak kunjung menurun dan ibu klien berharap anaknya cepat sembuh dan bisa beraktivitas seperti biasanya.

3.1.7 Riwayat Sosial

1. Yang mengasuh anak

Ibu klien mengatakan An.R diasuh oleh kedua orang tua dan dibantu dengan pengasuh

1. Hubungan dengan anggota keluarga

Ibu klien mengatakan An.R dekat dengan kakak dan adiknya ketika dirumah

1. Hubungan dengan teman sebaya

Ibu klien mengatakan An.R dengan teman sebayanya baik dan sering bermain dengan temannya.

1. Pembawaan secara umum

Ibu pasien mengatakan An.R selama dirumah sebelum sakit ia adalah anak yang baik, aktif, dan suka tersenyum.

3.1.8 Kebutuhan Dasar

1. Pola nutrisi

Ibu klien mengatakan anak SMRS makan 3x sehari dengan 1 porsi dan habis,setelah MRS anak juga makan 3x sehari dengan 1 porsi tidak dihabiskan.

1. Pola tidur

Ibu klien mengatakan ada gangguan tidur selama MRS dan selalu tidur kurang lebi 10 jam/harinya. SMRS 10 jam/harinya.

1. Pola aktivitas/bermain

Ibu klien mengatakan anak SMRS aktif bermain dan belajar, stelah MRS anak hanya terbaring diatas bed.

1. Pola eliminasi

Ibu klien mengatakan selama MRS anak BAB 1x/hari konsisten lunak berwarna kuning, bau khas feses. BAK 5-7x/ hari.

1. Pola kognitif perseptual

Sebelum dan selama sakit anak tidak mengalami gangguan pada indra pendengaran, penglihata, perasa, dan penciuman.Semua fungsi indra berfungsi dengan baik.

1. Pola toleransi stress

Ibu klien mengatakan jika An.R ketika takut ia cenderung diam dan tidak mau bicara dengan orang disekelilingnya.

3.1.9 Keadaan Umum (Penampilan Umum)

1. Cara masuk

Ibu klien mengatakan diantar oleh suami ke IGD RSPAL Dr.Ramelan Suarabaya dengan kondisi klien demam dan mengigil.

1. Keadaan umum

Composmetis, pasien terlihat pucat dan lemas.

3.1.10 Tanda-tanda vital

 Observasi klien dengan hasil :

 Suhu : 38 ˚C Nadi : 112x/menit

 RR: 24x/menit TB: 120cm BB : 15kg IMT : 10,4 (Kurang)

3.1.11 Pemeriksaan fisik (inspeksi,palpasi,perkusi, auskultasi)

1. Pemeriksaan Kepala dan Rambut

Bentuk kepala simetris, tidak ada luka maupun edema, bersih dan rambut berwarna hitam.

1. Mata

Gerakan mata klien normal, mata tidak cowong, sklera mata tidak ikterus, konjungtiva anemis.

1. Hidung

Tidak terdapat pernapasan cuping hidung, tidak terdapat secret dan lendir

1. Telinga

Tidak ada serumen dan tidak ada gangguan pada pendengaran telinga simetris

1. Mulut dan Tenggorokan

Mukosa bibir kering pucat, lidah tidak tampak kotor, mulut bersih dan tidak ada sariawan, terdapat tonsil.

1. Tengkuk dan Leher

Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening

1. Pemeriksaan Thorax/Dada

Tidak terdapat suara ronchi, bentuk dada simetri, irama napas tidak teratur, cepat dan dangkal, tidak ada retraksi dada, dan tidak ada nyeri tekan.

Paru: Ekspansi dada simetris, RR 24x/menit, tidak ada nyeri tekan

Jantung :

1. inspeksi, tidak tampak pulsasi ictus cordis
2. palpasi, ictus cordis teraba
3. perkusi, suara sonor
4. auskultasi, irama jantung reguler S1 dan S2, tidak terdapat suara bunyi tambahan
5. Punggung

Tidak terdapat decubitus, dan tidak ada kelainan tulang belakang. Tidak terdapat benjolan.

1. Pemeriksaan Abdomen
2. inspeksi : tidak ada distensi dan luka, bentuk perut datar
3. auskultasi : bising usus 2x/menit
4. perkusi : suara timpani
5. palpasi : tidak ada nyeri tekan
6. Pemeriksaan Kelamin dan Daerah Sekitarnya (Genetalia dan Anus)

Tidak ada pembengkakan pada penis dan tidak terdapat lesi, area anus bersih.

1. Pemeriksaan Muskuloskeletal

Klien tidak memiliki masalah pada ototnya dan dapat melakukan ROM aktif.

1. Pemeriksaan Neurologi

Kesadaran composmetis, GCS 456, tidak ada kejang

1. Pemeriksaan Integumen

Kulit teraba hangat, turgor kulit tidak terdapat ptekie

3.1.12 Tingkat Perkembangan

1. Adaptasi sosial

An.R sudah memiliki banyak teman bermain setiap harinya.

1. Bahasa

Klien sudah bisa bicara, bisa menyebutkan nama dan warna

1. Motorik halus

An. R mampu memberi tahu nama gambar dan mampu menggambar

1. Motorik kasar

An. R mampu berlari bahkan mampu melakukan pekerjaan rumah seperti menyapu lantai.

3.1.13 Pemeriksaan Penunjang

1. Laboratorium

Tanggal 17-1-2022

1. Basofil# 0.13 ( 0.00 – 0.10)
2. Basofil% 2.4 (0.0 – 0.10)
3. Neutrofil % 34.40 ( 50.0 – 70.0 )
4. Hb 12.10 ( 13 -17 )
5. Trombosit 94.00/mm3 ( 150 - 450 )
6. PCT 0.086 ( 1.08 – 2.82 )
7. P-LCC 22.0 ( 30 – 90 )
8. Rontgen

Tidak dilakukan rontgen pada An. R

**Tabel 3.1 Terapi** dan Indikasi 15 Januari 2022

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | **Terapi** | **Indikasi** |
| 1 | Infus D5 ½ 1250cc/24 jam | Kebutuhan cairan |
| 2 | Injeksi antrain 3x200mg | Pereda nyeri |
| 3 | Injeksi ondansetron 3x2mg | Mencegah mual muntah |

Surabaya, 17 Januari 2022

( NABILQIS ADINDA )

ANALISA DATA

NAMA KLIEN : An.R RUANG/KAMAR : DII/1A

UMUR : 5 Tahun NO.REGISTRASI :35-xx-xx

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NO | Data | Penyebab | Etiologi |
| 1 | Ds.Ibu klien mengatakan An.R demam selama 10 hari pada tanggal 4 Januari 2022 lalu hari ke-12 pada tanggal 14 Januari demam tak kunjung turun dan suhu demamnya berubah-ubah. Do.1. Mukosa bibir kering
2. Trombosit 36.000
3. Hematokrit 31.20%
4. Suhu 38 ˚C
5. Nadi 112x/menit
 | Peningkatan permeabilitas kapiler | Hipovolemia**(SDKI D.0023)****HAL 64** |
| 2 | Ds. Ibu klien mengatakan anak tampak lemasDo.1. Klien tampak lemas
2. Klien tampak pucat
3. Nadi 112x/menit
4. Respirasi 24x/menit
5. Hasil laboraturium pada tanggal 19 Januari 2022 menunjukkan hasil :

 Trombosit 36.000Hematokrit 35.000Hb 11.90Ig G DHF positif | Trombositopenia  | Resiko Perdarahan**(SDKI D.0012)****HAL 42** |
| 3 | Ds.Ibu klien mengatakan anak demam tak kunjung turun sudah hari ke-12 Do.1. Suhu 38 ˚C
2. Nadi 112x/menit
3. Respirasi 24x/menit
4. Akral teraba hangat
5. Hasil laboraturium pada 17 Januari 2022 tanggal menunjukkan hasil :
	* 1. Trombosit 94.00
		2. Leukosit 5.29
		3. Hemoglobin 12.10
 | Proses infeksi virus dangue  | Hipertermia**(SDKI D.0130)****HAL 284** |
| 4 | Ds.Ibu klien mengatakan anak demam, mengigil dan kadang-kadang perut klien terasa mualIbu klien mengatakan MRS makan 3x sehari tetapi 1 porsi tidak habisDo.1. Mukosa bibir klien tampak pucat
2. Suhu : 38 °C

RR : 24x/menitNadi : 112x/menitTB : 120cmBB : 15kgIMT : BB/TB x TB : 15/120 x 120 : 10,4 | Psikologis(Keengganan untuk makan) | Defisit Nutrisi **(SDKI D.0019)****HAL 56** |

PRIORITAS MASALAH

NAMA KLIEN : An.R RUANG/KAMAR : DII/1A

UMUR : 5 Tahun NO.REGISTRASI :35-xx-xx

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **Diagnosa Keperawatan** | **TANGGAL** | **Nama Perawat** |
| **Ditemukan** | **teratasi** |
| 1 | Hipervolemia b.d peningkatan permeabilitas kapiler  | 19 Januari 2022 | 21 Januari 2022 | **NA** |
| 2 | Resiko perdarahan b.d trombositopenia  | 19 Januari 2022 | 21 Januari 2022 | **NA** |
| 3 | Hipertermia b.d proses infeksi virus | 17 Januari 2022 | 21 Januari 2022 | **NA** |
| 4 | Defisit Nutrisi b.d psikologis (keengganan untuk makan) | 17 Januari 2022 | 21 Januari 2022 | **NA** |

RENCANA KEPERAWATAN

NAMA KLIEN : An.R RUANG/KAMAR : DII/1A

UMUR : 5 Tahun NO.REGISTRASI :35-xx-xx

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **Diagnosa Keperawatan** | **Tujuan** | **Rencana Intervensi** | **Rasional** |
| 1 | Hipovolemia b.d peningkatan permeabilitas kapiler**(SDKI D.0023)****HAL 64** | Setelah dilakukan tindakan 3x24jam status cairan membaik dengan kriteria hasil :1. Frekuensi nadi normal 70-120x/menit
2. Tekanan nadi normal
3. Suhu tubuh normal 36,6 ˚C
4. Membran mukosa tidak lembab
5. Kadar hematokrit 34,70

**(SLKI L.03028)** | **Observasi**1. Identifikasi tanda-tanda Hipovolemia
2. Monitor frekuensi nadi
3. Monitor tekanan nadi
4. Monitor suhu tubuh
5. Monitor hasil pemeriksaan serum (Ht)

**Terapeutik** 1. Pemberian obat intravena
2. Tranfusi darah
3. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi klien
4. Dokumentasikan hasil pemantauan

**Edukasi**1. Jelaskan tujuan prosedur pemantauan
2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

**Kolaborasi**1. Kolaborasikan pemberian cairan IV isotons (misalnya; NaCl,RL)
 | 1. Untuk mengetahui keadaan umum klien
2. Untuk mengetahui perkembangan frekuensi nadi, tekanan nadi, dan suhu tubuh
3. Membantu kebutuhan cairan dalam tubuh
4. Meningkatkan informasi dan kerjasama antara perawat dan keluarga klien
 |
| 2 | Resiko Perdarahan b.d trombositopenia**(SDKI D.0012)****HAL 42** | Setelah dilakukan tindakan 3x24jam diharapkan kehilangan darah baik eksternal maupun internal menurun dengan kriteria hasil :1. Frekuensi nadi normal 70-120x/menit
2. Tekanan darah membaik
3. Hemoglobin 11.80
4. Hematokrit 34,70

**(SLKI 02017****Hal 187)** | **Observasi**1. Identifikasi resiko terjadinya perdarahan
2. Monitor tanda dan gejala perdarahan
3. Monitor nilai hemoglobin dan hematokrit sebelum dan setelah kehilangan darah

**Terapeutik**1. Hindari pengukuran suhu rektal
2. Batasi tindakan invansif, jika perlu
3. Pertahankan bedrest

**Edukasi**1. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan
2. Edukasi keamanan pada anak
3. Anjurkan meningkatkan asupan makan dan vitamin K

**Kolaborasi**1. Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan
2. Anjurkan pemberian produk darah, jika perlu

**(SIKI Hal 511)** | 1. Mengetahui dan memonitor resiko, tanda dan gejala terjadinya perdarahan
2. Meningkatkan hemoglobin dan hematokrit yang hilang agar tidak terjadi perdarahan yang lebih parah lagi
3. Agar tidak menimbulkan resiko perdarahan yang lebih serius
4. Untuk meminimalisir aktivitas
5. Meningkatkan informasi dan kerjasama antara perawat dan keluarga klien mengenai penyakit
6. Mengganti darah yang mengalami penurunan
 |
| 3 | Hipertermia b.d proses infeksi virus**(SDKI D.0130)****HAL 284** | Setelah dilakukan tindakan 3x24jam diharapkan suhu tubuh dalam keadaan rentang normal dengan kriteria hasil :1. Klien tidak mengigil lagi
2. Suhu tubuh klien normal 36,6 derajat celcius
3. Suhu kulit klien membaik
4. Tekanan darah membaik
5. Pucat menurun

**(SLKI Hal 162)** | **Observasi**1. Identifikasi tanda-tanda hipertermia
2. Identifikasi penyebab hipertermia
3. Monitor suhu tubuh
4. Monitor komplikasi akibat hipertermia

**Terapeutik**1. Berikan kompres dingin
2. Sediakan lingkungan yang dingin
3. Memberika obat oral
4. Hindari pemberian antipiretik atau asprin

**Edukasi**1. Anjurkan tirah baring

**Kolaborasi**1. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena
 | 1. Untuk mengetahui tanda, gejala, penyebab dan komplikasi pada hipertermi
2. Untuk memantau kenaikan dan atau penurunan suhu tubuh
3. Menstabilkan suhu tubuh klien
4. Untuk menurunkan suhu tubuh dengan non farmakologi dan farmakologi
5. Meminimalisir aktivitas klien

Untuk membantu menurunkan panas pada klien |
| 4 | Defisit Nutrisi b.d psikologis (keengganan untuk makan) **(SDKI D.0019)****HAL 56** | Setelah dilakukan tindakan 3x24jam diharapkan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh terpenuhi dengan kriteria hasil :* Klien tidak mual lagi
* Porsi makan 3x/hari 1 porsi dihabiskan
* Membran mukosa sedang
 | **Observasi**1. Identifikasi penyebab mual
2. Identifikasi makanan yang disukai

**Terapeutik**1. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi

**Edukasi** 1. Anjurkan posisi duduk jika mampu

**Kolaborasi** 1. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan
 | 1. Mengetahui penyebab mual
2. Untuk menambah nafsu makan klien
3. Untuk mengurangi resiko terjadinya konstipasi
4. Agar klien merasa nyaman dan mual berkurang
5. Untuk memberikan gizi yang sehat dan cukup pada klien sesuai kebutuhan
 |

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO****DX** | **Waktu****(Tgl & jam)** | **Tindakan** | **TTD** | **Waktu****(Tgl & jam)** | **Catatan perkembangan****(SOAP)** | **TTD** |
| 1,2,31,2,31,2,3,421,2,3421,2,31,2,3,41,2,31,2,3,41,2,3,41,2,31,2,3,41,2,32,4 | 17/1/202208.0011.3012.0012.0515.0017.0018.0019.3020.0022.0023.0024.0004.0004.0005.0006.00 | - Observasi keadaan umum klien, TTV dan adanya kejang, lanjut observasi 4 jam sekali dengan hasil :S : 36,4 ˚CN : 110x/menitRR : 22x/menit- Observasi keadaan umum klien, TTV dan adanya kejang, lanjut observasi 4 jam sekaliS : 36,3˚CN : 110x/menitRR : 23x/menit- Memberikan injeksi antrain 200mg, ondansetron 2mg reaksi negatif (-) setelah diberikan obat- Memberikan obat oral AB/bapil 1 capsul- Memantau keadaan umum klien, akral teraba hangat, TTV, dan melanjutkan observasi setiap 4 jam sekali dengan hasil :S : 36,9˚CN : 110x/menitRR : 22x/menit- Menganjurkan makan dan minum sedikit tapi sering dengan porsi makan 1/2 - Memberikan obat AB/ batuk pilek 1 capsul- Memantau keadaan umum klien, akral hangat, TTV, dan melanjutkan observasi setiap 4 jam sekali dengan hasil :S : 36,6˚CN : 110x/menitRR : 22x/menitMemberikan injeksi antrain 200mg, ondansetron 2mg (reaksi -)Melakukan observasi TTV, akral teraba hangat, dan melanjutkan observasi setiap 4 jam sekaliS : 36˚CN : 110x/menitRR : 22x/menitMemberikan posisi yang nyaman pada klienKlien istirahat malamMelakukan observasi dan TTV, akral teraba hangat, dan melanjutkan observasi setiap 4 jam sekaliS : 36,1˚CN : 110x/menitRR : 22x/menitMemberikan injeksi antrain 200mg, ondansetron 2mg setelah diberikan obat reaksi negatif (-)Mengambil darah vena untuk cek DL 5290/12.10/35.40/94.000Menganjurkan untuk makan dan minum yang cukup ½ porsi habis, dan memberikan obat oral racikan ab, batuk pilek 1 caps | **NA****NA****NA** | 17/1/202213.3020.30SIMRS07.00SIMRS | **DX 3** S: Ibu klien mengatakan An.R demam sudah turun dan tidak mengigil lagiO: Suhu 36,6 ˚CNadi 110x/menitRR 22x/menitAkral hangatA: Masalah sebagian teratasiP: Lanjutkan intervensi dengan memberikan injeksi antrain 200mg, ondansetron 2mg, obat oral ab/bp 1 capsul dan mengambil darah vena untuk cek Dl setiap pukul 05.00 WIB**DX 4**S: Ibu klien mengatakan An.R badan agak lemas, makan dan minum mau sedikit-sedikitO: Suhu 36,2 ˚CNadi 110x/menitRR 22x/menitSpO2x/menitA: Masalah teratasi sebagianP: Lanjutkan intervensi dengan memberikan injeksi antrain 200mg, ondansetron 2mg, obat oral ab/bp 1 capsul dan mengambil darah vena untuk cek Dl setiap pukul 05.00 WIB | **NA****NA** |
| 1,2,341,2,31,2,3,421,2,3421,2,31,2,3,41,2,31,2,3,41,2,3,41,2,31,2,3,41,2,3,41,2,342 | 18/1/202208.0009.2011.3012.0012.0515.0017.0018.0019.3020.0022.0023.0024.0004.0004.0504.3005.0006.0006.05 | Mengobservasi keadaan umum klien, TTV,kejang, dan melanjutkan observasi setiap 4 jam sekaliS : 36,1 ˚CN : 110x/menitRR : 24x/menit Motivasi klien untuk makan dan minum sedikit-sedikit tapi sering porsi ½ habisMengobservasi keadaan umum klien, TTV,kejang, dan melanjutkan observasi setiap 4 jam sekaliS : 36,2˚CN : 110x/menitRR : 22x/menitMemberikan injeksi antrain 200mg secara intravena, injeksi ondansetron 2mg setelah diberikan obat menunjukkan reaksi negatif (-)Memberikan obat secara oral ab/ bp 1 capsulMengobservasi keadaan umum klien, TTV, akral teraba hangat dan melanjutkan observasi setiap 4 jam sekaliS : 36˚CN :110x/menitRR : 22x/menitMenganjurkan makan dan minum sedikit tapi sering porsi makan ½ habisMemberikan obat ab/batuk pilek 1 capsulMengobservasi keadaan umum klien, TTV, akral teraba hangat dan melanjutkan observasi setiap 4 jam sekaliS : 36,3˚CN : 110x/menitRR : 24x/menitMemberikan injeksi antrain 200mg, ondansetron 2mg secara intravena setelah diberikan obat reaksi negatif (-)Mengobservasi keadaan umum klien, TTV, akral teraba hangat dan melanjutkan observasi setiap 4 jam sekaliS: 36˚CN : 110x/menitRR : 22x/menitMemberikan posisi yang nyaman pada klienKlien istirahatMengobservasi keadaan umum klien, TTV, akral teraba hangat dan melanjutkan observasi setiap 4 jam sekaliS : 36˚CN : 10x/menitRR : 22x/menitMemberikan injeksi antrain 200mg, ondansetron 2mg dengan injeksi intravena setelah diberikan obat reaksi negatif (-).Infus bengkak dan di aff lalu pasang lagi, infus lancar Mengambil darah vena untuk cek DL 6440/11.60/34.50/49.00Menganjurkan untuk makan dan minum yang cukup ½ porsi makan habisMemberikan obat oral racikan ab/bapil 1 capsul | **NA****NA****NA** | 18/1/202213.30SIMRS20.30SIMRS07.00SIMRS | **DX 3**S: Ibu klien mengatakan anaknya tidak demam, badan agak lemas, makan dan minum mau tapi sedikit-sedikitO:Suhu 36,3 ˚CNadi 110x/menitRR 24x/menitSpO2 99x/menitA: Masalah teratasi sebagianP: Lanjutkan intervensi dengan memberikan injeksi antrain 200mg, ondansetron 2mg, obat oral ab/bp 1 capsul dan mengambil darah vena untuk cek Dl setiap pukul 05.00 WIB**DX 4**S: Ibu klien mengatakan anak sudah tidak demamO: Suhu 36 ˚CNadi 110x/menitRR 22x/menitSpO2 99x/menitA: Masalah teratasi sebagianP: Lanjutkan intervensi dengan memberikan injeksi antrain 200mg, ondansetron 2mg, obat oral ab/bp 1 capsul dan mengambil darah vena untuk cek Dl setiap pukul 05.00 WIB | **NA****NA** |
| 1,2,341,2,31,2,3,421,2,3421,2,31,2,3,41,2,3,41,2,3,41,2,3,41,2,3,41,2,3,41,2,342 | 19/1/202208.0009.2011.3012.0012.0515.0017.0018.0019.3020.0022.0023.0024.0004.0004.0505.0006.0006.05 | Mengobservasi keadaan umum klien, ttv, dan melanjutkan observasi setiap 4 jam sekaliS : 36,8˚CN : 110x/menitRR : 22x/menitMotivasi klien untuk makan dan minum sedikit-sedikit tapi cukup ½ porsi makan habisMengobservasi keadaan umum klien, ttv, dan melanjutkan observasi setiap 4 jam sekaliS : 37 ˚CN : 110x/menitRR : 22x/menitMemberikan injeksi antrain 200mg dan ondansetron 2mg dengan injeksi intravena setelah diberi obat reaksi negatif (-) Memberikan obat oral ab/bp 1 capsulMengobservasi keadaan umum klien, TTV, akral teraba hangat dan melanjutkan observasi setiap 4 jam sekaliS : 37 ˚CN : 110x/menitRR : 22x/menitMenganjurkan makan dan minum sedikit-sedikit tapi sering ½ porsi makan dihabiskanMemberikan obat ab/bp 1 capsulMengobservasi keadaan umum klien, TTV, akral teraba hangat dan melanjutkan observasi setiap 4 jam sekaliS : 36,6˚CN : 110x/menitRR : 22x/menitMemberikan injeksi antrain 200mg dan ondansetron 2mg dengan injeksi intravena setealh diberikan obat reaksi negatif (-)Mengobservasi keadaan umum klien, TTV, akral teraba hangat dan melanjutkan observasi setiap 4 jam sekaliS : 36,5˚CN : 100x/menitRR : 26x/menitMemberikan posisi yang nyamanKlien istirahatMengobservasi keadaan umum klien, TTV, akral teraba hangat dan melanjutkan observasi setiap 4 jam sekaliS : 36,5˚CN : 112x/menitRR : 26x/menitMemberikan injeksi antrain 200mg dan ondansetron 2mg dengan injeksi intravena setelah diberi obat reaksi negatif (-)Mengambil darah vena untuk cek DL 5720/11.90/35.0/3600Ig G DHF positif (+)Mengajurkan untuk makan dan minum yang cukup ½ porsi makan dihabiskanMemberikan obat racikan ab/bapil 1 capsul | **NA****NA****NA** | 19/1/202213.30SIMRS20.3007.00 | **DX 1**S: Ibu klien mengatakan anak sudah tidak panas O: Suhu 36,6 ˚CNadi 110x/menitRR 22x/menitSpO2 99x/menitMembran mukosa lembab A: Masalah teratasi sebagianP: Lanjutkan intervensi dengan memberikan injeksi antrain 200mg, ondansetron 2mg, obat oral ab/bp 1 capsul dan mengambil darah vena untuk cek Dl setiap pukul 05.00 WIB**DX 2**S: Ibu klien mengatakan anak sudah menurun demam nya O: Suhu 36,5 ˚CNadi 112x/menitRR 26x/menitA: Masalah teratasi sebagianP: Lanjutkan intervensi dengan memberikan injeksi antrain 200mg, ondansetron 2mg, obat oral ab/bp 1 capsul dan mengambil darah vena untuk cek Dl setiap pukul 05.00 WIBS: Ibu klien mengatakan anaknya tidak demam dan mau makan dan minumO: Suhu 36,3 ˚CNadi 112x/menitRR 24x/menitSpO2 99x/menitA: Masalah teratasi sebagianP: Lanjutkan intervensi dengan memberikan injeksi antrain 200mg, ondansetron 2mg, obat oral ab/bp 1 capsul dan mengambil darah vena untuk cek Dl setiap pukul 05.00 WIB**DX 3**S: Ibu klien mengatakan anak sudah menurun demam nya O: Suhu 36,5 ˚CNadi 112x/menitRR 26x/menitMakan ½ porsiA: Masalah teratasi sebagianP: Lanjutkan intervensi dengan memberikan injeksi antrain 200mg, ondansetron 2mg, obat oral ab/bp 1 capsul dan mengambil darah vena untuk cek Dl setiap pukul 05.00 WIB**DX 4**S: Ibu klien mengatakan anaknya mau makan dan minumO: Suhu 36,3 ˚CNadi 112x/menitRR 24x/menitSpO2 99x/menitA: Masalah teratasi sebagianP: Lanjutkan intervensi dengan memberikan injeksi antrain 200mg, ondansetron 2mg, obat oral ab/bp 1 capsul dan mengambil darah vena untuk cek Dl setiap pukul 05.00 WIB | **NA****NA****NA** |
| 1,2,341,2,31,2,3,421,2,3421,2,31,2,3,41,2,31,2,3,41,2,31,2,3,41,2,342 | 20/1/202208.0009.0011.5012.0012.0515.0017.0018.0019.3020.0022.0023.0004.0004.0505.0006.0006.05 | Mengobservasi keadaan umum klien, TTV dan melanjutkan observasi setiap 4 jam sekaliS : 36,6˚CN : 112x/menitRR : 26x/menitMotivasi untuk makan dan minum sedikit tapi cukup dengan ½ porsi makan habisMengobservasi keadaan umum klien, TTV dan melanjutkan observasi setiap 4 jam sekaliS : 36,3˚CN : 112x/menitRR : 24x/menitMemberikan injeksi antrain 200mg dan ondansetron 2mg dengan injeksi intravena setelah diberikan obat reaksi negatif (-)Memberikan obat secara oral ab/bp 1 capsulMengobservasi keadaan umum klien, TTV, akral teraba hangat dan melanjutkan observasi setiap 4 jam sekaliS : 36,2˚CN : 110x/menitRR : 22x/menitMenganjurkan makan dan minum sedikit tapi cukup dengan ½ porsi makan dihabiskanMemberikan obat ab/bp 1 capsulMengobservasi keadaan umum klien, TTV, akral teraba hangat dan melanjutkan observasi setiap 4 jam sekaliS : 36,4˚CN : 112x/menitRR : 24x/menitMemberikan injeksi antrain 200mg dan ondansetron 2mg dengan injeksi intravena setelah diberikan obat menunjukkan reaksi negatif (-)Mengobservasi keadaan umum klien, TTV, akral teraba hangat dan melanjutkan observasi setiap 4 jam sekaliS : 36,2˚CN : 110x/menitRR : 22x/menitMemberikan posisi yang nyamanMengobservasi keadaan umum klien, TTV, akral teraba hangat dan melanjutkan observasi setiap 4 jam sekaliS : 36,5˚CN : 110x/menitRR : 24x/menitMemberikan injeksi antrain 200mg dan ondansetron 2mg dengan injeksi intravena setelah diberikan obat menunjukkan reaksi negatif (-)Mengambil darah vena untuk cek DL 6730/10.80/31.20/9800Menganjurkan makan dan minum yang cukup dengan ½ porsi makan dihabiskanMemberikan obat oral racikan ab/bp 1 capsul | **NA****NA****NA** | 20/1/202213.30SIMRS 20.3007.00 | S: Ibu klien mengatakan anak suda tidak demam, makan dan minum mauO: Suhu 36,4˚CNadi 112x/menitRR 24x/menitPorsi makan ½ dihabiskan A: Masalah teratasi sebagianP: Lanjutkan intervensi dengan memberikan injeksi antrain 200mg, ondansetron 2mg, obat oral ab/bp 1 capsul dan mengambil darah vena untuk cek Dl setiap pukul 05.00 WIBS: Ibu klien mengatakan anak tidak demam dan mau makan dan minumO: Suhu 36,5 ˚CNadi 110x/menitRR 24x/menitA: Masalah teratasi sebagianP: Lanjutkan intervensi dengan memberikan injeksi antrain 200mg, ondansetron 2mg, obat oral ab/bp 1 capsul dan mengambil darah vena untuk cek Dl setiap pukul 05.00 WIBS: Ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak panas makan dan minum mauO: Suhu 36,4 ˚CNadi 110x/menitRR 24x/menitSpO2 99x/menitA: Masalah teratasi sebagianP: Lanjutkan intervensi dengan memberikan injeksi antrain 200mg, ondansetron 2mg, obat oral ab/bp 1 capsul dan mengambil darah vena untuk cek Dl setiap pukul 05.00 WIB | **NA****NA****NA** |
| 1,2,341,2,3,42 | 21/1/202208.0009.0010.3011.0011.5012.0513.10 | Mengobservasi keadaan umum klien, TTV, dan melanjutkan observasi setiap 4 jam sekaliS : 36,4˚CN : 110x/menitRR : 24x/menitMotivasi makan dan minum cukup 1 porsi makan dihabiskanACC KrsMelepas infus klienMengobservasi keadaan umum klien, TTVS : 36,8 ˚CN : 110x/menitRR : 22x/menitMemberikan obat oral ab/bp 1 capsulKlien KRS | **NA** | 21/1/2022 13.30SIMRS | S: Ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak demamO: Suhu 36,8 ˚CNadi 110x/menitRR 22x/menitSpO2 99x/menitA: Masalah teratasiP: Intervensi dihentikan  | **NA** |

# BAB IV

# PEMBAHASAN

 Pada pembahasan ini penulis menguraikan tentang masalah yang terjadi pada kasus yang di angkat. Pembahasan berfokus pada masalah yang telah dijabarkan pada bab sebelumnya dan dikaitkan dengan teori yang mendukung dari hasil penelitian sebelumnya. Penulis melaksanakan tindakan asuhan keperawatan pada An. R meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi di ruang DII RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

**4.1 Pengkajian**

 Pengkajian dalam proses keperawatan bertujuan untuk mendapatkan data atau informasi mengenai klien. Saat dilakukan pengkajian lapangan pada tanggal 17 Januari 2022, ibu mengatakan bahwa An.R demam saat dilakukan observasi tanda-tanda vital oleh perawat suhu An.R 38 derajat celcius, frekuensi nadi 112x/menit, frekuensi pernapasan 24x/menit. Ibu klien mengatakan bahwasannya ke empat kali ini anak mengalami sakit DHF , sebelumnya juga pernah di rawat di RSPAL Dr Ramelan Surabaya. Selama dirawat di rumah sakit ibu klien mengatakan anaknya lemas, pucat, dan tidak rewel saat sakit. Anak mengeluh mual.

 Selama di rumah sakit anak dijaga bergantian oleh ayah dan ibunya, semua aktivitas klien dibantu oleh orang tua dan perawat. An.R terlihat tertidur dan hanya diam lemas dan tampak pucat. Selama dilakukan tindakan keperawatan anak hanya diam dan sedikit malu. Hasil dari laboratorium anak menunjukkan bahwa anak mengalami penurunan hemoglobin, hematokrit, dan trombosit.

 Pada pemeriksaan fisik keadaan umum dan tanda-tanda vital: adanya peningkatan suhu tubuh, frekuensi nadi, frekuensi pernapasan. Pemeriksaan persistem yaitu irama napas tidak teratur, cepat dan dangkal, terdapat tonsil (amandel) pada klien, kesadaran composmetis (456).

 Pengkajian yang telah dilaksanakan anamnesa dari klien lalu data dikumpulkan dan di analisis sehingga dapat diketahui kebutuhan klien sesuai dengan kondisi klien saat ini. Data di dapatkan setelah pengkajian pada An.R dengan usia 5 tahun cukup sesuai dengan teori yang dibuat. Data-data dapat menunjang untuk dilakukannya asuhan keperawatan, selanjutnya karena data sudah di dapatkan dengan jelas dan sesuai.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Masalah utama pada Dangue Hemorrhagic Fever (DHF) yaitu :

1. Hipovolemia b.d peningkatan permeabilitas kapiler
2. Hipertermia b.d infeksi virus dangue
3. Resiko perdarahan b.d trombositopenia
4. Defisit Nutrisi b.d psikologis (keengganan untuk makan)

4.3 Intervensi Keperawatan

 Dalam penyusunan asuhan keperawatan mahasiswa menggunakan rencana asuhan keperawatan yang telah disusun dengan menggunakan buku panduan SDKI, SLKI, dan SIKI sebagai standart.

4.4 Tahap Implementasi

 Tahap implementasi merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. ( Gordon,1994, dalam Potter & Perry, 1997)

4.5 Evaluasi

 Setelah dilakukan asuhan keperawatan kepada An. R pada awal pengkajian tanggal 17 Januari 2022 diharapkan An.R kondisinya lebih baik. Penanganan dilakukan sesuai dengan masalah keperawatan prioritas yang terdapat pada An.R yaitu hipovolemia, hipertermia, resiko perdarahan, dan defisit nutrisi.

**BAB V**

**PENUTUP**

 Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada klien dengan kasus Dangue Hemorrhagic Fever (DHF) di ruang DII RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada klien dengan Dangue Hemorrhagic Fever (DHF).

5.1 Kesimpulan

 Dari hasil uraian yang telah diuraikan tentang asuhan keperawatan pada klien Dangue Hemorrhagic Fever (DHF), maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pada pengkajian data subjektif ditemukan dengan wawancara melalui orang tua klien yaitu Ibu klien mengatakan An.R demam selama 10 hari yang lalu dan dibawah ke dokter umum di diagnosis radang dan diberi obat radang dan penurun panas, lalu hari ke-12 demam tak kunjung turun dan suhu demamnya berubah-ubah. Pada tanggal 15 Januari 2022 pukul 09.00 WIB orang tua klien membawa An.R ke IGD RSPAL Dr Ramelan Surabaya dikarenakan demam tak kunjung turun. Klien tampak lemah, mengigil, badan panas dengan suhu 38 derajat Calcius, nadi 112x/menit dan mukosa bibir kering. Saat masuk ruangan klien terpasang infus D5 1/5 1250cc/24 jam, hasil widal : negatif, hasil cek DL : 3610/11.9/35.1/102.000. Hasil swab PCR dari IGD negatif. Klien pindah ke ruangan DII pada pukul 10.36 WIB, dan pada saat pengkajian ibu klien mengatakan anak masih demam dan mengigil. Akral teraba hangat. Mukosa bibir kering.
2. Masalah keperawatan yang muncul yaitu hipovolemia, hipertermia, resiko perdarahan, dan defisit nutrisi.
3. Hipovolemia b.d peningkatan permeabilitas kapiler. Setelah dilakukan tindakan 3x24jam status cairan membaik dengan kriteria hasil : Frekuensi nadi normal 70-120x/menit, tekanan nadi normal, suhu tubuh normal 36,6 ˚C, membran mukosa tidak lembab, kadar hematokrit 34,70. Hipertermia b.d infeksi virus dangue. Setelah dilakukan tindakan 3x24jam diharapkan suhu tubuh dalam keadaan rentang normal dengan kriteria hasil : klien tidak mengigil lagi, suhu tubuh klien normal 36,6 derajat celcius, suhu kulit klien membaik, tekanan darah membaik, pucat menurun. Resiko perdarahan b.d trombositopenia. Setelah dilakukan tindakan 3x24jam diharapkan kehilangan darah baik eksternal maupun internal menurun dengan kriteria hasil : frekuensi nadi normal 70-120x/menit, tekanan darah membaik, hemoglobin 11.80, hematokrit 34,70. Defisit nutrisi b.d psikologis (keengganan makan). Setelah dilakukan tindakan 3x24jam diharapkan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh terpenuhi dengan kriteria hasil : klien tidak mual lagi, porsi makan 3x/hari 1 porsi dihabiskan, membran mukosa sedang
4. Beberapa tindakan mandiri kepada klien Dangue Hemorrhagic Fever (DHF) yaitu dengan menganjurkan makan dan minum sedikit tapi sering, dan menganjurkan klien untuk tirah baring yang bertujuan untuk meminimalisir aktivitas klien.
5. Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat tercapai karena adanya kerjasama yang baik anatara tim kesehatan, klien, dan keluarga klien. Hasil akhir pada asuhan keperawatan An.R diruang DII RSPAL Dr. Ramelan Surabaya sudah sesuai dengan harapan semua masalah teratasi dan klien KRS pada tanggal 21 Januari 2022.

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan diatasa penulis memberikan saran sebagai berikut :

1. Untuk mencapai kerjasama yang baik dalam melaksanakan asuhan keperawatan diperlukan hubungan yang baik pula antara tim kesehatan, klien, dan keluarga klien.
2. Perawat diharapkan melakukan tindakan sesuai dengan rencana yang ada agar tercapai asuhan keperawatan yang bermutu dan juga diharpakan untuk memberikan dukungan dan perhatian kepada mahasiswa dalam melakukan kegiatan asuhan keperawatan di ruangan.
3. Diharpakan karya tulis ilmiah ini untuk menambah masukan dalam proses pembelajaran asuhan keperawatan Dangue Hemorrhagic Fever (DHF). Diharapkan dapat menambah referensi diperpustakaan untuk buku-buku tentang keperawatan anak.

# DAFTAR PUSTAKA

Almatsier, 2009. Prinsip dasar ilmu gizi. Jakarta : Gramedia

Ambarwati, Fitri Respati dan Nita Nasution. 2012. Buku Pintar Asuhan Keperawatan Bayi dan Balita. Yogyakarta : Cakrawala Ilmu

Boyd, C. (2015). Panduan Praktik Klisnis untuk Perawat. Erlangga.

Dini, Siti, Anggraeni, 2015, ‘Stop Demam Berdarah Dangue’, Bogor Publishing House, Bogor.

Dr. Permono, Hendarti, ‘Peran orang tua dalam optimalisasi tumbuh kembang anak untuk membangun karakter anak usia dini’, vol.A02, hal.36-47.

Fatchul, Mufidah, 2012, ‘Cermati Penyakit-Penyakit yang Rentan Diderita Anak Usia Sekolah’, FlashBooks, Jakarta Selatan.

Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI), 2017

I,Wayan, Gustawan, H 2020, ‘Manifestasi klinis dan penanganan demam berdarah dangue grade 1: sebuah tinjauan pustaka’, *Multidisciplinary Journal of Science and Medical Research,* vol.11, no. 3, hal. 1015-1019.

Mumpuni, Y. ; dkk. (2016). 45 Penyakit Yang Sering Hinggap Pada Anak. yogyakarta: Rapha Publishing

Ngastiyah. 2012. Perawatan Anak Sakit, Edisi 2. Jakarta : EGC

Ranuh, IGN, Soeyitno H, Hadinegoro S, R dan Karta Sasmita, C, 2008. Buku Imunisasi di Indonesia. Edisi Pertama, Satgas Imunisasi, IDAI, Jakarta

Soegijantos, 2003. Prospek Pemanfaatan Vaksin Dangue untuk Menurunkan Prevelensi di Masyarakat. Surabaya

Syafa’atun, Nahriyah, H 2018, ‘Tumbuh kembang anak di era digital’, vol.4. no 1, hal 65-74.

Waryana, 2010. Gizi Reproduksi. Yogyakarta: Pustaka Rahima.

WHO. 2014. Dengue: Guidelines for Diagnosis, Treatment, Prevention and Control. France: WHO Press.

World Health Organization (WHO) 2022, Jenis-jenis vaksin dan reaksi simpang, diakses 25 Januari 2022, https://in.vaccine-safety-training.org/route-of-administration.htm

LAMPIRAN

**LEAFLET DHF**

