



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. M DENGAN
DENGUE HAEMORRHAGIC FEVER PADA MASA PANDEMI
DI RUANG CHRYSANT RUMAH SAKIT SWASTA DI
BEKASI TIMUR**

**Disusun Oleh :
DOSMARIA OCTANIA
201801015**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes MITRA KELUARGA
BEKASI
2021**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. M DENGAN
DENGUE HAEMORRHAGIC FEVER PADA MASA PANDEMI
DI RUANG CHRYSANT RUMAH SAKIT SWASTA DI
BEKASI TIMUR**

**Disusun Oleh :
DOSMARIA OCTANIA
201801015**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes MITRA KELUARGA
BEKASI
2021**

SURAT PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Dosmaria Octania

NIM : 201801015

Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga Program Studi DIII Keperawatan

Menyatakan bahwa makalah ilmiah yang berjudul “ Asuhan Keperawatan Pada An.M Dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* Pada Masa Pandemi Di Ruang Chrysant Rumah Sakit Swasta Di Bekasi Timur” yang dilaksanakan pada tanggal 30 April 2021 sampai 02 Mei 2021 adalah hasil karya sendiri dan sumber-sumber yang digunakan sudah dinyatakan dengan benar. Orisinalitas makalah ini tanpa ada unsur plagiarisme.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan yang sebenar-benarnya. Bila dikemudian hari ditemukan kekeliruan, maka saya bersedia bertanggung jawab atas semua risiko atas perbuatan yang saya lakukan sesuai dengan aturan yang berlaku.

Bekasi, 18 Juni 2021

Yang membuat Pernyataan,



(Dosmaria Octania)

LEMBAR PERSETUJUAN

Makalah Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada An.M Dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* Pada Masa Pandemi Di Ruang Chrysan Rumah Sakit Swasta Di Bekasi Timur” ini telah disetujui untuk diujikan pada Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji.

Bekasi, 18 Juni 2021

Pembimbing Makalah Ilmiah



(Ns. Yeni Iswari., S.Kep.,M.Kep., Sp.Kep. An)

Mengetahui

Koordinator Program Studi Diploma III Keperawatan
STIKes Mitra Keluarga



(Ns. Devi Susanti., S.Kep., M.Kep., Sp.Kep. MB)

LEMBAR PENGESAHAN

Makalah Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada An.M Dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* Pada Masa Pandemi Di Ruang Chrysant Rumah Sakit Swasta Di Bekasi Timur” disusun oleh Dosmaria Octania (201801015) telah diujikan dan dinyatakan “LULUS” dalam Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji pada tanggal 28 Juni 2021.

Bekasi, 28 Juni 2021

Penguji I



(Dr. Susi Hartati., S.Kp., M.Kep., Sp.Kep. An)

Penguji II



(Ns. Yeni Iswari., S.Kep.,M.Kep., Sp.Kep. An)

Nama Mahasiswa : Dosmaria Octania

NIM : 201801015

Program Studi : Diploma III Keperawatan

Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada An.M Dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* Pada Masa Pandemi Di Ruang Chrysant Rumah Sakit Swasta Di Bekasi Timur

Halaman : XIII + 64 halaman + 1 tabel + 1 lampiran

Pembimbing : Yeni Iswari

ABSTRAK

Latar Belakang: Penyakit *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) merupakan salah satu penyakit yang sampai saat ini masih menyerang penduduk dunia. Penyakit ini adalah salah satu penyakit dari sekian banyak penyakit menular yang merupakan masalah kesehatan masyarakat di Indonesia yang semakin meningkat dan semakin luas penyebarannya. Kondisi ini erat kaitannya dengan adanya peningkatan jumlah penduduk dan masih tersebar secara luas virus dengue dan nyamuk *Aedes aegypti* (penularan penyakit DHF) di seluruh tanah air, sehingga diperlukan peran perawat sebagai *promotif, preventif, kuratif* serta *rehabilitatif* untuk mengurangi angka kejadian DHF dan penanganan pada penyakit DHF.

Tujuan Umum : Makalah ilmiah ini adalah untuk memperoleh gambaran nyata melakukan asuhan keperawatan pada anak dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) melalui pendekatan proses keperawatan secara komprehensif.

Metode Penulisan : Dalam penyusunan laporan kasus ini menggunakan metode deskriptif yaitu dengan mengungkapkan fakta-fakta sesuai dengan data-data yang didapat.

Hasil : Berdasarkan dari hasil pengkajian yang didapatkan terdapat empat masalah keperawatan yaitu hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi virus dengue), risiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler, risiko kekurangan nutrisi berhubungan dengan kurang asupan makanan, nyeri berhubungan dengan proses patologi penyakit. Intervensi prioritas adalah kaji suhu pasien saat timbulnya demam, observasi tanda-tanda vital (suhu, tekanan darah, pernafasan, nadi), anjurkan pasien untuk banyak minum 1500/24 jam, anjurkan untuk tidak memakai selimut dan pakaian yang tebal, observasi hasil laboratorium (leukosit), berikan obat Praxion F (3x4cc). Hasil implementasi keperawatan yang dilakukan didapatkan masalah teratasi, tujuan belum tercapai. Hal ini dapat dibuktikan dengan evaluasi hari akhir yaitu demam anak masih naik turun.

Kesimpulan dan Saran : Tidak semua masalah dapat teratasi sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Saran yang dapat diberikan adalah tentunya perawat dapat memberikan pelayanan agar dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang baik dan berkualitas.

Keyword : Asuhan keperawatan Anak, *Dengue Haemorrhagic Fever*(DHF)

Daftar Pustaka : 27 (2010-2020)

Name of student : Dosmaria Octania

NIM : 201801015

Study program : Diploma III Keperawatan

Title of writing : Nursing Care on An. M with *Dengue Haemorrhagic Fever* Pada Masa Pandemi Di Ruang Chryasant Rumah Sakit Swasta Di Bekasi Timur

Pages : XIII + 64 pages + 1 tables + 1 attachment.

Advisor : Yeni Iswari

ABSTRACT

Background : Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) is one of the diseases that still affects the world population. This disease is one of the many infectious diseases that are a public health problem in Indonesia that is increasing and spreading more widely. This condition is closely related to the increasing population and is still widely spread dengue virus and *Aedes aegypti* mosquito (DHF disease transmission) throughout the country, therefore, the role of nurses as promotive, preventive, curative and rehabilitative to reduce the incidence of DHF and treatment in DHF disease.

General Purpose : This scientific paper is to obtain a real picture of nursing care in children with Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) through a comprehensive approach to the nursing process.

Writing method : In the preparation of this case report using descriptive method that is to reveal the facts in accordance with the data obtained.

Result : Based on the results of the study, there were four nursing problems, namely hyperthermia related to the disease process (dengue virus infection), the risk of lack of fluid volume associated with increased capillary permeability, the risk of nutritional deficiencies related to lack of food *Intake*, pain related to the pathological process of the disease. Priority interventions are assessing the patient's temperature at the onset of fever, observing vital signs (temperature, blood pressure, respiration, pulse), instructing the patient to drink a lot of 1500/24 hours, recommending not to wear blankets and thick clothing, observing laboratory results.leukocytes), give Praxion F (3x4cc).The results of the nursing implementation carried out found that the problem was resolved, the goal had not been achieved.This can be proven by the evaluation of the final day, namely the child's fever is still up and down.

Conclusion and suggestion : Not all problems can be resolved according to the specified time. The advice that can be given is that nurses are expected to be able to provide optimal nursing care to patients

Keyword : *Dengue Haemorrhagic Fever*(DHF), child nursing care.

Bibliography : 27 (2010-2020)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat membuat dan menyelesaikan makalah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada An. M dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* di Ruang Chryasant Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur”. Adapun tujuan dari karya tulis ilmiah ini adalah menyelesaikan tugas akhir semester mata kuliah karya tulis ilmiah Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga. Dalam Penyusunan karya tulis ilmiah ini. Penulis menyadari bahwa dalam penulisan dan penyusunan makalah ini penulis banyak sekali menemukan hambatan dan kesulitan, namun dengan adanya bimbingan, bantuan, serta motivasi dari berbagai pihak sehingga penulis mampu menyelesaikan makalah ilmiah ini dengan baik, tepat waktu dan sebagaimana mestinya. Oleh karena itu, penulis ingin mengucapkan banyak terimakasih kepada:

1. Dr. Susi Hartati., M.Kep., Sp.Kep. An selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga dan selaku dosen penguji I yang telah memberikan masukan dan motivasi kepada penulis dalam penyusunan Makalah Ilmiah ini.
2. Ns. Yeni Iswari., S.Kep., M.Kep., Sp.Kep. An selaku dosen pembimbing makalah yang telah menyempatkan dan meluangkan waktu untuk memberikan pengarahan, masukan dan motivasi yang bermanfaat selama proses pembuatan makalah ini.
3. Ns. Devi Susanti., S.Kep., M.Kep., Sp.Kep. MB selaku Koordinator Program Studi DIII Keperawatan dan selaku dosen pembimbing akademik yang telah memberikan motivasi dan semangat belajar selama proses perkuliahan 3 tahun.
4. Keluarga tercinta mama, papa, dan adik-adik tersayang Yalita Salma Derima dan Samuel Jayary Putra yang selalu mendoakan setiap waktu demi waktu serta memberikan motivasi dan dukungan kepada penulis selama menjalankan studi 3 tahun di STIKes Mitra Keluarga.
5. Seluruh dosen pengajar dan staff Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga yang telah memberikan bantuan kepada penulis dalam proses belajar mengajar selama 3 tahun.
6. An. M sebagai pasien dan orang tua An. M yang telah senantiasa bersedia

memberikan informasi dan menerima keberadaan penulis untuk menerapkan dan melakukan Asuhan Keperawatan.

7. Suster Imah selaku Koordinator Ruang Chrysan dan Suster Ratih selaku CM serta seluruh perawat di Ruang Chrysan Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur yang telah banyak membimbing penulis.
8. Seluruh perawat Ruang Chrysan Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur yang telah ikut serta membantu dalam melakukan asuhan keperawatan kepada An. M
9. Teman spesial Moris Sibarani yang senantiasa memberikan doa dan semangat kepada penulis dalam menyusun karya tulis ilmiah.
10. Sahabat yang saya sayangi Lola Haloho dan Venny Damaria Gultom, dan Jonathan yang selalu memberikan dukungan, doa dan motivasi bagi penulis untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah.
11. Teman-teman saya Mutiara Widya Utomo, Windi Febriyanti, Christine Rodo, Shifa Salsabillah yang penulis sudah anggap sebagai sahabat yang selalu memberikan motivasi, dorongan, serta doa yang sudah berjuang bersama-sama selama 3 tahun di STIKes Mitra Keluarga.
12. Teman-teman seperjuangan Karya Tulis Ilmiah Keperawatan Anak: Nur Aini Fadhillah, Dwi Nadia Utami, Enjang Desvia, Syafira Rahmadania yang saling membantu dan memberikan motivasi dalam penyusunan makalah ilmiah ini.
13. Teman-teman satu kost an yang berjuang menyusun Karya Tulis Ilmiah: Grace Ade Rejeki, Fioren, Tiovany, Fricillia, Siti Chumaeroh
14. Teman-teman seperjuangan Angkatan VIII Program Studi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga yang selalu memberikan dukungan.
15. Semua pihak yang tidak mungkin penulis sebutkan satu persatu yang telah memberikan bantuan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada penulis.

Penulis menyadari bahwa penulisan makalah ilmiah ini masih banyak kekurangan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran untuk perbaikan makalah ilmiah ini. Demikian penulisan makalah ilmiah ini disusun, semoga dapat

bermanfaat bagi penulis dan semua pembaca.

Bekasi, 30 Mei 2021

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Dosmaria Octania', enclosed in a light gray rectangular box.

(Dosmaria Octania)

DAFTAR ISI

SURAT PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
ABSTRAK	v
DAFTAR ISI.....	x
BAB 1	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	3
1. Tujuan Umum.....	3
2. Tujuan Khusus	3
C. Ruang Lingkup	4
D. Metode penulisan.....	4
E. Sistematika Penulisan	4
BAB II.....	6
A. Definisi	6
B. Etiologi	6
C. Patofisiologi.....	6
D. Komplikasi.....	8
E. Penatalaksanaan Medis.....	9
F. Konsep Tumbuh Kembang Anak Usia Sekolah (6-12 tahun).....	9
G. Konsep Hospitalisasi pada Anak Usia Sekolah	11
H. Penanganan Anak Dengan DHF Dimasa Pandemi	13
I. Pengkajian Keperawatan.....	13
J. Diagnosa Keperawatan	16
K. Perencanaan Keperawatan	16
L. Pelaksanaan Keperawatan.....	19
M. Evaluasi Keperawatan.....	20
BAB III.....	21

A. Pengkajian Keperawatan.....	21
B. Diagnosa Keperawatan	33
C. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi Keperawatan	34
BAB IV	48
A. Pengkajian Keperawatan.....	48
B. Diagnosa Keperawatan	50
C. Perencanaan Keperawatan	51
D. Pelaksanaan Keperawatan.....	52
E. Evaluasi Keperawatan.....	53
BAB V	55
A. Kesimpulan	55
B. Saran	56
DAFTAR PUSTAKA.....	57
Lampiran 1 Patoflowgram	59

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) merupakan salah satu penyakit yang sampai saat ini masih menyerang penduduk dunia. Penyakit ini adalah salah satu penyakit dari sekian banyak penyakit menular yang merupakan masalah kesehatan masyarakat di Indonesia yang semakin meningkat dan semakin luas penyebarannya. Kondisi ini erat kaitannya dengan adanya peningkatan jumlah penduduk dan masih tersebar secara luas virus dengue dan nyamuk *Aedes aegypti* (penularan penyakit DHF) di seluruh tanah air. (Liza & Mudatsir, 2015)

Demam Berdarah atau *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) ialah penyakit demam akut terutama menyerang pada anak-anak, dan saat ini cenderung polanya berubah ke orang dewasa. Gejala yang ditimbulkan dengan manifestasi perdarahan dan menimbulkan shock yang bisa menimbulkan kematian.

Kejadian Luar Biasa (KLB) *dengue* biasanya terjadi di daerah endemik dan berkaitan dengan datangnya musim hujan, sehingga terjadi peningkatan aktifitas vektor *dengue* pada musim hujan yang dapat menyebabkan terjadinya penularan penyakit DHF pada manusia melalui vektor *Aedes*. (Soegimin & Anis kusumawati, 2015)

Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO) Di Wilayah Amerika, pada tahun 2020, total 2.163.354 kasus dengue dilaporkan (angka kejadian 221,6 kasus per 100.000 penduduk), termasuk 872 kematian.

Penyakit DHF dapat menyerang siapa saja. Berdasarkan data yang didapatkan temuan kasus DHF di berbagai daerah didominasi oleh usia 5-14 tahun atau 43,25% dari keseluruhan kasus. Selanjutnya usia 15-14 tahun sebanyak 36,46%, usia 1-4 tahun 8,54

kasus dan terendah pada usia di bawah 1 tahun dengan presentase 2,07(Ratna Puspita, 2019)

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat mencatat kasus DHF di Jawa Barat pada Januari 2020 mencapai 2.213 kasus dengan 20 kematian.(Abdussalam, 2020). Pada 2020, terdapat total 684 kasus DHF di Kota Bekasi. Dinkes Kota Bekasi mencatat ada tiga kecamatan yang paling rawan kasus DHF yaitu Kecamatan Bekasi Utara, Kecamatan Bekasi Barat, dan Kecamatan Jati Asih.(Yusep, 2020)

Berdasarkan data *Medical Record* dari salah satu Rumah Sakit Swasta di Bekasi Timur pada periode bulan Mei 2020 sampai bulan Mei 2021 didapatkan bahwa jumlah pasien anak yang dirawat sebanyak 2.434 orang dan pasien anak usia 6-12 tahun yang dirawat karena *Dengue Haemorrhagic Fever* sebanyak 128 orang (5,25%)

Kasus kematian DHF terbanyak dialami anak-anak. Kondisi ini disebabkan daya tahan tubuh anak yang belum sempurna. Perawatan DHF yang belum memadai dan gejala klinis yang memberat dapat berakibat gangguan pembuluh darah dan hati. Pasien dapat mengalami perdarahan masif, syok hingga kematian (Hanifah, 2011)

Apabila penyakit *Dengue Haemorrhagic Fever* tidak ditangani akan mengakibatkan komplikasi seperti gagal ginjal, efusi pleura, hepatomegali, gagal jantung, syok, penurunan kesadaran pada anak (Widagdo, 2012)

Untuk mengurangi komplikasi dari penyakit *Dengue Haemorrhagic Fever*, perawat memiliki peran penting untuk mengatasi masalah *Dengue Haemorrhagic Fever* dengan cara *promotif*, *preventif*, *kuratif*, dan *rehabilitatif*. Peran perawat sebagai *promotif* yaitu dengan memberikan edukasi terkait pentingnya menerapkan Pola Hidup Bersih Sehat (PHBS) dan memberikan nutrisi sesuai kecukupan gizi anak. Peran perawat sebagai *preventif* adalah dengan menerapkan tentang tata laksana Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) 3M Plus dengan Gerakan satu rumah satu jumantik (Juru Pemantau Jentik) serta menjaga rumah agar tetap bersih dan rapi, hindari menggantung pakaian di dalam rumah dan rajin membersihkan tempat-tempat yang dapat menjadi genangan air. Peran perawat sebagai *kuratif*, perawat dapat melakukan tindakan mandiri dan kolaboratif dalam pemberian asuhan keperawatan seperti memberi asuhan keperawatan

seperti memberi asupan nutrisi yang bergizi dan cairan yang adekuat, memantau tanda-tanda dehidrasi, memantau tanda-tanda perdarahan, menganjurkan tirah baring, memantau hasil trombosit, memantau tanda-tanda vital, memberikan cairan parenteral sesuai indikasi dan memberikan obat antipiretik sesuai indikasi. (Nursalam, 2013). Peran perawat sebagai *rehabilitatif* perawat dapat menganjurkan untuk banyak beristirahat dan memotivasi kepada keluarga untuk berperilaku hidup bersih dan sehat.

Berdasarkan hal tersebut diatas maka sangat penting bila perawat memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Dengue Haemorrhagic Fever*. Maka penulis tertarik untuk menyusun makalah ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan *Dengue Haemorrhagic Fever*”

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Dapat diperoleh pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak dengan *Dengue Haemorrhagic Fever*.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian pada An. M dengan *Dengue Haemorrhagic Fever*
- b. Menentukan diagnosa keperawatan pada An. M dengan *Dengue Haemorrhagic Fever*
- c. Membuat rencana keperawatan pada An. M dengan *Dengue Haemorrhagic Fever*
- d. Melakukan tindakan keperawatan pada An. M dengan *Dengue Haemorrhagic Fever*
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada An. M dengan *Dengue Haemorrhagic Fever*
- f. Membandingkan kesenjangan antara teori dan kasus yang penulis dapatkan di Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur.
- g. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada An. M dengan *Dengue Haemorrhagic Fever*

C. Ruang Lingkup

Penulis makalah ilmiah ini membahas mengenai Asuhan Keperawatan pada An. M dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* pada tanggal 30 April 2021 sampai dengan 02 Mei 2021 di Ruang Chrysant Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur.

D. Metode penulisan

Metode yang digunakan penulis dalam penulisan makalah ilmiah ini adalah menggunakan metode penulisan deskriptif naratif yaitu memberikan asuhan keperawatan pada pasien melalui pendekatan proses keperawatan. Selain itu penulis juga menggunakan beberapa cara untuk menulis makalah ilmiah ini, seperti:

1. Studi kasus yaitu dengan cara memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dan keluarga pasien secara langsung untuk memperoleh data yang akurat dengan menggunakan teknik wawancara, pengkajian dan observasi.
2. Studi literatur yaitu dengan memperoleh bahan ilmiah yang bersifat teoritis dalam lingkup medik dan asuhan keperawatan dengan menggunakan buku, media elektronik, dan media sosial.
3. Media dokumentasi yaitu dengan cara pengumpulan data melalui *medical record* pasien yang terdiri dari hasil laboratorium dan catatan keperawatan.

E. Sistematika Penulisan

Penulisan makalah ilmiah ini terdiri dari 5 BAB, yaitu :

BAB I Pendahuluan: Latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan dan sistematika penulisan.

BAB II Tinjauan Teori terdiri dari: definisi *Dengue Haemorrhagic Fever*, etiologi *Dengue Haemorrhagic Fever*, patofisiologi *Dengue Haemorrhagic Fever*, klasifikasi *Dengue Haemorrhagic Fever*, penatalaksanaan medis, konsep tumbuh kembang anak usia sekolah, konsep hospitalisasi, pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan pada pasien dengan *Dengue Haemorrhagic Fever*.

BAB III Tinjauan kasus: pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

BAB IV Pembahasan: pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

BAB V Penutup: kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Definisi

Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) atau demam berdarah dengue adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus dengue yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti*. Penyakit ini dapat menyerang semua orang dan dapat mengakibatkan kematian terutama pada anak, serta sering menimbulkan kejadian luar biasa atau wabah. (R. Susilaningrum et al., 2013)

Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) adalah penyakit yang disebabkan oleh virus dari keluarga *flaviviridae* yang ditularkan melalui gigitan nyamuk (*arthropod borneviruses/arbovirus*) yaitu *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus* dengan manifestasi klinis demam, nyeri otot/sendi disertai leukopenia, ruam, limfadenopati, trombositopenia. (Sandra et al., 2019)

B. Etiologi

Penyebab penyakit demam berdarah *dengue* adalah virus *dengue* yang saat ini telah diisolasi empat serotipe virus *dengue* di Indonesia yang termasuk dalam group *Barthropedi borne viruses* (Arboviruses), yaitu DEN-1, DEN-2, DEN-3, DEN-4, dan ternyata DEN-2 dan DEN-3 merupakan serotipe terbanyak sebagai penyebab. (R. Susilaningrum et al., 2013)

Faktor-faktor yang menentukan kasus DHF, yaitu:

1. Nyamuk sebagai vektor (penular penyakit) yang bertelur pada genangan air yang ditimbulkan akibat musim hujan.
2. Faktor lingkungan yaitu lingkungan yang tidak bersih.
3. Faktor manusia yang kemungkinan dapat menular atau terjangkit dan kemudian penderita DHF (Masnarivan, 2021)

C. Patofisiologi

1. Proses Perjalanan Penyakit

Virus *Dengue* akan masuk ke dalam tubuh manusia melalui gigitan nyamuk *Aedes Aegypti* dan kemudian akan bereaksi dengan Antibody sehingga akan terbentuklah kompleks virus-Antibody, dalam sirkulasi akan mengakibatkan aktifnya sistem komplemen. Akibat aktifitas C3 dan C5 akan dilepaskan C3a dan C5a peptida yang berdaya untuk melepaskan histamin dan merupakan mediator kuat sebagai faktor meningginya permeabilitas pembuluh darah dan menghilangkan plasma melalui endotel dinding itu. Terjadinya trombositopenia, menurunnya fungsi trombosit dan menurunnya faktor koagulasi (prothrombin, faktor V, VII, IX, X, dan fibrinogen), yang menentukan beratnya penyakit adalah meningginya permeabilitas dinding pembuluh darah, menurunnya volume plasma, terjadinya hipotensi, trombositopenia, dan diatesis hemoragik. Nilai hematokrit meningkat bersamaan dengan hilangnya plasma melalui endotel dinding pembuluh darah, dan dengan hilangnya plasma pasien mengalami hipovolemik. Apabila tidak diatasi bisa terjadi anoreksia jaringan, asidosis metabolik, dan kematian. Hal pertama yang akan terjadi jika virus masuk ke dalam tubuh manusia adalah akan terjadi demam selama 5-7 hari, sakit kepala, mual, nyeri otot, pegal-pegal seluruh tubuh, ruam atau bintik-bintik merah pada kulit (*ptekie*), hal lain yang mungkin terjadi seperti pembesaran kelenjar getah bening, pembesaran hati (*Hepatomegali*) dan pembesaran limpa (*Splenomegali*). (Suriadi & Yuliani, 2010)

Infeksi virus *dengue* ini menyebabkan terbentuknya kompleks antigen antibody yang mengaktivasi sistem komplemen, menyebabkan agregasi trombosit dan mengaktivasi sistem koagulasi melalui kerusakan endotel pembuluh darah. Pelekatan kompleks antigen-antibody pada membran trombosit akan merangsang *adenosin diphosphat* (ADP), yang menyebabkan sel-sel trombosit saling melekat. Oleh karena sistem retikuloendotel (*reticuloendothelial sistem-RES*) kelompok trombosit dihancurkan, sehingga mengakibatkan penurunan trombosit atau trombositopeni. Agregasi trombosit akan menyebabkan pengeluaran pletelet penyebab terjadinya koagulopati konsumtif atau *koagulasi intravaskular diseminata* (KID). Terjadinya trombositopeni, menurunnya fungsi trombosit dan menurunnya faktor koagulasi. Sehingga untuk menentukan beratnya suatu penyakit dapat dilihat dari meningginya

permeabilitas dinding pembuluh darah, menurunnya volume plasma, terjadinya hipotensi, trombositopeni, dan diatesis hemoragik. Biasanya juga nilai hematokrit meningkat dengan hilangnya plasma endotel dinding pembuluh darah. Jadi, penyebab perdarahan masif pada *Dengue Haemorrhagic Fever* adalah trombositopeni, KID yang menyebabkan penurunan pembekuan, kelainan fungsi trombosit, dan kerusakan dinding endotel kapiler. Perdarahan masif akan mempercepat syok yang terjadi. (Soedarto, 2012)

2. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis pada penderita DHF antara lain adalah (Soedarto, 2012)(Suriadi & Yuliani, 2010) :

- a. Demam akut selama 2-7 hari.
- b. Sakit kepala
- c. Nyeri otot, tulang sendi, abdomen, dan ulu hati
- d. Mual, muntah, tidak ada nafsu makan, diare, konstipasi.
- e. Pembengkakan sekitar mata
- f. Pembesaran hati, limpa, dan kelenjar getah bening
- g. Tanda-tanda renjatan (sianosis, kulit lembab dan dingin, tekanan darah menurun, gelisah, *capillary refill* lebih dari dua detik, nadi cepat dan lemah)
- h. Manifestasi perdarahan lebih berat di banding demam dengue (sedikitnya salah satu): Uji *torniquet* positif, *ptekie*, *ekimosis*, hematemesis, melena, hematuri

3. Klasifikasi

Menurut (Wulandari & Meira Erawati, 2016) DHF dibagi menjadi 4 derajat sebagai berikut:

- a. Derajat I
Demam disertai gejala tidak khas, hanya terdapat manifestasi perdarahan (uji torniket positif)
- b. Derajat II
Seperti derajat I disertai perdarahan spontan kulit dan perdarahan lain.

c. Derajat III

Ditemukan kegagalan sirkulasi darah dengan adanya nadi cepat dan lemah, tekanan nadi menurun atau hipotensi disertai kulit yang dingin dan lembab, gelisah

d. Derajat IV

Renjatan berat dengan nadi tak teraba dan tekanan darah yang tidak dapat diukur.

D. Komplikasi

Komplikasi yang terjadi pada penderita *dengue* terutama terjadi pada waktu dilakukan tindakan pengobatan terhadap demam berdarah *dengue* dan *dengue shock syndrome* (Soedarto, 2012).

1. Komplikasi susunan saraf pusat

Komplikasi pada SSP dapat berbentuk konvulsi, kaku kuduk, perubahan kesadaran, dan paresis. Kejang kadang terlihat pada waktu fase demam pada bayi. Keadaan ini mungkin akibat tingginya demam, karena pada pemeriksaan cairan serebrospinal tidak terjadi kelainan.

2. Ensefalopati

Komplikasi *neurologic* ini terjadi akibat pemberian cairan hipotonik yang berlebihan pada waktu dilakukan pengobatan terhadap demam berdarah *dengue* dan *dengue shock syndrome*, penderita mengalami *hyponatremia*

3. Infeksi

Pneumonia, sepsis, atau flebitis akibat pencemaran bakteri Gram-negatif pada alat-alat yang digunakan pada waktu pengobatan, misalnya pada waktu transfusi atau pemberian infus cairan.

4. Overhidrasi

Pemberian cairan berlebihan dapat menyebabkan terjadinya gagal pernapasan atau gagal jantung.

5. Gagal Hati

Komplikasi yang terjadi pada DHF/DSS. Biasanya gagal hati di jumpai bersama terjadinya ensefalopati.

6. Gagal ginjal

Gagal ginjal akut dan sindrom uremia hemolitik dapat terjadi pada penderita yang sebelumnya telah menderita defisiensi glucose-6-phosphate dehydrogenase (G6PD) dan hemoglobinopati.

E. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan untuk pasien dengan DHF untuk pengganti cairan dan elektrolit, yaitu (Hasmi, 2015)

1. Berikan anak banyak minum air putih, susu, jus buah dan cairan elektrolit direkomendasikan jika diit lunak tidak dapat dikonsumsi
2. Pemberian cairan intravena (biasanya ringer laktat, NaCl Faali)

Adapun Penatalaksanaan medis lainnya :

1. Obat Antipiretik, parasetamol 10mg/kgBB/hari jika demam $>39^{\circ}\text{C}$ setiap 4-6 jam
2. Obat Antikonvulsan, pada pasien kejang demam (diazepam oral)
3. Obat Domperidon 1 mg/kgBB/hari diberikan 3 kali

F. Konsep Tumbuh Kembang Anak Usia Sekolah (6-12 tahun)

1. Pertumbuhan Fisik

Pada masa anak usia sekolah pertumbuhan fisiknya berbeda dengan usia sebelum dan sesudahnya lebih lambat. Hal ini bukan berarti pertumbuhan anak berhenti, tetapi dapat dikatakan bahwa pertumbuhan fisik anak itu lebih lambat atau konsisten dibandingkan dengan usia kanak-kanak awal dan usia masuk pubertas.

Selama masa akhir anak-anak, tinggi bertambah sekitar 5 hingga 6% dan berat bertambah sekitar 10% per tahun. Pada usia 6 tahun tinggi rata-rata anak adalah 46 inci dengan berat 22,5 kg, sedangkan usia 12 tahun tinggi anak mencapai 60 inci, berat badan mencapai 40 kg hingga 42,5 kg. (Murti, 2018)

2. Perkembangan

Adapun tahap perkembangan anak usia sekolah, yaitu:

a. Perkembangan Psikososial

Menurut Erikson, pada usia 6 sampai 12 tahun. Anak akan belajar untuk bekerja sama dan bersaing dengan anak lainnya melalui kegiatan yang dilakukan baik dalam kegiatan akademik maupun dalam pergaulan melalui permainan yang

dilakukannya bersama. Perasaan sukses dicapai anak dengan dilandasi adanya motivasi internal untuk beraktivitas yang mempunyai tujuan. Perasaan tidak adekuat dan rendah diri akan berkembang apabila anak terlalu mendapat tuntutan dari lingkungannya dan anak tidak berhasil memenuhinya.

b. Perkembangan Kognitif

Menurut Piaget, anak usia sekolah sudah memandang realistis dari dunianya dan mempunyai anggapan yang sama dengan orang lain, sifat egosentrik mulai hilang sebab anak mempunyai pengertian tentang keterbatasan diri sendiri. Konversi menunjukkan anak mampu menawar satu objek yang diubah bagaimanapun bentuknya, bila tidak ditambah atau dikurangi maka volumenya tetap. Seriasi menunjukkan anak mampu mengklasifikasikan objek menurut berbagai macam cirinya seperti: tinggi, besar, kecil, warna, bentuk, dst.

c. Perkembangan Moral dan Spiritual

Menurut Kohlberg, perkembangan moral mulanya ditandai dengan besarnya pengaruh wawasan kepatuhan dan hukuman terhadap perilaku anak. penilaian terhadap perilaku didasarkan atas akibat sikap yang ditimbulkan oleh perilaku. Dalam tahap selanjutnya anak mulai menyesuaikan diri dengan harapan-harapan lingkungan untuk memperoleh hadiah, yaitu senyum, pujian atau benda. Anak terpaksa menyesuaikan diri dengan harapan lingkungan atau ketertiban sosial agar disebut anak baik atau anak manis.

d. Perkembangan Keterampilan Motorik

Keterampilan motorik untuk anak usia sekolah, seiring dengan pertumbuhan fisiknya mereka sudah mampu mengendalikan dirinya untuk melakukan keterampilan-keterampilan motorik yang lebih terkoordinir. (Murti, 2018)

Keterampilan motorik dibagi dua, yaitu:

1) Keterampilan Motorik Kasar

Anak usia sekolah sudah mampu melakukan keterampilan motorik kasar seperti melempar bola, menangkap bola, berlari, berdiri di atas satu kaki, melompat, mengendarai sepeda dan berenang.

2) Keterampilan Motorik Halus

Anak usia sekolah juga sudah mampu memiliki motorik halus seperti menulis, menggambar, dan menyulam atau menjahit.

e. **Perkembangan Komunikasi dan Bahasa**

Pada Usia sekolah, bahasa anak mengalami perkembangan yang sangat pesat. Anak telah memahami tata bahasa, sekalipun terkadang menemui kesulitan dan menunjukkan kesalahan tetapi anak dapat memperbaikinya. Anak telah mampu menjadi pendengar yang baik. Anak mampu menyimak cerita yang didengarnya, dan mampu mengungkapkan kembali dengan urutan dan susunan yang logis. (Mera Putri Dewi, Neviyarni & Irdamurni, 2020)

f. **Perkembangan Emosional dan Sosial**

Perkembangan emosi anak berkaitan dengan reaksi anak terhadap berbagai perasaan berbeda yang mereka alami. Perkembangan emosi ini nantinya akan berpengaruh terhadap bagaimana sikap dan cara anak dalam mengambil keputusan dan bagaimana cara anak menikmati kehidupannya. Perkembangan sosial anak akan berpengaruh terhadap bagaimana anak berinteraksi dengan lingkungan anak dan apa yang bisa dia peroleh dari interaksi tersebut. Jika anak berinteraksi dengan lingkungan yang negatif maka perilaku anak akan bisa menjadi hal negatif pula terutama pada anak usia sekolah yang perkembangan sosialnya berkembang dengan pesat. Sehingga perlu adanya perhatian dan pengawasan yang dilakukan orang tua dan guru agar anak tidak terpengaruh pada kehidupan sosial yang negatif. (Mera Putri Dewi, Neviyarni & Irdamurni, 2020)

G. Konsep Hospitalisasi pada Anak Usia Sekolah

1. Tahapan Hospitalisasi

Perawatan Anak di rumah sakit memaksa anak untuk berpisah dari lingkungan yang dirasanya aman, penuh kasih sayang, dan menyenangkan, yaitu lingkungan rumah, permainan dan teman sepermainannya.

Reaksi terhadap perpisahan yang ditunjukkan anak usia sekolah adalah dengan menolak makan, sering bertanya, menangis walaupun perlahan, dan tidak kooperatif terhadap petugas kesehatan. Perawatan di rumah sakit juga membuat

anak kehilangan kontrol terhadap dirinya. Perawatan dirumah sakit sering kali dipersepsikan anak prasekolah sebagai hukuman sehingga anak merasa malu, bersalah atau takut. Hal ini menimbulkan reaksi agresif dengan marah dan berontak, ekspresi verbal dengan mengucapkan kata-kata marah, tidak mau bekerja sama dengan perawat, dan ketergantungan orang tua. (Wulandari & Meira Erawati, 2016)

2. Reaksi Anak

Anak usia sekolah yang dirawat di rumah sakit akan merasa khawatir akan perpisahan dengan sekolah dan teman sebayanya, takut kehilangan keterampilan, merasa kesepian dan sendiri. Anak membutuhkan rasa aman dan perlindungan diri 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 privacy, pemakaian kursi roda, dll. (Erita, 2019)

3. Reaksi Orang Tua

Orang tua akan mengalami stress jika anaknya sakit dan dirawat di rumah sakit. Kecemasan akan meningkat jika mereka kurang informasi tentang prosedur dan pengobatan anak serta dampaknya terhadap masa depan anak. Orang tua bereaksi dengan tidak percaya terutama jika penyakit anaknya secara tiba-tiba dan serius. Setelah menyadari tentang keadaan anak, maka mereka akan bereaksi dengan marah dan merasa bersalah, sering menyalahkan diri karena tidak mampu merawat anak sehingga anak menjadi sakit. (Erita, 2019)

4. Reaksi Saudara Kandung

Reaksi saudara kandung terhadap anak yang sakit dan dirawat di rumah sakit adalah kesepian, ketakutan, khawatir, marah, cemburu, benci, dan merasa bersalah. Orang tua sering kali mencurahkan perhatiannya lebih besar terhadap anak yang sakit dibandingkan dengan anak yang sehat. Hal ini akan menimbulkan perasaan cemburu pada anak yang sehat dan anak merasa ditolak.

H. Penanganan Anak Dengan DHF Dimasa Pandemi

COVID-19 merupakan penyakit akibat virus corona jenis baru yang muncul pada akhir 2019 pertama kali di Wuhan, Cina yang saat ini menyebabkan pandemi hampir di seluruh dunia. (Kemenkes, 2020) Peningkatan jumlah kasus corona terjadi dalam waktu singkat dan membutuhkan penanganan segera. Virus corona dapat dengan mudah menyebar dan menginfeksi siapapun tanpa pandang usia. (Nailul, 2020)

Perawat menjadi sosok penting dalam penanganan pasien pandemi COVID-19 dan berperan sebagai konektor antara pasien dan tenaga kesehatan profesional lainnya. Dalam praktiknya, ada sejumlah peran perawat dalam pelayanan COVID-19, antara lain sebagai pengasuh (*caregiver*), penentu keputusan klinis, pendidik, komunikator, kolaborator, serta melakukan advokasi kepada pasien. Di masa pandemi COVID-19 ini dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien anak *Dengue Haemorrhagic Faver* ada beberapa upaya pencegahan dan kontrol infeksi yang perlu diterapkan antara lain:

1. Sering mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir atau antiseptik berbahan alkohol.
2. Jaga jarak dengan orang lain minimal satu meter. Hal ini untuk mencegah tertular virus penyebab COVID-19 dari percikan bersin atau batuk.
3. Hindari menyentuh mata, hidung dan mulut sebelum anda memastikan tangan Anda bersih dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir.
4. Tetaplah berada di dalam rumah agar tidak tertular oleh orang lain di luar tempat tinggal. (Sari, 2020)

I. Pengkajian Keperawatan

Adapun pengkajian yang dapat dilakukan pada pasien dengan DHF, diantaranya: (R. Susilaningrum et al., 2013)

1. Identitas pasien

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

2. Keluhan utama

Alasan/keluhan yang menonjol pada pasien DHF untuk datang ke rumah sakit adalah panas tinggi.

3. Riwayat penyakit sekarang

Didapatkan adanya keluhan panas mendadak disertai menggigil, saat demam kesadaran *compos mentis*. Panas menurun terjadi antara hari ke 3 dan ke 7, sementara anak semakin lemah. Kadang-kadang disertai keluhan batuk pilek, nyeri telan, mual, muntah anoreksia, diare/konstipasi, sakit kepala, nyeri otot dan persendian, nyeri ulu hati dan pergerakan bola mata terasa pegal, serta adanya manifestasi perdarahan pada kulit, gusi (grade III,IV), melena atau hematemesis.

4. Riwayat penyakit yang pernah diderita

Penyakit apa saja yang pernah diderita. Pada Dengue Haemorrhagic Fever, anak bisa mengalami serangan ulangan Dengue Haemorrhagic Fever dengan tipe virus yang lain.

5. Riwayat imunisasi

Bila anak mempunyai kekebalan yang baik, kemungkinan timbul komplikasi dapat dihindarkan.

6. Riwayat gizi

Status gizi anak yang menderita DHF dapat bervariasi. Semua anak dengan status gizi baik, maupun buruk dapat berisiko apabila terdapat faktor predisposisinya. Pada anak yang menderita DHF sering mengalami keluhan mual, muntah, dan nafsu makan menurun. Apabila kondisi ini berlanjut, dan tidak disertai dengan pemenuhan nutrisi yang adekuat anak dapat mengalami penurunan BB, sehingga status gizinya menjadi kurang.

7. Kondisi lingkungan

Sering terjadi pada daerah yang pada penduduknya, lingkungan yang kurang kebersihannya (air yang menggenang), dan gantungan baju dikamar.

8. Pola kebiasaan

a. Nutrisi dan metabolisme, yaitu frekuensi, jenis, pantangan, nafsu makan berkurang/menurun.

b. Eliminasi alvi (buang air besar) kadang-kadang anak mengalami diare/konstipasi. DHF pada grade III-IV bisa terjadi melena.

c. Eliminasi urine (buang air kecil) perlu dikaji apakah sering kencing sedikit/banyak, sakit/tidak. Pada DHF grade IV sering terjadi hematuria.

d. Tidur dan istirahat, anak sering mengalami kurang tidur karena sakit/nyeri oto dan persendian, sehingga kuantitas dan kualitas tidur, serta istirahat kurang.

- e. Kebersihan, upaya keluarga untuk menjaga kebersihan diri dan lingkungan cenderung kurang terutama tempat sarangnya nyamuk *Aedes aegypti*.
 - f. Tanggapan bila ada keluarga yang sakit dan upaya untuk menjaga kesehatan.
9. Pemeriksaan fisik meliputi inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi dari ujung rambut sampai ujung kaki. Berdasarkan tingkatan (Grade) DHF, keadaan fisik anak sebagai berikut:
- a. Grade I: kesadaran compos mentis, keadaan umum lemah, TTV lemah (nadi)
 - b. Grade II: kesadaran compos mentis, keadaan umum lemah, adanya perdarahan spontan *pteki*, perdarahan gusi dan telinga, nadi lemah, kecil, tidak teratur.
 - c. Grade III: kesadaran apatis, somnolen, keadaan umum lemah, nadi lemah, kecil, dan tidak teratur, tensi menurun.
 - d. Grade IV: kesadaran koma, nadi tidak teraba, tensi tidak terukur, pernapasan tidak teratur, ekstremitas dingin, berkeringan, dan kulit tampak biru.
10. Sistem integument
- a. Kulit adanya *pteki*, turgor kulit menurun, keringat dingin, lembab.
 - b. Kuku cyanosis/tidak.
 - c. Kepala dan leher
Kepala terasa nyeri, muka tampak kemerahan karena demam (flushy), mata anemis, hidung kadang mengalami perdarahan/epistaksis (grade II,III,IV). Pada mulut didapatkan mukosa mulut kering, perdarahan gusi, kotor, dan nyeri tekan. Tenggorokan mengalami hiperemia faring, terjadi perdarahan telinga (grade II,III,IV).
 - d. Dada
Bentuk simetris, kadang-kadang sesak, pada foto thoraks terdapat adanya cairan yang tertimbun pada paru sebelah kanan (efusi pleura), Rales, Ronchi, biasanya pada grade III,IV.
 - e. Pada abdomen terdapat nyeri tekan, pembesaran hati (hepatomegali), dan asietas.
 - f. Ekstremitas, yaitu akral dingin, nyeri otot, dan sendi serta tulang.

11. Pemeriksaan laboratorium

Pada pemeriksaan darah pasien DHF akan dijumpai sebagai berikut: (R. Susilaningrum et al., 2013)

- a. HT meningkat ($\geq 20\%$).
- b. Trombositopenia ($\leq 100.000/\text{ml}$).
- c. Leukopenia (mungkin normal atau leukositosis).
- d. IgG dengue positif.
- e. Hasil pemeriksaan kimia darah menunjukkan hipoproteinemia, hipokloremia, hiponatremia.
- f. Urium dan pH darah mungkin meningkat.
- g. Asidosis metabolik: $\text{Pco}_2 < 35\text{-}40 \text{ mmHg}$, HCO_3 rendah
- h. SGOT/SGPT mungkin meningkat.

J. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien *Dengue Haemorrhagic Fever* yaitu (R. Susilaningrum et al., 2013) (Nurarif et al., 2016):

1. Peningkatan suhu tubuh (Hipertemia) berhubungan dengan infeksi virus
2. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler, perdarahan
3. Nyeri berhubungan dengan proses patologis penyakit.
4. Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi berhubungan dengan kurang dari kebutuhan.
5. Risiko terjadi perdarahan lebih lanjut sehubungan dengan trombositopenia
6. Risiko terjadi syok hipovolemik berhubungan dengan kurangnya volume cairan tubuh
7. Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan proses penyakit, diet, dan perawatan pasien DHF

K. Perencanaan Keperawatan

Adapun perencanaan yang dapat dilakukan pada penyakit DHF, diantaranya: (Rekawati Susilaningrum et al., 2013) (Nurarif et al., 2016)

1. Peningkatan suhu tubuh (Hipertermia) berhubungan dengan infeksi virus

Tujuan: Suhu pasien kembali normal.

Kriteria hasil: suhu tubuh pasien kembali normal (36°C - 37°C)

Intervensi:

- a. Kaji suhu pasien saat timbulnya demam.
 - b. Observasi TTV (suhu, tekanan darah, nadi, pernafasan) pasien
 - c. Anjurkan pasien untuk banyak minum ± 1500 cc liter tiap 24 jam
 - d. Anjurkan pasien untuk tidak memakai selimut dan pakaian yang tebal.
 - e. Berikan terapi cairan intravena dan obat-obatan sesuai dengan program medis/dokter.
2. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler, perdarahan

Tujuan: volume cairan pasien kembali normal.

Kriteria hasil: volume cairan pasien kembali terpenuhi.

Intervensi:

- a. Kaji keadaan umum pasien (lemah, pucat, takikardi)
 - b. Observasi TTV pasien (nadi, tekanan darah, suhu, pernafasan) setiap 2-3 jam
 - c. Observasi dan catat *Intake* dan *Output* pasien.
 - d. Monitor tanda-tanda meningkatnya kekurangan cairan (turgor kulit tidak elastis, produksi urine menurun).
 - e. Monitor pemberian cairan melalui intravena setiap jam.
 - f. Berikan cairan intravena sesuai dengan instruksi medis/dokter
3. Nyeri berhubungan dengan proses patologis penyakit.

Tujuan: nyeri pasien berkurang atau hilang.

Kriteria hasil: nyeri pasien berkurang dan rasa nyaman pasien terpenuhi.

Intervensi:

- a. Kaji skala nyeri pasien (0-10).
 - b. Beri posisi yang nyaman, usahakan situasi yang tenang.
 - c. Alihkan perhatian pasien dari rasa nyeri.
 - d. Berikan obat-obat analgetik.
4. Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan mual, muntah dan tidak nafsu makan

Tujuan: Nutrisi pasien kembali terpenuhi

Kriteria hasil: Kebutuhan Nutrisi pasien terpenuhi, pasien mampu menghabiskan makanan sesuai dengan porsi yang diberikan.

Intervensi:

- a. Kaji keluhan mual, sakit menelan dan muntah yang dialami oleh pasien.
- b. Timbang berat badan pasien.
- c. Anjurkan pasien makan sedikit tetapi sering.
- d. Catat jumlah/porsi makanan yang dihabiskan pasien setiap hari.
- e. Berikan obat-obatan antiemetik sesuai dengan instruksi medis/dokter.

5. Risiko terjadi perdarahan lebih lanjut sehubungan dengan trombositopenia

Tujuan: Perdarahan tidak terjadi

Kriteria hasil: Trombosit dalam batas normal (150.000-450.000/ul)

Intervensi:

- a. Monitor tanda penurunan trombosit yang disertai dengan tanda klinis
- b. Monitor jumlah trombosit setiap hari
- c. Berikan penjelasan tentang pengaruh trombositopenia pada pasien
- d. Anjurkan pasien untuk banyak istirahat.

6. Risiko terjadi syok hipovolemik berhubungan dengan kurangnya volume cairan tubuh

Tujuan: Syok hipovolemik tidak terjadi

Kriteria Hasil: tidak terjadi syok hipovolemik, TTV pasien dalam batas normal, keadaan umum pasien baik.

Intervensi:

- a. Observasi TTV pasien (nadi, tekanan darah, suhu, pernafasan) setiap 2 jam
- b. Monitor keadaan umum pasien
- c. Monitor tanda-tanda perdarahan pasien
- d. Monitor hasil laboratorium pasien
- e. Berikan transfusi sesuai dengan program medis/dokter
- f. Laporkan ke dokter bila tampak syok hipovolemik

7. Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan proses penyakit, diet, dan perawatan pasien DHF

Tujuan: Pengetahuan pasien dan keluarga bertambah

Kriteria Hasil: Keluarga mampu menjelaskan proses penyakit, diet, dan perawatan pasien dengan DHF

Intervensi:

- a. Berikan kesempatan pasien dan keluarga untuk menanyakan hal-hal yang ingin diketahui sehubungan dengan penyakitnya.
- b. Jelaskan semua prosedur yang akan dilakukan serta manfaatnya bagi pasien dan keluarga.
- c. Jelaskan tentang proses penyakit, diet, perawatan, dan obat-obatan pada pasien dengan bahasa serta kata-kata yang mudah dimengerti.

L. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan adalah tahap keempat dari proses keperawatan. Tahap ini muncul jika perencanaan yang dibuat akan dilakukan pada pasien. Tindakan yang dilakukan mungkin sama, mungkin juga berbeda dengan urutan yang telah dibuat pada perencanaan. Perawat harus yakin bahwa tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan tindakan yang sudah direncanakan, dilakukan dengan cara yang tepat, aman serta sesuai dengan kondisi klien, selalu di evaluasi apakah sudah efektif dan selalu didokumentasikan menurut urutan waktu (Debora, 2013)

Ada 3 jenis implementasi yaitu:

1. *Independent Implementations* adalah tindakan keperawatan yang dilakukan sendiri oleh perawat untuk membantu pasien dalam mengatasi masalahnya sesuai kebutuhannya.
2. *Interdependent* adalah tindakan keperawatan atas dasar kerjasama sesama tim keperawatan atau dengan tim kesehatan lainnya, seperti dokter
3. *Dependent* adalah tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain, seperti ahli gizi. (Dinarti,& Mulyanti, 2017)

Dalam melakukan tindakan khusus pasien dengan DHF/DHF yang harus diperhatikan adalah dapat mengidentifikasi keadaan umum pasien dan dapat melakukan tindakan keperawatan dengan segera.

M. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah penilaian hasil dan proses. Penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dan tindakan. Penilaian proses menentukan apakah ada kekeliruan dari setiap tahapan proses mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan dan evaluasi (Ali, 2016).

Tipe pernyataan tahapan evaluasi yaitu:

1. Evaluasi Formatif adalah hasil observasi dan analisa perawat terhadap respon pasien segera pada saat atau setelah dilakukan tindakan keperawatan dan ditulis pada catatan keperawatan.
2. Evaluasi Sumatif adalah rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan sesuai waktu pada tujuan dan ditulis pada catatan perkembangan.(Harahap, 2019)

Evaluasi keperawatan dicatat disesuaikan dengan setiap diagnosa keperawatan. Evaluasi untuk setiap diagnosa keperawatan meliputi data subjektif (S) data objektif (O), analisa permasalahan (A) klien berdasarkan S dan O, serta perencanaan ulang (P) berdasarkan hasil analisa data diatas. Evaluasi ini disebut juga evaluasi proses. Semua itu dicatat pada formulir catatan perkembangan (*progress note*) (Dinarti,& Mulyanti, 2017)

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian Keperawatan

1. Data Biografi

Pasien berinisial An. M berusia 8 tahun, jenis kelamin perempuan, lahir di Bekasi, 24 Januari 2013, beragama Islam, Suku bangsa Jawa. Ayahnya bernama Tn. S (43 tahun), pendidikan terakhir SLTA, bekerja sebagai karyawan swasta, agama Islam, suku bangsa Jawa. Ibu pasien Ny. I (37 tahun), pendidikan terakhir S1, pekerjaan sebagai Perawat, beragama Islam, suku bangsa Jawa. Tinggal di Griya Asri 2.

2. Resume

An. M berusia 8 tahun datang ke IGD Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur bersama orang tuanya pada tanggal 29 April 2021 pukul 17.30 WIB dengan keluhan demam sejak 4 hari yang lalu, ada mual namun tidak muntah, batuk dan pilek sudah 2 hari, 2 hari yang lalu mencret \pm 6x, tidak nafsu makan dari 2 hari yang lalu. Hasil pemeriksaan fisik pada saat pasien datang yaitu didapatkan data keadaan umum, sakit sedang, kesadaran compos mentis, tekanan darah 108/73 mmHg, nadi 134 x/menit, pernafasan 22x/menit, suhu 38°C, saturasi O₂ 97%, akral hangat, mukosa mulut kering, turgor kulit elastis. Masalah keperawatan yang diangkat adalah Hipertermia. Tindakan keperawatan yang sudah dilakukan yaitu mengobservasi TTV dengan hasil tekanan darah 108/73 mmHg, suhu pasien dengan hasil suhu 37,1°C, nadi 95 x/menit. Tindakan kolaborasi yang sudah dilakukan yaitu pemberian obat Praxion Forte (3x4cc). Dilakukan pemeriksaan laboratorium pada tanggal 29 April 2021 dengan hasil pemeriksaan darah Hemoglobin 13.1 g/dl, LED 28* mm/jam, Leukosit 4.480/ul, Hematokrit 38 vol%, Trombosit 237.000/ul, Eritrosit 5.00 juta/ul. Hasil pemeriksaan hasil jenis: Basofil 0%, Eosinofil 0%*, Batang 0%, Segmen 63%, Limfosit 19%, Monosit 18%. Hasil pemeriksaan serologi: NS 1 Ag Positif. Evaluasi secara umum, ibu pasien mengatakan anak masih demam.

3. Data Dasar

a. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

1) Riwayat Kehamilan dan Kelahiran

a) Antenatal

Ibu pasien mengatakan saat ibu pasien sedang hamil tidak ada mual muntah yang berlebih, tidak terjadi perdarahan pervaginam pada saat kehamilan, tidak terjadi anemia pada masa kehamilan, tidak ada infeksi, tidak ada riwayat preeklamsi dan eklamsi pada masa kehamilan, tidak ada mengalami gangguan kesehatan lainnya, pada masa kehamilan selalu memeriksakan kehamilannya secara teratur yaitu setiap bulan sekali ± 12 kali, diperiksa oleh dokter kandungan, tempat pemeriksaannya di Rumah Sakit, hasil pemeriksaannya normal dan tidak ada terjadi kelainan, pada masa kehamilan mendapatkan imunisasi, tidak mengkonsumsi obat-obatan.

b) Masa Natal

Ibu pasien mengatakan usia kehamilan saat kelahiran yaitu berusia 38 minggu, cara persalinannya yaitu normal, saat melahirkan ditolong oleh Dokter di RS. Mitra Keluarga Bekasi Timur, keadaan bayinya saat lahir baik yaitu bayi menangis kuat, BB bayinya saat lahir 2800 gram, PB 48 cm, pada saat anaknya lahir diberikan obat vitamin K.

c) Neonatal

An. M tidak mengalami kelainan cacat kongetinal, ikterus kejang, paralisis, perdarahan, trauma persalinan, tidak ada penurunan berat badan. Anak M diberikan ASI sampai 2 tahun.

2) Riwayat Pertumbuhan dan Perkembangan

Pertumbuhan dan perkembangan Anak M tidak ada mengalami masalah/gangguan. Tahap perkembangan Anak M sudah sesuai dengan usiannya.

3) Riwayat Kesehatan

Orang tua pasien mengatakan anaknya pernah sakit GE rotavirus dan dirawat di Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur, namun tidak ingat dengan obat-obatan yang dikonsumsi saat anaknya mengalami sakit, An. M tidak memiliki alergi terhadap makanan, debu, udara maupun obat-obatan, sudah diberikan imunisasi yaitu BCG 1 kali, Hepatitis B 3 kali, DPT 5 kali, Polio 6 kali, Campak 2 kali. Ibu pasien mengatakan hampir semua imunisasi yang dilakukan pada An. M tidak menimbulkan reaksi.

4) Kebiasaan sehari-hari (Keadaan sebelum dirawat)

a) Pola pemenuhan nutrisi

Pasien mengatakan makan 3x1 hari dan jenis makanan padat yang terdiri dari nasi, sayur, lauk pauk, makanan yang disenangi pasien yaitu daging seperti ayam goreng, pasien tidak memiliki alergi terhadap makanan.

b) Pola tidur

Pasien mengatakan jarang tidur siang, tidur malam mulai dari jam 22.00 sampai jam 06.00, pasien tidak memiliki kelainan pada saat tidur, kebiasaan pasien menjelang tidur yaitu bermain hp, tidak ada kebiasaan yang membuat pasien nyaman saat tidur.

c) Pola aktivitas/latihan/OR/bermain/hobby

Pasien mengatakan hobby bermain dan berenang

d) Pola kebersihan diri

Pasien mengatakan mandi 5 kali sehari tiap mau main dikarenakan pandemi covid ini dan mampu mandi sendiri tanpa bantuan, pasien mengatakan sikat gigi 3 kali sehari pada waktu pagi, sore, dan malam hari dengan menggunakan pasta gigi dan sikat gigi, pasien mengatakan cuci rambut seminggu 5 kali dengan menggunakan sampo, pasien mengatakan berpakaian sendiri.

e) Pola eliminasi

An. M mengatakan biasanya BAB 2 hari sekali dan tidak menentu waktunya kapan dengan konsistensi padat, berwarna kuning kecoklatan, bau khas feses, tidak ada keluhan saat BAB. An. M mengatakan tidak ada menggunakan obat-obatan pencahar untuk merangsang BAB, biasanya BAK 6 kali sehari, warna kuning jernih, tidak ada keluhan saat BAK, An. M mengatakan sudah tidak mengompol pada saat tidur malam hari.

f) Kebiasaan lain

An. M mengatakan tidak ada kebiasaan seperti menggigit jari, menggigit kuku, memperlihatkan alat genital, dan mudah marah.

g) Pola asuh

Ibu An. M mengatakan An. M dari bayi sampai dengan umur sekarang dirawat oleh bapak dan ibu.

5) Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat penyakit keluarga. Ibu pasien mengatakan mempunyai riwayat asma dan ayahnya mempunyai riwayat vertigo. Di keluarga ayahnya ada riwayat hipertensi dan keluarga ibu ada riwayat diabetes. Coping keluarga jika ada masalah kesehatan dalam keluarga yaitu dengan membawa anggota keluarga yang sakit ke Rumah Sakit untuk diperiksa, ibu pasien mengatakan tidak ada sistem nilai yang bertentangan dengan kesehatan, keluarga selalu sholat 5 waktu dan ibu pasien mengikuti kegiatan seperti pengajian.

6) Riwayat Kesehatan Lingkungan

Orang tua pasien mengatakan rumahnya berada di perumahan yang tidak terlalu padat penduduk, terdapat genangan air di sekitar rumah karena saluran air tidak lancar dan selokan di sekitar rumah kurang bersih, lingkungan rumah jarang di fogging. Tetangga banyak yang terjangkit DHF

7) Riwayat Kesehatan Sekarang

a) Riwayat penyakit sekarang

An. M mengatakan demam sudah 4 hari sebelum dirawat di rumah sakit, batuk, mual tetapi tidak muntah, sakit kepala, dan badan terasa pegal-pegal. Faktor pencetusnya ibu pasien mengatakan tetangga banyak terkena DHF dan lingkungan rumah tidak pernah di *fogging*.

b) Pengkajian fisik secara fungsional

Data Klinik

Data Subjektif : An. M mengatakan masih demam, pasien mengeluh pusing, lemas, nyeri di seluruh tubuh, tidak nafsu makan, tidak ada timbul bintik-bintik merah (ptekie), tapi tidak ada BAB berdarah, orang tua pasien mengatakan tahu bahwa anaknya terkena penyakit DHF, DHF adalah penyakit yang disebabkan karena nyamuk, tanda dan gejalanya demam, pusing, mual.

Data Objektif : Kesadaran Composmentis, suhu 39°C, nadi 73 x/menit, pernafasan 22x/menit, tekanan darah 110/62 mmHg,

Nutrisi dan Metabolisme

Data Subjektif : An. M mengatakan tidak nafsu makan, hanya makan ½ porsi makan, orang tua pasien mengatakan BB anaknya sebelum sakit 21 kg sekarang 20 kg. An. M mendapat diit lunak 1500 kalori, An. M minum 250cc/8 jam, An. M mengatakan sedikit mual, dyspagia tidak ada dan tidak ada muntah.

Data Objektif : mukosa mulut pasien tampak kering, berwarna merah muda, lesi tidak ada, mukosa bibir tampak kering, mata pasien tidak cekung, tidak ada perdarahan gusi, tampak bintik-bintik merah (ptekie) di tangan, kaki dan punggung, uji ters rumple leed positive, tidak ada kelainan palatum, bibir normal, gusi tidak ada yang bengkak, lidah kotor, tidak ada karang gigi, tidak ada gigi yang karies, tekstur kulit baik, berwarna sawo matang, turgor kulit pasien elastis, pasien tampak tidak menggunakan alat bantu makan berupa sonde ataupun NGT, pasien tampak mengalami penurunan BB dari 21 kg menjadi 20 kg. BB 20 kg, TB pasien 117 cm, IMT : 14,6.

Respirasi / Sirkulasi

Data Subjektif : An. M mengatakan tidak ada sesak nafas, tidak ada batuk dan pilek, tidak ada nyeri dada

Data Objektif : RR 22x/menit, suara napas terdengar vesikular, tampak tidak ada batuk, tidak menggunakan otot bantu napas, tidak ada pernapasan cuping hidung, ikterus tidak ada, sianosis tidak ada, edema tidak ada, palpitasi tidak ada, pengisian kapiler <3 detik, temperatur suhu 39°C.

Eliminasi

Data Subjektif : An. M mengatakan tidak ada kembung, tidak ada nyeri di daerah perut, belum BAB, jumlah pasien BAK 500cc /7 jam, frekuensi 3x/7jam, tidak ada keluhan saat BAK, tidak ada nokturia, dysuria, hematuria dan inkontinensia.

Data Objektif : Abdomen pasien tidak tampak asites, bising usus 6x/menit, lingkaran perut tengah 60 cm. BAK warna kuning jernih, bau khas feses, tidak ada pemakaian kateter, frekuensi 3x/7 jam .

Aktivitas / latihan

Data Subjektif : An. M mengatakan masih lemas, tingkat pertahanan dan kekuatan otot baik, An. M masih dibantu dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari, tidak ada kekakuan sendi, pasien mengatakan tidak ada nyeri sendi.

Data Objektif : keseimbangan berjalan normal, kekuatan mengenggam tangan dan kaki baik, bentuk kaki normal, otot kaki normal, pasien tampak lemah, tidak ada kejang.

Sensori persepsi

Data Subjektif : Orang tua pasien dan pasien mengatakan pendengaran, penglihatan, penciuman, perabaan, dan pengecapan anaknya masih baik.

Data Objektif : Reaksi terhadap rangsangan cahaya baik +2/+2, orientasi baik, pupil isokor, konjungtiva ananemis, pendengaran pasien baik, penglihatan pasien baik tidak tampak menggunakan kacamata.

Konsep Diri

Data Subjektif : Orang tua pasien mengatakan penyakit yang terjadi pada anaknya saat ini tidak ada mempengaruhi gambaran diri pada anaknya menjadi negatif. Hanya saja pasien mengatakan jadi tidak bisa bermain dan sekolah karena sakit.

Data Objektif : Kontak mata pasien bagus, postur tubuh baik, perilaku pasien kooperatif.

Tidur / Istirahat

Data Subjektif : Pasien mengatakan jika tidur tidak nyenyak, pasien mengatakan sulit tidur

Data Objektif : Tidak ada tanda kurang tidur seperti terdapat kantung mata dan lingkaran hitam dibawah kelopak mata.

Seksualitas / reproduksi

Data Subjektif : Pasien mengatakan bisa ereksi, pasien mengatakan tidak ada nyeri saat BAK

Data Objektif : Tidak tampak ada kelainan scrotum, *hyposphasia*, fimosis, dll.

c) Dampak Hospitalisasi

Data Subjektif : Ibu pasien mengatakan semenjak dirawat anaknya merasa bosan karena tidak bisa bermain dengan teman-temannya.

Data Objektif : Ibu pasien tampak cemas melihat anaknya berada dirumah sakit, orang tua pasien tampak selalu menemani pasien di rumah sakit.

d) Tingkat Pertumbuhan dan Perkembangan saat ini

Pertumbuhan :

Berat badan pasien saat ini 20 kg, ibu pasien mengatakan sebelum sakit dan dirawat di RS berat badan pasien 21 kg, tinggi badan pasien 117 cm, lingkaran lengan atas 21 cm, pertumbuhan gigi lengkap.

Perkembangan :

Motorik Kasar : Ibu pasien mengatakan anaknya sudah bisa mengendarai sepeda roda 2

Motorik Halus : Ibu pasien mengatakan anaknya mampu menulis dengan baik.

Bahasa : Ibu pasien mengatakan berbahasa dengan tata bahasa baik dan kooperatif

Sosialisasi : An. M mengatakan mempunyai banyak teman di rumah nya

b. Pengetahuan dan Pemahaman Keluarga tentang Penyakit dan Perawatan Anak

Ibu pasien mengatakan tahu bahwa anaknya terkena penyakit DHF. Ibu pasien mengatakan DHF adalah penyakit yang disebabkan karena nyamuk, tanda dan gejalanya yaitu demam, pusing, mual.

c. Pemeriksaan Penunjang

	30 April 2021	01 Mei 2021	02 Mei 2021
Hemoglobin	12.9 g/dl	12.6 g/dl	12.3 g/dl
Leukosit	2.340 /ul	3.470/ul	3.000/ul
Hematokrit	37 vol%	37 vol %	37 vol%
Trombosit	205.000/ul	212.000/ul	167.000/ul
Eritrosit	4.82 juta/ul	4.81 juta/ul	4.70uta/ul

d. Penatalaksanaan

Pasien mendapatkan terapi infus berupa RL 1500cc/24 jam, pasien mendapatkaterapi obat via oral: praxion F 3x4cc, psidii sirup 2x1cth, starmuno sirup 1x1cth, mefinal 200 mg (3x1bks). Pasien mendapatkan obat injeksi IV berupa : etason 2x2mg, narfoz 3x2mg, pragesol 200 mg, intrix 1x600mg, diit lunak 1500 kalori

4. Data Fokus

Jumat, 30 April 2021

Keadaan umum sakit sedang, kesadaran composmentis, hasil observasi tanda-tanda vital dengan tekanan darah 110/62 mmHg, nadi 73x/menit, suhu 39°C, pernafasan 22x/menit. Berat badan 20 kg, tinggi badan 117 cm. IMT pasien 14,6

a. Kebutuhan Oksigenasi

Data Subjektif : pasien mengatakan tidak ada sesak, tidak ada batuk dan pilek, masih lemas.

Data Objektif : RR 22x/menit, TD: 110/62 mmHg, N: 73x/menit, S: 39°C, CRT <3 detik, suara nafas vesikuler, pasien tidak tampak menggunakan pernafasan cuping hidung dan tidak ada retraksi dada, pasien tidak tampak menggunakan pernafasan cuping hidung.

b. Kebutuhan Cairan

Data Subjektif : An. M mengatakan minum 250cc/8 jam, pasien mengatakan masih sedikit lemas, pasien mengatakan tidak ada muntah. **Data Objektif :** N: 73x/menit, S: 39°C, mukosa bibir pasien tampak kering, turgor kulit elastis, mata pasien tidak cekung, CRT < 3 detik. *Intake* (dalam 24 jam): Oral= 650 cc + Infus 1.500 cc = 2.150 cc/24jam. *Output* (dalam 24 jam): urine 1700 cc + IWL 530 cc = 2.230 cc/24 jam. *Balance* cairan= *Intake* – *Output* = 2.150 cc -2.230 cc = -80 cc/ 24 jam. Hematokrit 38 vol% (hasil pemeriksaan tanggal 29 April 2021)

c. Kebutuhan Nutrisi

Data Subjektif : An. M mengatakan tidak nafsu makan, An. M mengatakan hanya makan ½ porsi makan, orang tua pasien mengatakan BB anaknya sebelum sakit 21 kg dan BB sekarang 20 kg. An. M mengatakan mual.

Data Objektif : Konjungtiva pasien ananemis, pasien tampak hanya menghabiskan ½ posi makan. Penurunan BB 1 kg dari 21 kg menjadi 20 kg. BB 20 kg, TB pasien 117 cm, IMT 14,6, LLA: 21 cm, hemoglobin 12.9 g/dl.

d. Kebutuhan Termoregulasi

Data Subjektif : An. M mengatakan masih demam, pasien mengatakan masih lemas.

Data Objektif : Suhu 39°C, akral teraba hangat, NS 1 Ag positive

e. Kebutuhan Rasa Aman

Data Subjektif : Pasien mengatakan tidak ada nyeri pada gusi, tidak ada bintik-bintik merah (ptekie), tapi tidak ada BAB berdarah.

Data Objektif : S: 39 °C, tidak ada iritasi, tidak tampak luka dekubitus, akral teraba hangat.

f. Kebutuhan rasa nyaman

Data Subjektif : Pasien mengatakan nyeri di seluruh tubuh

Data Objektif : Pasien tampak lemas, pasien tampak sulit tidur.

g. Kebutuhan Belajar

Data Subjektif : Ibu pasien mengatakan tahu bahwa anaknya terkena penyakit DHF. Ibu pasien mengatakan DHF adalah penyakit yang disebabkan karena nyamuk, tanda dan gejalanya yaitu demam, pusing, mual.

Data Objektif : Ibu pasien tampak mengerti tentang penyakit anaknya.

h. Dampak Hospitalisasi :

Data Subjektif : Ibu pasien mengatakan semenjak dirawat An.M merasa bosan karena tidak bisa bermain dengan teman-temannya.

Data Objektif : Ibu pasien tampak cemas melihat anaknya berada dirumah sakit, orang tua pasien tampak selalu menemani pasien di rumah sakit.

Analisa Data

Tabel 3.1 Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	<p>Data Subjektif : Ibu pasien mengatakan anaknya demam sejak 4 hari yang lalu, An. M mengatakan masih lemas.</p> <p>Data Objektif: Suhu: 39°C, akral tampak teraba hangat, leukosit: 2.340/ul, NS 1 Ag positive (hasil pemeriksaan tanggal 29 April 2021)</p>	Hipertermi	Proses Penyakit (Infeksi Virus Dengue)
2.	<p>Data Subjektif : An. M mengatakan minum 250cc/hari, pasien mengatakan masih lemas, pasien mengatakan tidak ada muntah.</p> <p>Data Objektif : N: 73x/menit, S: 39°C, mukosa bibir pasien tampak kering, turgor kulit elastis, mata pasien tidak cekung, CRT < 3 detik. <i>Intake</i> (dalam 24 jam): Oral=</p>	Risiko Kekurangan Volume Cairan	Peningkatan Permeabilitas Kapiler

No	Data	Masalah	Etiologi
	<p>650 cc + Infus 1.500 cc = 2.150 cc/24jm</p> <p><i>Output</i> (dalam 24 jam): urine 1700 cc + IWL 530 cc = 2.230 cc/24 jam. <i>Balance</i> cairan= <i>Intake</i> - <i>Output</i> = 2.150 cc -2.230 cc = - 80 cc/ 24 jam. Hematokrit 38 vol% (hasil pemeriksaan tanggal 29 April 2021)</p>		
3.	<p>Data Subjektif: An. M mengatakan tidak nafsu makan, ibu pasien mengatakan An. M hanya makan ½ porsi, ibu pasien mengatakan sebelum sakit BB anak 21 kg dan BB sekarang 20 kg, An. M mengatakan mual tetapi tidak muntah</p> <p>Data Objektif: Konjuntiva tampak ananemis, pasien tampak hanya menghabiskan ½ porsi makan, penurunan BB dari 21 kg menjadi 20 kg, BB: 20 kg, TB: 117 kg, IMT: 14,6,</p>	Risiko Kekurangan Nutrisi	Kurang Asupan Makanan

No	Data	Masalah	Etiologi
	hemoglobin: 13.1 g/dl (hasil pemeriksaan tanggal 29 April 2021), diit lunak 1500 kalori.		
4	Data Subjektif : Pasien mengatakan nyeri di seluruh tubuh Data Objektif : Pasien tampak lemas, pasien tampak sulit tidur.	Nyeri	proses patologis penyakit.

B. Diagnosa Keperawatan

1. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi virus dengue)
Ditemukan : 30 April 2021
Tanggal Teratasi : belum teratasi
2. Risiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler
Ditemukan : 30 April 2021
Tanggal Teratasi : belum teratasi
3. Risiko kekurangan nutrisi berhubungan dengan kurang asupan makanan.
Ditemukan : 30 April 2021
Tanggal Teratasi : belum teratasi
4. Nyeri berhubungan dengan proses patologis penyakit.
Ditemukan : 30 April 2021
Tanggal Teratasi : belum teratasi

C. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi Keperawatan

Diagnosa pertama :

Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi virus dengue)

Data Subjektif : Ibu pasien mengatakan anaknya demam sejak 4 hari yang lalu, An. M mengatakan masih lemas.

Data Objektif: Suhu: 39°C, akral tampak teraba hangat, leukosit: 2.340/ul, NS 1 Ag positive (hasil pemeriksaan tanggal 29 April 2021)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan hipertermi teratasi

Kriteria Hasil : Demam berkurang sampai hilang, suhu tubuh dalam batas normal (36,6-37,2°C), akral teraba tidak hangat.

Rencana Tindakan:

1. Kaji suhu pasien saat timbulnya demam
2. Observasi tanda-tanda vital (suhu, tekanan darah, pernafasan, nadi)
3. Anjurkan pasien untuk banyak minum (1680cc/hari)
4. Anjurkan untuk tidak memakai selimut dan pakaian yang tebal
5. Berikan obat Praxion F sirup 3x4cc melalui oral

Pelaksanaan Keperawatan

Jumat, 30 April 2021

Pukul 08.30 WIB mengkaji suhu pasien dengan hasil suhu 39°C. **Pukul 09.00 WIB** mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 110/62mmHg, nadi 73x/menit, pernapasan 22x/menit, suhu 39°C. **Pukul 10.00 WIB** menganjurkan pasien untuk banyak minum (1680cc/hari) dengan hasil ibu pasien mengatakan anak sudah minum 300cc/8 jam. **Pukul 10.20 WIB** menganjurkan untuk tidak memakai selimut dari pakaian yang tebal dengan hasil pasien mengatakan akan mengikuti anjuran perawat. **Pukul 13.00 WIB** memberikan obat Praxion F sirup 4 cc melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan.

Dinas sore dan malam pelaksanaan tindakan dilakukan oleh perawat ruangan. **Pukul 15.00 WIB** mengkaji suhu pasien saat timbulnya demam dengan hasil suhu 36,8°C (perawat ruangan). **Pukul 15.20 WIB** mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 102/62mmHg, nadi 73x/menit, pernapasan 20x/menit, suhu 36,8°C. **Pukul 17.00 WIB** menganjurkan pasien untuk banyak minum (1680cc/hari) dengan

hasil ibu pasien mengatakan anak sudah minum 200cc/8 jam (perawat ruangan). **Pukul 19.00 WIB** memberikan obat Praxion F sirup 4 cc melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan. **Pukul 21.00 WIB** mengkaji suhu pasien saat timbulnya demam dengan hasil suhu 36,7°C (perawat ruangan). **Pukul 22.30 WIB** mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 102/63mmHg, nadi 80x/menit, pernapasan 20x/menit, suhu 36,7°C. **Pukul 07.00 WIB** memberikan obat Praxion F sirup 4 cc melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan (perawat ruangan)

Sabtu, 01 Mei 2021

Pukul 08.00 WIB mengkaji suhu pasien dengan hasil suhu 36,6°C. **Pukul 09.30 WIB** mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 95/63mmHg, nadi 100x/menit, pernapasan 22x/menit, suhu 36,6°C. **Pukul 10.15 WIB** menganjurkan pasien untuk banyak minum (1680cc/hari) dengan hasil ibu pasien mengatakan anak sudah minum 300cc/8 jam. **Pukul 11.20 WIB** menganjurkan untuk tidak memakai selimut dari pakaian yang tebal dengan hasil pasien mengatakan akan mengikuti anjuran perawat. **Pukul 13.00 WIB** memberikan obat Praxion F sirup 4 cc melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan.

Dinas sore dan malam pelaksanaan tindakan dilakukan oleh perawat ruangan. **Pukul 15.00 WIB** mengkaji suhu pasien saat timbulnya demam dengan hasil suhu 36,7°C (perawat ruangan). **Pukul 15.30 WIB** mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil 90/60 mmHg, nadi 90x/menit, pernapasan 21x/menit, suhu 36,7°C. **Pukul 19.00 WIB** memberikan obat Praxion F sirup 4 cc melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan (perawat ruangan). **Pukul 21.20 WIB** mengkaji suhu pasien saat timbulnya demam dengan hasil suhu 36,9°C (perawat ruangan). **Pukul 21.30 WIB** mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil 118/87 mmHg, nadi 96x/menit, pernapasan 20x/menit, suhu 36,9°C. **Pukul 07.00 WIB** memberikan obat Praxion F sirup 4 cc melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan (perawat ruangan)

Minggu, 02 Mei 2021

Pukul 08.00 WIB mengkaji suhu pasien dengan hasil suhu 36,3°C. **Pukul 10.15 WIB** menganjurkan pasien untuk banyak minum (1680cc/hari) dengan hasil ibu pasien mengatakan anak sudah minum 600cc/8 jam. **Pukul 13.00 WIB** memberikan obat Praxion F sirup 4 cc melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan.

Evaluasi Keperawatan**Jumat, 30 April 2021 Pukul 07.00 WIB**

Subjektif: Ibu pasien mengatakan demam anak naik turun

Objektif: suhu 36,7°C, turgor kulit tampak elastis

Analisa: Masalah teratasi, tujuan belum tercapai

Planning: Semua intervensi dilanjutkan

Sabtu, 01 Mei 2021 pukul 07.00 WIB

Subjektif: Ibu pasien mengatakan demam anak masih naik turun

Objektif: suhu 36,9°C, turgor kulit tampak elastis

Analisa: Masalah teratasi, tujuan belum tercapai

Planning: Semua intervensi dilanjutkan

Minggu, 02 Mei 2021 pukul 07.00 WIB

Subjektif: Ibu pasien mengatakan demam anak masih naik turun

Objektif: suhu 36,3°C, turgor kulit tampak elastis

Analisa: Masalah teratasi, tujuan belum tercapai

Planning: Semua intervensi dilanjutkan

Diagnosa kedua :

Risiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler

Data Subjektif : An. M mengatakan minum 250cc/hari, pasien mengatakan masih lemas, pasien mengatakan tidak ada muntah.

Data Objektif : Nadi: 73x/menit, Suhu: 39°C, mukosa bibir pasien tampak kering, turgor kulit elastis, mata pasien tidak cekung, CRT < 3 detik.

Intake (dalam 24 jam): Oral= 650 cc + Infus 1.500 cc = 2.150 cc/24jam

Output (dalam 24 jam): urine 1700 cc + IWL 530 cc = 2.230 cc/24 jam.

Balance cairan= *Intake* – *Output* = 2.150 cc -2.230 cc = -80 cc/ 24 jam. Hematokrit 38 vol% (hasil pemeriksaan tanggal 29 April 2021)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kekurangan volume cairan tidak terjadi

Kriteria Hasil : Tidak ada tanda-tanda dehidrasi (mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis, mata tidak tampak cekung), asupan cairan meningkat, hematokrit tetap dalam batas normal (33-43 vol%), kebutuhan cairan terpenuhi dengan rumus peningkatan suhu tubuh $1500\text{cc} + (2^{\circ} \times 12\% \times 1.500) = 1.680 \text{ cc}/24 \text{ jam}$.

Rencana Tindakan:

1. Observasi tanda-tanda vital.
2. Monitor tanda-tanda dehidrasi (turgor kulit elastis, mukosa bibir lembab)
3. Catat *Intake* dan *Output* cairan
4. Anjurkan orangtua memberikan minum pasien 1.680cc/hari
5. Monitor nilai laboratorium : Hematokrit
6. Monitor pemberian cairan infus melalui intravena (RL : 1500cc/24 jam)

Pelaksanaan Keperawatan Jumat, 30 April 2021

Pada pukul 09.00 WIB mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 110/62mmHg, nadi 73x/menit, pernapasan 22x/menit, suhu 39°C. **Pukul 10.00 WIB** memonitor pemberian cairan infus dengan hasil tidak tampak plebitis, aliran cairan infus lancar, cairan infus sudah masuk 300 cc .**Pukul 10.20 WIB** memonitor hasil laboratorium dengan hasil pemeriksaan Hematokrit: 37vol%. **Pukul 10.30 WIB** memonitor tanda-tanda dehidrasi dengan hasil turgor kulit elastis, mukosa bibir kering. **Pukul 11.00 WIB** menganjurkan orang tua memberikan minum pasien 1.680cc/hari dengan hasil ibu pasien mengatakan anaknya sudah minum 300cc/8 jam. **Pukul 14.00 WIB** mencatat *Intake* dan *Output* cairan pasien dengan hasil: *Balance* Cairan/ 8 jam: *Intake* (dalam 8 jam): minum 300 cc + infus 300cc = 600 cc/8 jam, *Output*: urine 500cc, jadi *Balance* cairan yaitu *Intake-Output*= *Intake* minum 300cc + infus 300cc= 600, *Output* (dalam 8 jam) urine 500cc + IWL 176/ 8 jam = 676 /8jam, jadi *Balance* cairannya adalah 600 cc- 676 cc = -76 cc.

Dinas sore dan malam pelaksanaan tindakan dilakukan oleh perawat ruangan. **Pukul 15.10 WIB** mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 102/62mmHg, nadi 73x/menit, pernapasan 20x/menit, suhu 36,8°C (perawat ruangan). **Pukul 15.20 WIB** memonitor pemberian cairan infus dengan hasil tidak tampak plebitis, aliran cairan infus lancar, cairan infus sudah masuk 350 cc. **Pukul 16.00 WIB** memonitor tanda-tanda dehidrasi dengan hasil turgor kulit elastis, mukosa bibir kering. **Pukul 16.30 WIB** menganjurkan orang tua memberikan minum pasien 1.680cc/hari dengan hasil ibu pasien mengatakan anaknya sudah minum 200cc/8 jam. **Pukul 21.00 WIB** mencatat *Intake* dan *Output* cairan pasien dengan hasil: *Balance Cairan/ 8 jam: Intake* (dalam 8 jam): minum 200cc + infus 350cc = 550 cc/8 jam, *Output* (dalam 8 jam): urine 450 cc + IWL 176/ 8 jam = 626 cc/jam. *Balance cairan* = 550 cc - 626 cc = -76 cc. **Pukul 21.10 WIB** mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 102/63mmHg, nadi 80x/menit, pernapasan 20x/menit, suhu 36,7°C. **Pukul 23.00 WIB** memonitor tanda-tanda dehidrasi dengan hasil turgor kulit elastis, mukosa bibir kering. **Pukul 23.30 WIB** menganjurkan orang tua memberikan minum pasien 1.680cc/hari dengan hasil ibu pasien mengatakan anaknya sudah minum 300cc/8 jam. **Pukul 24.00 WIB** memonitor pemberian cairan infus dengan hasil tidak tampak plebitis, aliran cairan infus lancar, cairan infus sudah masuk 400 cc **Pukul 06.00 WIB** mencatat *Intake* dan *Output* cairan pasien dengan hasil : *Balance Cairan/ 8 jam: Intake* (dalam 8 jam): minum 300 cc + infus 400 cc = 700 cc/8 jam, *Output* (dalam 8 jam): urine 700 cc + IWL 176/ 8 jam = 776 cc/jam. *Balance cairan* = 700 cc - 876 cc = -176 cc.

Pelaksanaan Keperawatan Sabtu, 01 Mei 2021

Pada pukul 09.00 WIB mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 95/63mmHg, nadi 100x/menit, pernapasan 22x/menit, suhu 36,6°C. **Pukul 10.00 WIB** memonitor pemberian cairan infus dengan hasil tidak tampak plebitis, aliran cairan infus lancar, cairan infus sudah masuk 380 cc .**Pukul 10.20 WIB** memonitor hasil laboratorium dengan hasil pemeriksaan Hematokrit: 37vol%. **Pukul 10.30 WIB** memonitor tanda-tanda dehidrasi dengan hasil turgor kulit elastis, mukosa bibir kering. **Pukul 14.00 WIB** menganjurkan orang tua memberikan minum pasien 1.680cc/hari dengan hasil ibu pasien mengatakan anaknya sudah minum 300cc/8 jam. **Pukul 14.00 WIB** mencatat *Intake* dan *Output* cairan pasien dengan hasil : *Balance Cairan/ 8 jam: Intake* (dalam 8 jam): minum 300 cc + infus 380 cc = 680 cc/8 jam, *Output* (dalam 8

jam): urine 700 cc + IWL 176/ 8 jam = 776 cc/jam. *Balance* cairan = 680 cc - 776 cc = -96 cc.

Dinas sore dan malam pelaksanaan tindakan dilakukan oleh perawat ruangan. **Pukul 15.10 WIB** mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 90/60 mmHg, nadi 90x/menit, pernapasan 21x/menit, suhu 36,7°C (perawat ruangan). **Pukul 15.20 WIB** memonitor pemberian cairan infus dengan hasil tidak tampak plebitis, aliran cairan infus lancar, cairan infus sudah masuk 350 cc. **Pukul 16.30 WIB** menganjurkan orang tua memberikan minum pasien 1.680cc/hari dengan hasil ibu pasien mengatakan anaknya sudah minum 400cc/8 jam. **Pukul 22.00 WIB** mencatat *Intake* dan *Output* cairan pasien dengan hasil : *Balance Cairan/ 8 jam: Intake* (dalam 8 jam): minum 400 cc + infus 350 cc = 750 cc/8 jam, *Output* (dalam 8 jam): urine 700 cc + IWL 176/ 8 jam = 876 cc/jam. *Balance* cairan = 680 cc - 876 cc = -196 cc. **Pukul 22.10 WIB** mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 118/87 mmHg, nadi 96x/menit, pernapasan 20x/menit, suhu 36,9°C.. **Pukul 23.00 WIB** memonitor tanda-tanda dehidrasi dengan hasil turgor kulit elastis, mukosa bibir kering. **Pukul 05.30 WIB** menganjurkan orang tua memberikan minum pasien 1.680cc/hari dengan hasil ibu pasien mengatakan anaknya sudah minum 500 cc/8 jam. **Pukul 24.00 WIB** memonitor pemberian cairan infus dengan hasil tidak tampak plebitis, aliran cairan infus lancar, cairan infus sudah masuk 550 cc **Pukul 06.00 WIB** mencatat *Intake* dan *Output* cairan pasien dengan hasil : *Balance Cairan/ 8 jam: Intake* (dalam 8 jam): minum 500 cc + infus 550 cc = 1.050 cc/8 jam, *Output* (dalam 8 jam): urine 750 cc + IWL 176/ 8 jam = 926 cc/jam. *Balance* cairan = 1.050 cc - 926 cc = + 124 cc.

Pelaksanaan Keperawatan Minggu, 02 Mei 2021

Pukul 08.00 WIB mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 90/60mmHg, nadi 95x/menit, pernapasan 22x/menit, suhu 36,3°C. **Pukul 08.30 WIB** memonitor hasil laboratorium dengan hasil pemeriksaan Hematokrit: 37vol%. **Pukul 09.00 WIB** memonitor tanda-tanda dehidrasi dengan hasil turgor kulit elastis, mukosa bibir kering. **Pukul 09.30 WIB** menganjurkan orang tua memberikan minum pasien 1.680cc/hari dengan hasil ibu pasien mengatakan anaknya sudah minum 600cc/8 jam. **Pukul 13.00 WIB** memonitor pemberian cairan infus melalui intravena dengan hasil aliran infus lancar, cairan yang sudah masuk 350 cc **Pukul 13.30 WIB** mencatat *Intake* dan *Output* cairan pasien dengan hasil : *Balance Cairan/ 8 jam: Intake* (dalam 8 jam):

minum 600 cc + infus 350 cc = 1.150 cc/8 jam, *Output* (dalam 8 jam): urine 900 cc + IWL 176/ 8 jam = 1.076 cc/jam. *Balance* cairan = 1.150 cc - 1.076 cc = + 74 cc

Evaluasi Keperawatan

Jumat, 30 April 2021 pukul 07.00 WIB

Subjektif : Ibu pasien mengatakan anaknya sudah minum 800 cc dari pukul 08.00 WIB

Objektif: Suhu 36,7°C, nadi 80x/menit, turgor kulit elastis, mukosa bibir kering, hematokrit 37vol%, *Balance* Cairan/24 jam: *Intake* (dalam 24 jam) = minum 800 cc + infus 1.050 cc = 2.050 cc/24 jam. *Output* (dalam 24 jam): urine 1.650 cc + IWL 530 cc = 2.180 cc. *Balance* cairan: 1.650 – 2.180 cc = -530 cc/24 jam

Analisa: Tujuan tercapai, masalah tidak terjadi

Planning: Semua intervensi dilanjutkan

Sabtu, 01 Mei 2021 pukul 07.00 WIB

Subjektif : Ibu pasien mengatakan anaknya sudah minum 1.200cc/24 jam

Objektif: Suhu 36,9°C, nadi 96x/menit, turgor kulit elastis, mukosa bibir kering, hematokrit 37vol%, *Balance* Cairan/24 jam: *Intake* (dalam 24 jam) = minum 1.200cc + infus 1.280 cc = 2.480 cc/24 jam. *Output* (dalam 24 jam): urine 2.150 cc + IWL 530 cc = 2.680 cc/ 24 jam. *Balance* cairan: 2.480 cc – 2.680 cc = - 200 cc/24 jam

Analisa: Tujuan tercapai, masalah tidak terjadi

Planning: Semua intervensi dilanjutkan

Minggu, 02 Mei 2021 pukul 15.00 WIB

Subjektif : Ibu pasien mengatakan anaknya sudah minum 600cc/8 jam

Objektif: Suhu 36,3°C, nadi 95x/menit, turgor kulit elastis, mukosa bibir kering, hematokrit 37vol%, *Balance* Cairan/8 jam: *Intake* (dalam 8 jam): minum 600 cc + infus 350 cc = 1.150 cc/8 jam, *Output* (dalam 8 jam): urine 900 cc + IWL 176/ 8 jam = 1.076 cc/jam. *Balance* cairan = 1.150 cc - 1.076 cc = + 74 cc

Analisa: Tujuan tercapai, masalah tidak terjadi

Planning: Semua intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan.

Perencanaan Keperawatan

Diagnosa ketiga :

Risiko kekurangan nutrisi berhubungan dengan kurang asupan makanan

Data Subjektif: An. M mengatakan tidak nafsu makan, ibu pasien mengatakan An. M hanya makan ½ porsi, ibu pasien mengatakan sebelum sakit BB anak 21 kg dan BB sekarang 20 kg, An. M mengatakan mual tetapi tidak muntah

Data Objektif: Konjuntiva tampak ananemis, pasien tampak hanya menghabiskan ½ porsi makan, penurunan BB dari 21 kg menjadi 20 kg, BB: 20 kg, TB: 117 kg, IMT: 14,6, hemoglobin: 13.1 g/dl (hasil pemeriksaan tanggal 29 April 2021), diit lunak 1500 kalori.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan risiko kekurangan nutrisi teratasi

Kriteria Hasil : Tidak ada penurunan BB, nafsu makan meningkat, tidak ada mual dan muntah, pasien dapat menghabiskan 1 porsi, nilai hemoglobin dalam batas normal (11,5-14,5 g/dl).

Rencana Tindakan:

1. Kaji keluhan nafsu makan, mual, muntah, sakit menelan pasien pershift
2. Timbang BB per 3 hari
3. Anjurkan kepada orang tua untuk memberikan dengan teknik sedikit tetapi sering.
4. Catat jumlah/ porsi makan yang dihabiskan
5. Monitor hasil laboratorium: hemoglobin
6. Berikan terapi obat narfoz 3x2mg (intravena)

Pelaksanaan Keperawatan

Jumat, 30 April 2021

Pukul 08.00 WIB memberikan obat narfoz 2 mg melalui intravena dengan hasil: berhasil diberikan dan tidak ada tanda-tanda alergi (perawat ruangan). **Pukul 08.10** menimbang BB per 3 hari dengan hasil tidak dilakukan karena di ruangan tidak ada alat timbang anak. **Pukul 10.10. WIB** memonitor hasil laboratorium (hemoglobin) dengan hasil hemoglobin 12.9 g/dl. **Pukul 11.00 WIB** mengkaji keluhan nafsu makan, mual, muntah, sakit menelan pasien dengan hasil pasien mengatakan pasien kurang nafsu makan, ada mual tapi tidak ada muntah, dan tidak ada sakit menelan. Pasien tampak

lemas. **Pukul 12.30 WIB** mencatat jumlah porsi makan yang dihabiskan dengan hasil pasien mengatakan hanya menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi. Pasien tampak hanya menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makan. **Pukul 13.00 WIB** menganjurkan kepada orang tua untuk memberikan makan dengan teknik sedikit tetapi sering dengan hasil orang tua pasien mengatakan akan mengikuti anjuran perawat untuk memberikan makan dengan teknik sedikit tapi sering. **Pukul 17.00. WIB** memberikan obat narfoz 2 mg melalui intravena dengan hasil: berhasil diberikan dan tidak ada tanda-tanda alergi (perawat ruangan). **Pukul 17.30 WIB** mengkaji keluhan nafsu makan, mual, muntah, sakit menelan pasien dengan hasil pasien mengatakan pasien kurang nafsu makan, ada mual tapi tidak ada muntah, dan tidak ada sakit menelan, tampak lemas (perawat ruangan). **Pukul 18.00 WIB** mencatat jumlah porsi makan yang dihabiskan dengan hasil pasien mengatakan hanya menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi. Pasien tampak hanya menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makan. **Pukul 19.00 WIB** menganjurkan kepada orang tua untuk memberikan makan dengan teknik sedikit tetapi sering dengan hasil orang tua pasien mengatakan akan mengikuti anjuran perawat

Pukul 05.00 WIB memberikan obat narfoz 2 mg melalui intravena dengan hasil: berhasil diberikan dan tidak ada tanda-tanda alergi (perawat ruangan). **Pukul 06.00 WIB** mengkaji keluhan nafsu makan, mual, muntah, sakit menelan pasien dengan hasil pasien mengatakan pasien kurang nafsu makan, ada mual tapi tidak ada muntah, dan tidak ada sakit menelan. Pasien tampak lemas. **Pukul 06.30 WIB** menganjurkan kepada orang tua untuk memberikan makan dengan teknik sedikit tetapi sering dengan hasil orang tua pasien mengatakan akan mengikuti anjuran perawat

Sabtu, 01 Mei 2021

Pukul 08.10 WIB memberikan obat narfoz 2 mg melalui intravena dengan hasil: berhasil diberikan dan tidak ada tanda-tanda alergi (perawat ruangan). **Pukul 09.00 WIB** memonitor hasil laboratorium (hemoglobin) dengan hasil hemoglobin 12.9 g/dl. **Pukul 11.00 WIB** mengkaji keluhan nafsu makan, mual, muntah, sakit menelan pasien dengan hasil pasien mengatakan pasien kurang nafsu makan, ada mual tapi tidak ada muntah, dan tidak ada sakit menelan. Pasien tampak lemas. **Pukul 12.30 WIB** mencatat jumlah porsi makan yang dihabiskan dengan hasil pasien mengatakan hanya menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi. Pasien tampak hanya menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makan. **Pukul 13.00 WIB** menganjurkan kepada orang tua untuk memberikan makan dengan teknik

sedikit tetapi sering dengan hasil orang tua pasien mengatakan akan mengikuti anjuran perawat untuk memberikan makan dengan teknik sedikit tapi sering. **Pukul 17.00 WIB** memberikan obat narfoz 2 mg melalui intravena dengan hasil: berhasil diberikan dan tidak ada tanda-tanda alergi (perawat ruangan). **Pukul 17.30 WIB** mengkaji keluhan nafsu makan, mual, muntah, sakit menelan pasien dengan hasil pasien mengatakan pasien kurang nafsu makan, ada mual tapi tidak ada muntah, dan tidak ada sakit menelan, tampak lemas (perawat ruangan). **Pukul 18.00 WIB** mencatat jumlah porsi makan yang dihabiskan dengan hasil pasien mengatakan hanya menghabiskan ½ porsi. Pasien tampak hanya menghabiskan ½ porsi makan. **Pukul 18.30 WIB** menganjurkan kepada orang tua untuk memberikan makan dengan teknik sedikit tetapi sering dengan hasil orang tua pasien mengatakan akan mengikuti anjuran perawat

Pukul 05.00 WIB memberikan obat narfoz 2 mg melalui intravena dengan hasil: berhasil diberikan dan tidak ada tanda-tanda alergi (perawat ruangan). **Pukul 06.020 WIB** mengkaji keluhan nafsu makan, mual, muntah, sakit menelan pasien dengan hasil pasien mengatakan pasien kurang nafsu makan, ada mual tapi tidak ada muntah, dan tidak ada sakit menelan. Pasien tampak lemas. **Pukul 06.30 WIB** menganjurkan kepada orang tua untuk memberikan makan dengan teknik sedikit tetapi sering dengan hasil orang tua pasien mengatakan akan mengikuti anjuran perawat

Minggu, 02 Mei 2021

Pukul 08.10 WIB memberikan obat narfoz 2 mg melalui intravena dengan hasil: berhasil diberikan dan tidak ada tanda-tanda alergi (perawat ruangan). **Pukul 10.00 WIB** memonitor hasil laboratorium (hemoglobin) dengan hasil hemoglobin 12.3 g/dl. **Pukul 11.00 WIB** mengkaji keluhan nafsu makan, mual, muntah, sakit menelan pasien dengan hasil pasien mengatakan pasien kurang nafsu makan, ada mual tapi tidak ada muntah, dan tidak ada sakit menelan. Pasien tampak lemas. **Pukul 12.30 WIB** mencatat jumlah porsi makan yang dihabiskan dengan hasil pasien mengatakan hanya menghabiskan ½ porsi. Pasien tampak hanya menghabiskan ½ porsi makan. **Pukul 13.00 WIB** menganjurkan kepada orang tua untuk memberikan makan dengan teknik sedikit tetapi sering dengan hasil orang tua pasien mengatakan akan mengikuti anjuran perawat untuk memberikan makan dengan teknik sedikit tapi sering.

Evaluasi Keperawatan

Jumat, 30 April 2021 pukul 07.00 WIB

Subjektif: Pasien mengatakan menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi setiap kali makan, anaknya mual dan muntah

Objektif: Pasien tampak hanya menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makan, pasien tampak lemas, hasil hemoglobin 12.9 g/dl

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

Planning: Lanjutkan intervensi no 1,3,4,5,6.

Sabtu, 01 Mei 2021 pukul 07.00 WIB

Subjektif: Pasien mengatakan menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi setiap kali makan, anaknya mual dan muntah

Objektif: Pasien tampak hanya menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makan, pasien tampak lemas, hasil hemoglobin 12.6 g/dl

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

Planning: Lanjutkan intervensi no 1,3,4,5,6.

Minggu, 02 Mei 2021 pukul 15.00 WIB

Subjektif: Pasien mengatakan menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi setiap kali makan, anaknya mual dan muntah

Objektif: Pasien tampak hanya menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makan, pasien tampak lemas, hasil hemoglobin 12.3 g/dl

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

Planning: Lanjutkan intervensi no 1,3,4,5,6 oleh perawat ruangan

Perencanaan Keperawatan

Diagnosa keempat :

Nyeri berhubungan dengan proses patologis penyakit

Data Subjektif : Pasien mengatakan nyeri di seluruh tubuh

Data Objektif : Pasien tampak lemas, pasien tampak sulit tidur.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri pasien berkurang atau hilang

Kriteria Hasil : Nyeri pasien berkurang dan rasa nyaman pasien terpenuhi

Rencana Tindakan:

- a. Kaji skala nyeri pasien (0-10).
- b. Beri posisi yang nyaman, usahakan situasi yang tenang.
- c. Alihkan perhatian pasien dari rasa nyeri.
- d. Berikan obat Mefinal 200 mg (3x1bks)

Pelaksanaan Keperawatan**Jumat, 30 April 2021**

Pukul 09.00 WIB mengkaji skala nyeri pasien (0-10) dengan hasil skala nyeri 4. **Pukul 10.00 WIB** memberikan posisi yang nyaman, usahakan situasi yang tenang dengan hasil posisi pasien tampak fowler. **Pukul 11.00 WIB** mengalihkan perhatian pasien dari rasa nyeri dengan hasil pasien tampak tidak mau terapi bermain dengan perawat. **Pukul 12.00 WIB** memberikan obat Mefinal 200 mg 1 bks dengan hasil obat berhasil diberikan melalui oral.

Pukul 15.00 WIB mengkaji skala nyeri pasien (0-10) dengan hasil skala nyeri 4 (perawat ruangan). **Pukul 16.30 WIB** memberikan posisi yang nyaman, usahakan situasi yang tenang dengan hasil pasien tampak folwer, tampak tidak tenang dan tidak nyaman. **Pukul 17.15 WIB** mengalihkan perhatian pasien dari rasa nyeri dengan hasil pasien tampak tidak mau terapi bermain dengan perawat. **Pukul 18.00 WIB** memberikan obat Mefinal 1 bks dengan hasil obat berhasil diberikan melalui oral (perawat ruangan)

Pukul 21.30 WIB mengkaji skala nyeri pasien (0-10) dengan hasil skala nyeri 4. **Pukul 22.30 WIB** memberikan posisi yang nyaman, usahakan situasi yang tenang dengan hasil pasien tampak tidak tenang dan tidak nyaman. **Pukul 06.00 WIB** memberikan obat Mefinal 200 mg 1 bks dengan hasil obat berhasil diberikan.

Pelaksanaan Keperawatan Sabtu, 01 Mei 2021

Pukul 08.30 WIB mengkaji skala nyeri pasien (0-10) dengan hasil skala nyeri 3. **Pukul 09.30 WIB** memberikan posisi yang nyaman, usahakan situasi yang tenang dengan hasil posisi pasien tampak supinasi tetapi masih tidak tenang. **Pukul 11.10 WIB** mengalihkan perhatian pasien dari rasa nyeri dengan hasil pasien tampak melakukan

terapi bermain. **Pukul 12.20 WIB** memberikan obat Mefinal 1 bks dengan hasil obat berhasil diberikan melalui oral

Pukul 16.00 WIB mengkaji skala nyeri pasien (0-10) dengan hasil skala nyeri 3. **Pukul 17.30 WIB** memberikan posisi yang nyaman, usahakan situasi yang tenang dengan hasil posisi pasien tampak supinasi tetapi masih tidak tenang. **Pukul 18.00 WIB** mengalihkan perhatian pasien dari rasa nyeri dengan hasil pasien tampak melakukan terapi bermain. **Pukul 18.30 WIB** memberikan obat Mefinal 1 bks dengan hasil obat berhasil diberikan melalui oral

Pukul 21.00 WIB mengkaji skala nyeri pasien (0-10) dengan hasil skala nyeri 3. **Pukul 22.00 WIB** memberikan posisi yang nyaman, usahakan situasi yang tenang dengan hasil posisi pasien tampak supinasi dan tampak tenang. **Pukul 06.00 WIB** memberikan obat Mefinal 1 bks dengan hasil obat berhasil diberikan melalui oral

Pelaksanaan Keperawatan Minggu, 02 Mei 2021

Pukul 08.30 WIB mengkaji skala nyeri pasien (0-10) dengan hasil skala nyeri 3. **Pukul 09.20 WIB** memberikan posisi yang nyaman, usahakan situasi yang tenang dengan hasil pasien tampak nyaman dan tampak tenang. **Pukul 11.00 WIB** mengalihkan perhatian pasien dari rasa nyeri dengan hasil pasien tampak bermain handphone. **Pukul 12.00 WIB** memberikan obat Mefinal 200 mg (3x1bks) dengan hasil obat berhasil diberikan.

Evaluasi Keperawatan

Jumat, 30 April 2021 pukul 07.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan nyeri di seluruh tubuh

Objektif: TTV : skala nyeri 4, pasien tampak tidak tenang dan tidak nyaman, pasien tampak tidak mau terapi bermain dengan perawat.

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

Planning: Lanjutkan 1,2,3,4

Sabtu, 01 Mei 2021 pukul 07.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan nyeri di seluruh tubuh

Objektif: TTV : skala nyeri 3, pasien tampak tidak tenang dan tidak nyaman, pasien tampak tidak mau terapi bermain dengan perawat.

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

Planning: Lanjutkan 1,2,3,4 oleh perawat ruangan

Minggu, 02 Mei 2021 pukul 15.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan nyeri di seluruh tubuh

Objektif: TTV : skala nyeri 3, posisi pasien tampak supinasi dan tampak tenang, pasien tampak melakukan terapi bermain

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

Planning: Lanjutkan 1,2,3,4 oleh perawat ruangan

BAB IV

PEMBAHASAN

Dalam BAB ini, penulis membahas tentang kesenjangan antara tinjauan teori dengan tinjauan kasus. Penulis juga menganalisa faktor-faktor yang ada seperti faktor pendukung dan faktor penghambat serta bagaimana penyelesaian masalah yang harus dilakukan dalam memberikan asuhan keperawatan anak yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan yang sudah dilakukan oleh penulis pada Jumat, 30 April 2021 sampai dengan Minggu, 02 Mei 2021

A. Pengkajian Keperawatan

Menurut Masnarivan (2021) ada faktor-faktor yang menentukan kasus DHF, yaitu: Nyamuk sebagai vektor (penular penyakit) yang bertelur pada genangan air yang ditimbulkan akibat musim hujan, faktor lingkungan yaitu lingkungan yang tidak bersih, faktor manusia yang kemungkinan dapat menular atau terjangkit dan kemudian penderita DHF. Pada kasus, etiologinya adalah faktor nyamuk pada genangan air dibuktikan karena terdapat genangan air di sekitar rumah, faktor lingkungan yang tidak bersih hal karena selokan di sekitar rumah kurang bersih, lingkungan rumah jarang di fogging, faktor manusia yang kemungkinan dapat menular dibuktikan karena tetangga pasien banyak yang terjangkit DHF. Pada manifestasi klinis terdapat kesenjangan antara teori dan kasus, pada teori menurut Soedarto (2012) ada beberapa manifestasi klinis DHF antara lain demam akut selama 2-7 hari, sakit kepala, nyeri otot, tulang sendi, abdomenaen, dan ulu hati, mual, muntah, tidak ada nafsu makan, diare, konstipasi, pembengkakan sekitar mata, pembesaran hati, limpa, dan kelenjar getah bening, tanda-tanda renjatan (sianosis, kulit lembab dan dingin, tekanan darah menurun, gelisah, *capillary refill* lebih dari dua detik, nadi cepat dan lemah, manifestasi perdarahan lebih berat di banding demam dengue (sedikitnya salah satu): Uji *torniquet* positif, *ptekie*, *ekimosis*, hematemesis, melena, hematuri, sedangkan pada kasus, tidak ditemukan nyeri tulang,

abdomen dan ulu hati karena pada saat pengkajian pasien hanya nyeri otot, tidak ada pembesaran mata karena mata pasien tidak sembab, tidak ada tanda-tanda renjatan karena pada saat pengkajian tidak ada kebiruan di kulit, tekanan darah pasien meningkat, *capillary refill* kurang dari 3 detik, nadi kuat, tidak ditemukan uji torniquet positif, ptekie karena pada saat pengkajian tidak adanya bintik merah di kulit pasien.

Pada pemeriksaan laboratorium terdapat kesenjangan antara teori dan kasus. Menurut Susilaningrum et al., (2013)ada beberapa pemeriksaan laboratorium yang menunjang penyakit DHF seperti HT meningkat ($\geq 20\%$), trombositopenia ($\leq 100.000/\text{ml}$), leukopenia (mungkin normal atau leukositosis), IgG dengue positif, hasil pemeriksaan kimia darah menunjukkan hipoproteinemia, hipokloremia, hiponatremia, urium dan pH darah mungkin meningkat, asidosis metabolik: $\text{Pco}_2 < 35\text{-}40 \text{ mmHg}$, HCO_3 rendah, SGOT/SGPT mungkin meningkat. Sedangkan pada kasus, hanya dilakukan pemeriksaan hematologi, pemeriksaan serologi: NS 1 Ag Positif tanggal 29 April 2021 dikarenakan dengan pemeriksaan serologi sudah membuktikan bahwa pasien terkena penyakit *Dengue Haemorrhagic Fever*.

Terdapat kesenjangan antara teori dan kasus. Menurut Hasmi (2015) terdapat beberapa penatalaksanaan medis sepertiberikan anak banyak minum air putih, susu, jus buah dan cairan elektrolit direkomendasikan jika diit lunak tidak dapat dikonsumsi, pemberian cairan intravena (biasanya ringer laktat, NaCl Fali), obat Antipiretik, obat Antikonvulsan, pada pasien kejang demam (diazepam oral), obat Domperidon. Sedangkan pada kasus pasien mendapatkan terapi infus berupa RL 1500cc/24 jam, pasien mendapatkan antipiretik dan tidak mendapatkan obat antikonvulsan, obat domperidone dimana fungsi obat tersebut untuk meredakan mual dan muntah.

Faktor pendukung dalam melakukan pengkajian keperawatan yaitu orang tua pasien yang cukup kooperatif dalam menceritakan perkembangan kesehatan anaknya, data dari rekam medis serta perawat ruangan yang membantu dalam pengumpulan data, sehingga memudahkan penulis untuk mendapatkan data pengkajian.

Faktor penghambat yang ditemukan oleh penulis dalam melakukan pengkajian keperawatan yaitu anak yang kurang kooperatif, terlalu banyak diam sehingga penulis mengalami kesulitan untuk mengkaji anak. Solusi untuk mengatasinya yaitu dengan cara bina hubungan saling percaya.

B. Diagnosa Keperawatan

Menurut (Nurarif et al., 2016) terdapat 7 diagnosa keperawatan yaitu, peningkatan suhu tubuh (Hipertemia) berhubungan dengan infeksi virus, kekurangan volume cairan berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler, perdarahan, nyeri berhubungan dengan proses patologis penyakit, gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi berhubungan dengan kurang dari kebutuhan, risiko terjadi perdarahan lebih lanjut sehubungan dengan trombositopenia, risiko terjadi syok hipovolemik berhubungan dengan kurangnya volume cairan tubuh, kurangnya pengetahuan berhubungan dengan proses penyakit, diet, dan perawatan pasien DHF

Diagnosa keperawatan pada teori yang tidak diangkat pada kasus ada tiga, antara lain risiko terjadi perdarahan lebih lanjut sehubungan dengan trombositopenia, pada kasus penulis tidak menetapkan diagnosa keperawatan ini dikarenakan pada saat pengkajian penulis tidak adanya perdarahan digusi, hidung dan tidak ada bintik-bintik merah di tubuh (ptekie), trombosit 205.000/ul pada tanggal 30 April 2021. Perubahan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan perdarahan, sedangkan pada kasus penulis tidak mengangkat diagnosa keperawatan tersebut dikarenakan pada saat pengkajian tidak tampak sianosis, *Capillary refill* < 3 detik, akral teraba hangat. Kurangnya pengetahuan tentang proses penyakit, diet, dan perawatan pasien DHF, pada kasus penulis tidak mengangkat diagnosa keperawatan tersebut. Hal ini dikarenakan pada saat perawat bertanya kepada ibu tentang penyakit anaknya, ibu sudah paham tentang definisi, penyebab, tanda dan gejala.

Faktor pendukung dalam menetapkan diagnosa keperawatan adalah didukung oleh data tanda dan gejala pada pasien, tersedianya referensi yang relevan sehingga membantu

penulis dalam menetapkan diagnosa keperawatan. Tidak ditemukannya faktor penghambat saat merumuskan diagnosa keperawatan

C. Perencanaan Keperawatan

Prioritas diagnosa antara teori dan kasus tidak ada kesenjangan yaitu Peningkatan suhu tubuh (Hipertermia) berhubungan dengan infeksi virus dikarenakan di patofisiologi virus *dangue* lebih dulu menyerang antibody

Rencana tindakan hipertermia antara teori dan kasus sudah sesuai karena penulis dalam menentukan rencana tindakan berdasarkan teori tersebut.

Terdapat kesenjangan antara teori dan kasus. Pada kasus, diagnosa keperawatan risiko kekurangan volume cairan penulis menetapkan intervensi keperawatan anjurkan orangtua memberikan minum pasien 1.680cc/hari, pada teori tidak terdapat intervensi keperawatan tersebut. Hal ini perlu dilakukan agar kebutuhan cairan anak terpenuhi.

Diagnosa keperawatan ketiga pada kasus yaitu risiko kekurangan nutrisi berhubungan dengan kurang asupan makanan. Pada teori dan kasus terdapat intervensi keperawatan timbang berat badan.

Rencana tindakan nyeri berhubungan dengan proses patologis penyakit antara teori dan kasus sudah sesuai karena penulis dalam menentukan rencana tindakan berdasarkan teori tersebut.

Faktor pendukung perawat ruangan dapat melakukan perencanaan bersama penulis sehingga apa yang direncanakan oleh penulis dapat terlaksanakan dan dapat tercapai. Namun ada faktor penghambat juga yaitu penulis kurang dalam melakukan tindakan keperawatan selama 24 jam, dikarenakan penulis hanya berdinis 8 jam saja, sehingga untuk tindakan keperawatan pagi dan malam dilakukan oleh perawat ruangan. Solusi nya untuk mengetahui perkembangan pasien dan tindakan apa saja yang sudah dilakukan oleh perawat ruangan, penulis selalu mengecek rekam medis pasien atau menanyakan kepada perawat ruangan saja.

D. Pelaksanaan Keperawatan

Pada pelaksanaan keperawatan selama tiga hari tidak terdapat pelaksanaan keperawatan tambahan ataupun modifikasi.

Pelaksanaan keperawatan diagnosa pertama dilakukan selama 3x24 jam, pelaksanaan keperawatan dilakukan secara *independent* yaitu mengkaji suhu pasien saat timbulnya demam, mengobservasi tanda-tanda vital (suhu, tekanan darah, pernafasan, nadi), menganjurkan pasien untuk banyak minum (1680cc/hari), menganjurkan untuk tidak memakai selimut dan pakaian yang tebal. Pelaksanaan yang dilakukan keperawatan secara *interdependent* yaitu pemberian obat Praxion F sirup 4cc melalui oral.

Pelaksanaan keperawatan diagnosa kedua dilakukan selama 3x24 jam, pelaksanaan keperawatan dilakukan secara *independent* yaitu mengobservasi tanda-tanda vital, memonitor tanda-tanda dehidrasi (turgor kulit elastis, mukosa bibir lembab), mencatat *Intake* dan *Output* cairan, menganjurkan orangtua memberikan minum pasien 1.680cc/hari. Pelaksanaan yang dilakukan keperawatan secara *interdependent* yaitu pemberian cairan infus melalui intravena (RL : 1500cc/24 jam) dan pemeriksaan hasil laboratorium (hematokrit) tidak dilakukan dikarenakan tidak ada instruksi medis yang mengharuskan.

Pelaksanaan keperawatan diagnosa ketiga dilakukan selama 3x24 jam, pelaksanaan keperawatan dilakukan secara *independent* yaitu mengkaji keluhan nafsu makan, mual, muntah, sakit menelan pasien pershift, menimbang BB per 3 hari, menganjurkan kepada orang tua untuk memberikan dengan teknik sedikit tetapi sering, mencatat jumlah/ porsi makan yang dihabiskan. Pelaksanaan yang dilakukan keperawatan secara *interdependent* yaitu pemberian terapi obat narfoz 3x2mg (intravena) dan Monitor hasil laboratorium: hemoglobin

Pelaksanaan keperawatan diagnosa keempat dilakukan selama 3x24 jam, pelaksanaan keperawatan dilakukan secara *independent* yaitu mengkaji skala nyeri pasien (0-10), memberi posisi yang nyaman, usahakan situasi yang tenang, mengalihkan perhatian pasien dari rasa nyeri. Pelaksanaan yang dilakukan keperawatan secara *interdependent* yaitu memberikan obat mefinal 200 mg (3x1 bks)

Faktor pendukung nya adalah keluarga pasien yang sangat kooperatif dalam membantu penulis melakukan pelaksanaan keperawatan kepada pasien, dan juga perawat ruangan yang memberikan kepercayaan kepada penulis untuk melakukan asuhan keperawatan kepada pasien.

Adapun faktor penghambatnya adalah keterbatasan waktu yang penulis miliki sehingga pelaksanaannya tidak dapat dilakukan dengan maksimal. Solusi yang penulis lakukan yaitu dengan melakukan kerja sama dengan perawat ruangan agar asuhan keperawatan tetap berjalan.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan pada kasus tidak semua diagnosa keperawatan tercapai dalam waktu yang ditargetkan oleh penulis.

Pada evaluasi diagnosa keperawatan hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi virus dengue) masalah tertasi tujuan belum tercapai. Hal ini dibuktikan dengan ibu pasien mengatakan demam anak masih naik turun, suhu $36,3^{\circ}\text{C}$, turgor kulit tampak elastis
Evaluasi diagnosa keperawatan Risiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler tujuan tercapai masalah tidak terjadi. Hal ini dibuktikan dengan ibu pasien mengatakan anaknya sudah minum 600cc/8 jam, Suhu $36,3^{\circ}\text{C}$, nadi 95x/menit, turgor kulit elastis, mukosa bibir kering, hematokrit 37vol%, *Balance Cairan/8 jam: Intake* (dalam 8 jam): minum 600 cc + infus 350 cc = 1.150 cc/8 jam, *Output* (dalam 8 jam): urine 900 cc + IWL 176/ 8 jam = 1.076 cc/jam. *Balance cairan* = 1.150 cc - 1.076 cc = + 74 cc

Evaluasi diagnosa keperawatan Risiko kekurangan nutrisi berhubungan dengan kurang asupan makanan, masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai. Hal ini dibuktikan dengan pasien mengatakan menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi setiap kali makan, anaknya mual dan muntah, pasien tampak lemas, hasil hemoglobin 12.3 g/dl.

Evaluasi diagnosa keperawatannya nyeri berhubungan dengan proses patologis penyakit, masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai. Hal ini dibuktikan dengan pasien mengatakan masih nyeri, TTV : skala nyeri 3, posisi pasien tampak supinasi dan tampak tenang, pasien tampak melakukan terapi bermain

Faktor pendukung penulis dalam melaksanakan evaluasi keperawatan adalah sikap terbuka dan kooperatif pada orang tua pasien sehingga memudahkan penulis dalam mengevaluasi.

Adapun faktor penghambat penulis dalam melakukan evaluasi adalah waktu dalam melakukan evaluasi keperawatan yang hanya sebentar.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Pada pengkajian terdapat kesenjangan yaitu manifestasi klinis yang dialami pasien adalah demam akut selama 2-6 hari, sakit kepala, nyeri otot. Pemeriksaan diagnostik yang menunjang DHF adalah pemeriksaan hematologi, pemeriksaan serologi: NS 1 Ag Positif. Pada penatalaksanaan medis yang didapatkan oleh pasien adalah terapi infus RL 1500cc/24 jam, obat antipiretik dan obat domperidone.

Pada tahap diagnosa keperawatan, penulis merumuskan 4 diagnosa keperawatan pada kasus yang sesuai dengan teori yaitu Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi virus dengue), Risiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler, Risiko kekurangan nutrisi berhubungan dengan kurang asupan makanan, nyeri berhubungan dengan proses patologis penyakit.

Pada tahap perencanaan keperawatan, penulis telah menetapkan intervensi keperawatan pada diagnosa keperawatan prioritas hipertermia berhubungan dengan infeksi virus yaitu kaji suhu pasien saat timbulnya demam, observasi tanda-tanda vital (suhu, tekanan darah, pernafasan, nadi), anjurkan pasien untuk banyak (1680cc/hari), anjurkan untuk tidak memakai selimut dan pakaian yang tebal, observasi hasil laboratorium (leukosit), berikan obat Praxion F (3x4cc) melalui oral.

Dalam melakukan pelaksanaan keperawatan ada beberapa rencana keperawatan yang tidak dilakukan di hari selanjutnya pada diagnosa keperawatan kedua yaitu mobitor hasil pemeriksaan laboratorium hematokrit. Hal ini dikarenakan tidak ada instruksi medis yang mengharuskan pasien untuk dilakukan pemeriksaan tersebut.

Pada evaluasi keperawatan dapat disimpulkan bahwa ada beberapa masalah yang belum teratasi dalam waktu yang telah ditentukan penulis. Pada diagnosa keperawatan pertama

evaluasi terakhir masalah teratasi tujuan belum tercapai. Pada diagnosa keperawatan kedua evaluasi terakhir tujuan tercapai masalah tidak terjadi. Pada diagnosa keperawatan ketiga evaluasi terakhir masalah belum teratasi tujuan belum tercapai. Pada diagnosa keperawatan keempat evaluasi terakhir masalah belum teratasi tujuan belum tercapai.

B. Saran

Saran yang ingin disampaikan penulis dalam meningkatkan asuhan keperawatan pada pasien anak dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* yaitu kepada:

1. Bagi Penulis

Diharapkan agar penulis mampu meningkatkan cara berkomunikasi yang baik dan benar, serta mampu meningkatkan kualitas baik dari segi kognitif maupun keterampilan dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan masalah *Dengue Haemorrhagic Fever* mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi serta meningkatkan cara bina *trust* pada pasien anak yang mengalami dampak hospitalisasi.

2. Bagi Perawat

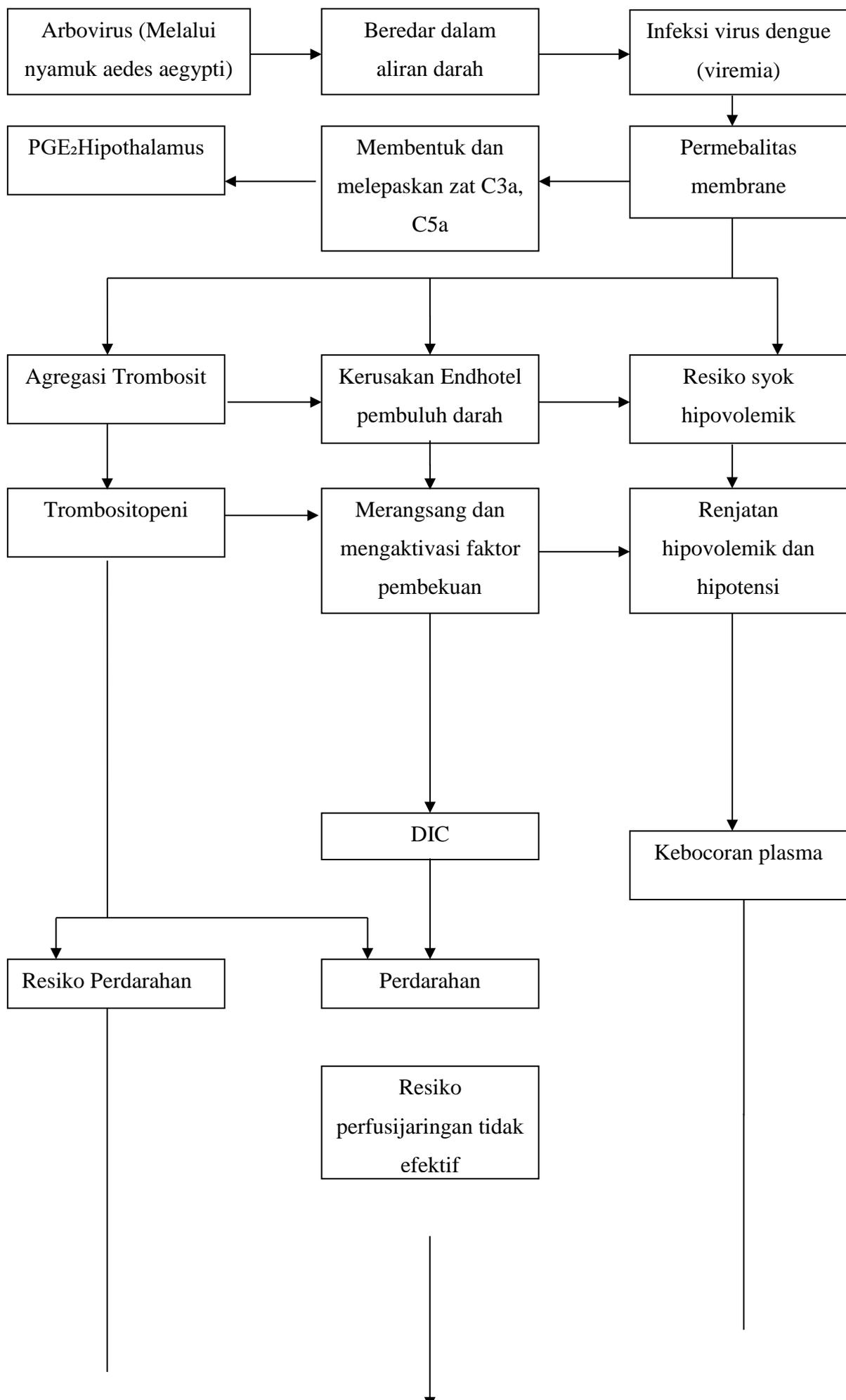
Diharapkan bagi perawat ruangan hendaknya melakukan terapi bermain untuk mengurangi dampak hospitalisasi pada anak dan melibatkan orang tua mendampingi anaknya. Dan tentunya dapat memberikan pelayanan agar dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang baik dan berkualitas

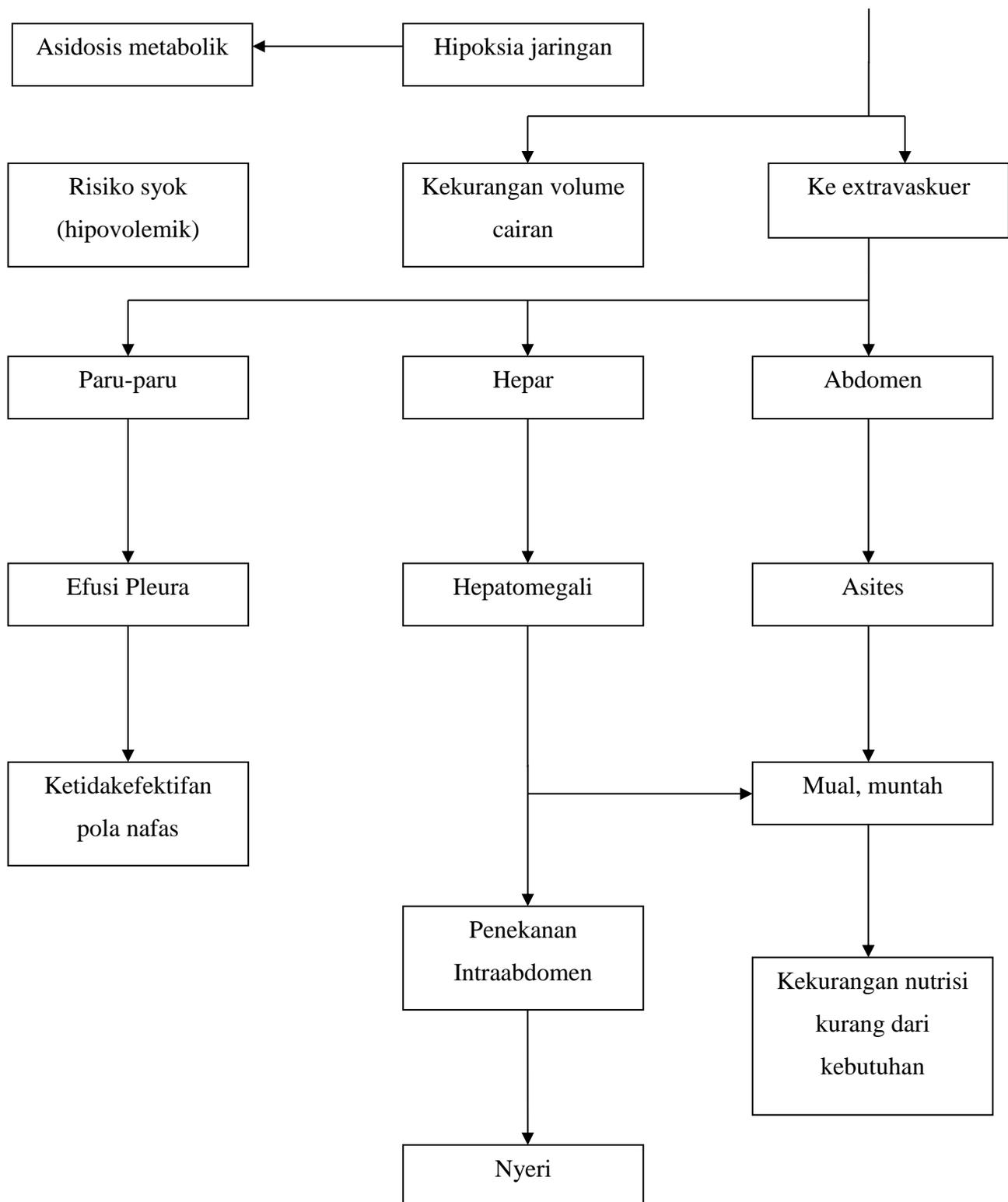
DAFTAR PUSTAKA

- Abdussalam, M. S. (2020). Kasus DBD di Jabar Sudah Mencapai Ribuan, Kota Bandung Masih Terbanyak di Tahun 2020. In *Tribun Jabar*.
<https://jabar.tribunnews.com/2020/06/18/kasus-dbd-di-jabar-sudah-mencapai-ribuan-kota-bandung-masih-terbanyak-di-tahun-2020-ini?page=2>
- Ali. (2016). *Dasar-Dasar Dokumentasi Keperawatan*. EGC.
- Debora, O. (2013). *Proses Keperawatan dan Pemeriksaan Fisik*. Salemba Medika.
- Dinarti, & Mulyanti, Y. (2017). *Dokumentasi Keperawatan*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Erita, S. (2019). Modul & bahan ajar Keperawatan Anak. *Modul Keperawatan Anak*, 26–127.
- Hanifah. (2011). *Komplikasi dan Pencegahan Demam Berdarah Dengue*.
http://dokterizy.blogspot.com/2011/04/komplikasi-dan-pencegahan_demam.html.Kementrian
- Harahap, E. E. (2019). *Melaksanakan Evaluasi Asuhan Keperawatan Untuk Melengkapi Proses Keperawatan*. <https://doi.org/10.31219/osf.io/mr4ws>
- Hasmi, L. (2015). *Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Ibu Mengenai Penyakit DBD Dengan Kejadian DBD Pada Anak di Ruang Anak RSUD Dr. Muhammad Zein Painan Tahun 2014*. <http://scholar.unand.ac.id/id/eprint/8723%0A>
- Kemenkes, R. (2020). *Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Coronavirus Disease (COVID-19)*. Kemenkes R.
- Liza, A., & Mudatsir, I. (2015). *Hubungan Tingkat Pengetahuan, Pendidikan Dan Sikap Dengan Partisipasi Ibu Rumah Tangga Dalam Pencegahan Wabah Dbd Di Kecamatan Kuta Alam Banda Aceh*. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*, 15(3), 135–141.
- Masnarivan, Y. (2021). *Memahami Penyakit Demam Berdarah Dengue di Sumatera Barat*. Bintang Pustaka Madani.
- Mera Putri Dewi, Neviyarni, & Irdamurni. (2020). *Perkembangan Emosi Dan Sosial Pada Anak Usia Sekolah Dasar*. *EL-Muhbib: Jurnal Pemikiran Dan Penelitian Pendidikan Dasar*, 4(2), 162–180. <https://doi.org/10.52266/el-muhbib.v4i2.562>
- Murti, T. (2018). *Perkembangan Fisik Motorik dan Perseptual Serta Implikasinya pada Pembelajaran di Sekolah Dasar*. *Wahana Sekolah Dasar*, 26(1), 21–28.
<https://doi.org/10.17977/um035v26i12018p021>
- Nailul, M. (2020). *Konsep Isolasi Dalam Jaringan Sosial Untuk Meminimalisasi Efek Contagious (Kasus Penyebaran Virus Corona Di Indonesia)*. *Jurnal Sosial Humaniora*

- Terapan, 2(2).
- Nurarif, A. ., & Kusuma, H. (2016). *Asuhan Keperawatan Praktis*. Mediacion.
- Nursalam. (2013). *Managemen Keperawatan: aplikasi dalam praktek keperawatan profesional* (Edisi 3). Salemba Medika.
- Ratna Puspita. (2019). *Kemenkes Catat 110.921 Kasus DBD Hingga Oktober*. Rebulika.co.id.
- Sandra, T., Sofro, M. A., Suhartono, S., Martini, M., & Hadisaputro, S. (2019). *Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Kejadian Demam Berdarah Dengue Pada Anak Usia 6-12 Tahun*. *Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal*, 9(1), 28–35.
<https://doi.org/10.32583/pskm.9.1.2019.28-35>
- Sari, M. K. (2020). *Sosialisasi tentang Pencegahan Covid-19 di Kalangan Siswa Sekolah Dasar di SD Minggiran 2 Kecamatan Papar Kabupaten Kediri*. *Jurnal Karya Abdi*, 4, 2018–2021.
- Soedarto. (2012). *Demam Berdarah Dengue Dengue Haemoohagic fever*. Jakarta: CV Sagung Seto
- Soegimin, & Anis kusumawati. (2015). *Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Kejadian Deamam Berdarah Dengue (DBD) di Kecamatan Gajah Mungkur*. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Suriadi & Yuliani. (2010). *Asuhan Keperawatan Anak*. CV Agung Seto.
- Susilaningrum, R., Nursalam, & Utami, S. (2013). *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak Untuk Perawat dan Bidan Edisi 2*. Salemba Medika.
- Susilaningrum, Rekawati, Nursalam, & Sri Utami. (2013). *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak (ke-2)*. Salemba Medika.
- Widagdo. (2012). *Masalah dan Tatalaksana Penyakit Anak dengan Demam*. Sagung Seto.
- World Health Organization (WHO). (2020). *Epidemiological Update: Dengue in the context of Covid-19. December*, 1–10.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53174/EpiUpdate3December2020_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Wulandari, D., & Meira Erawati. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Anak*. Pustaka Pelajar.
- Yusep, W. (2020). *3 Kecamatan di Bekasi Justru Rawan DBD di Tengah Transisi PSBB _ Okezone Megapolitan*. Megapolitan.
<https://megapolitan.okezone.com/read/2020/06/25/338/2236436/3-kecamatan-di-bekasi-justru-rawan-dbd-di-tengah-transisi-psbb>

Lampiran 1 Patoflowgram





(Nurarif et al., 2016)

