



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN AN. A DENGAN
DENGUE HAEMORRHAGIC FEVER (DHF)
DI RUANG DAFFODIL RUMAH SAKIT
MITRA KELUARGA
BEKASI TIMUR**

**Disusun Oleh:
TSANIA FITRIA NABILA
201701066**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes MITRA KELUARGA
BEKASI
2020**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN AN. A DENGAN
DENGUE HAEMORRHAGIC FEVER (DHF)
DI RUANG DAFFODIL RUMAH SAKIT
MITRA KELUARGA
BEKASI TIMUR**

**Disusun Oleh:
TSANIA FITRIA NABILA
201701066**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes MITRA KELUARGA
BEKASI
2020**

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Tsania Fitria Nabila

Nim : 201701066

Program studi : Diploma III Keperawatan

Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga

Menyatakan bahwa Makalah Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Pasien An. A dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* di ruang Daffodil Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur” yang dilaksanakan pada tanggal 10 Februari sampai 12 Februari 2020 adalah hasil karya sendiri dan semua sumber yang digunakan sudah saya nyatakan dengan benar.

Bekasi, 27 Mei 2020

Yang membuat pernyataan



Tsania Fitria Nabila

(201701066)

LEMBAR PERSETUJUAN

Makalah Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada An. A dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* di Ruang Daffodil Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur” ini telah disetujui untuk diujikan pada Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji

Bekasi, 27 Mei 2020

Pembimbing Makalah



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

Mengetahui,

Koordinator Program Studi DIII Keperawatan
STIKes Mitra Keluarga



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

LEMBAR PENGESAHAN

Makalah Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada pasien An. A dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* di Ruang Daffodil Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur” yang disusun oleh Tsania Fitria Nabila (201701066) telah diujikan dan dinyatakan LULUS dalam Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji pada tanggal 09 Juni 2020

Bekasi, 15 Juni 2020

Penguji I



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

Penguji II



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

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran ALLAH SWT atas Rahmat dan Karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan Makalah Ilmiah ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Pasien An. A dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* di Ruang Daffodil Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur” sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

Pembuatan Makalah Ilmiah ini ditulis bertujuan agar penulis lebih mengetahui masalah yang terjadi kepada anak. Penulis tidak luput akan yang namanya baik kekurangan maupun kesalahan, maka dari itu penulis meminta maaf dalam pembuatan Makalah Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa masih banyak kesalahan dan penulisan dalam pembuatan Makalah Ilmiah ini, akan tetapi berkat bantuan serta bimbingan dan dorongan dari berbagai pihak sehingga penulis dapat menyelesaikan makalah ini dengan baik. Maka dalam kesempatan yang baik ini penulis mengucapkan banyak terimakasih kepada:

1. Ibu Dr. Susi Hartati, S.Kp.,M.Kep.,Sp. Kep. An selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga serta dosen pembimbing yang telah menyempatkan banyak waktu untuk memberikan bimbingan serta pengarahan yang bermanfaat untuk penulis dalam menyusun penulisan Makalah Ilmiah ini.
2. Ibu Ns. Yeni Iswari, S.Kep.,M.Kep.,Sp.Kep.An selaku dosen penguji yang telah memberikan banyak kesempatan untuk penulis dalam menyelesaikan penyusunan Makalah Ilmiah ini dengan baik.
3. Ibu Ns. Devi Susanti, S.Kep, M.Kep.,Sp.Kep.M.B selaku koordinator Program Studi Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga.
4. Ibu Ns. Latriyanti, S.Kep.,M.Kep selaku dosen pembimbing akademik penulis yang telah meluangkan banyak waktu untuk memberikan motivasi, dorongan serta bimbingan dalam penyusunan Makalah Ilmiah ini.

5. Kepada seluruh staf pengajar yang telah senantiasa memberikan banyak ilmu yang bermanfaat dalam proses pendidikan.
6. Direktur Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur, Kepala ruangan, CM beserta seluruh perawat di ruang Daffodil Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur yang telah membimbing dan memberikan masukan kepada penulis selama penulis melakukan proses asuhan keperawatan.
7. Keluarga penulis tercinta, kepada ayah Agus Rahmat, ibu Irmayanti Indriani, kakak Selvyani Putri Fauzia, dan ade Shabrina Nurfadhillah Adani yang selalu memberikan semangat, doa, dukungan serta motivasi kepada sang penulis.
8. Sahabat penulis No Jaim Club (Selvi, Emmia, Riska dan Diana) yang selalu memberikan semangat dalam penyusunan Makalah Ilmiah ini.
9. Teman dekat penulis (Angelina Tama, Annisa Oktariyani, Eka Arsita, Karin Salsabilla, Seruni Sekar, Suprianto Dodi, Tio Vani, Niken Indraswari) yang selalu memberikan dukungan serta motivasi selama proses pembelajaran di kampus dan penyusunan Makalah Ilmiah Ini.
10. Semua teman-teman angkatan VII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga yang telah memberikan banyak semangat serta bantuan belajar selama proses pembelajaran kepada penulis.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan Makalah Ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna karena keterbatasan pengetahuan dan kemampuan yang dimiliki oleh penulis. Maka dalam kesempatan ini penulis mengharapkan ada saran dan kritik yang sifatnya membangun demi kesempurnaan Makalah Ilmiah ini. Demikian Makalah Ilmiah ini disusun, semoga dapat bermanfaat khususnya bagi penulis, serta menambah wawasan dan pengetahuan bagi semua pembacanya.

Bekasi, 27 Mei 2020

Penulis

DAFTAR ISI

COVER DALAM.....	i
SURAT PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	viii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	3
1. Tujuan Umum	3
2. Tujuan Khusus.....	3
C. Ruang Lingkup.....	4
E. Sistematika Penulisan	4
BAB II TINJAUAN TEORI	
A. Definisi.....	6
B. Etiologi.....	6
C. Patofisiologi	7
1. Proses Penyakit	7
2. Manifestasi Klinis	7
3. Klasifikasi.....	9
4. Komplikasi	10
D. Pemeriksaan Penunjang Laboratorium	12
E. Penatalaksanaan Medis dan Keperawatan	20
F. Konsep Tumbuh Kembang Pada Anak Usia Toddler (1-3 tahun).....	23
G. Pengkajian Keperawatan.....	20
H. Diagnosa Keperawatan	26
I. Intervensi Keperawatan	23

J. Pelaksanaan Keperawatan.....	25
K. Evaluasi Keperawatan.....	26

BAB III TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian.....	27
1. Identitas Pasien.....	27
2. Resume.....	27
3. Riwayat Keperawatan.....	28
4. Riwayat Kesehatan Keluarga.....	28
5. Riwayat Kesehatan Lingkungan.....	32
6. Riwayat Kesehatan Sekarang.....	32
7. Data Fokus.....	36
8. Analisa Data.....	37
B. Diagnosa Keperawatan.....	40
C. Perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi keperawatan.....	41

BAB IV PEMBAHASAN

A. Pengkajian.....	52
B. Diagnosa Keperawatan.....	55
C. Rencana Keperawatan.....	56
D. Implementasi.....	57
E. Evaluasi.....	57

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan.....	60
B. Saran.....	61

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Table 3.1 Analisa Data.....	37
------------------------------------	-----------

DAFTAR LAMPIRAN

A. Lampiran 1: Patoflowdiagram

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan adalah hal yang harus di perhatikan oleh semua orang. Namun tetap saja masih banyak masyarakat yang belum sadar bahwa perilakunya tersebut dapat menyebabkan kesehatannya itu bermasalah misalnya sering menampung air pada wadah yang terbuka tanpa ditutup rapat kebiasaan membuang sampah pada sembarangan tempat, hal ini dapat menjadi tempat pertumbuhan atau perkembangbiakan nyamuk terutama pada nyamuk aedes aegypti yang menyebabkan demam berdarah. *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) atau demam berdarah *dengue* (DBD) merupakan penyakit infeksi akut yang disebabkan oleh virus *dengue* dan ditularkan melalui vektor nyamuk *Aedes Aegypti* dan *Aedes Albopictus*. DBD dapat menyerang orang dewasa maupun anak- anak di bawah 15 tahun (Triwibowo dan Candra widyanto, 2013).

Ada empat serotipe yaitu DEN-1, DEN-2, DEN-3, dan DEN-4. Serotipe DEN-3 merupakan jenis yang sering dihubungkan dengan kasus-kasus yang cukup parah. Infeksi oleh salah satu serotipe ini akan menimbulkan kekebalan terhadap serotipe yang bersangkutan. Tetapi tidak untuk serotipe yang lain. Di daerah endemik DBD, seseorang dapat terkena infeksi semua serotipe virus pada waktu yang bersamaan. Virus berkembang dalam tubuh nyamuk selama 8-10 hari terutama dalam kelenjar air liurnya, dan jika nyamuk ini menggigit orang lain maka virus *dengue* akan dipindahkan bersama air liurnya nyamuk. Dalam tubuh manusia, virus ini akan berkembang selama 4-6 hari dan orang tersebut akan mengalami sakit demam berdarah *dengue* (Triwibowo dan Candra widyanto, 2013).

Menurut data *World Health Organization* (WHO) 2016, secara umum kejadian di Asia Pasifik tercatat 15,2 juta kasus demam berdarah yang terjadi (*Kemenkes Klaim Kasus DBD di Indonesia Sudah Terkendali*, 2018). Kejadian penyakit demam berdarah dengue (DBD) untuk per 1 Februari 2019 sudah tercatat sebanyak 15.132 jiwa dan dengan kasus angka kematian mencapai 145 jiwa di seluruh Indonesia. Direktur Penyakit Tular Vektor dan Zoonotik Kementerian Kesehatan Siti Nadia Tarmizi mengungkapkan untuk provinsi dengan kasus DBD dan kematian akibat DBD paling tinggi saat ini adalah Provinsi Jawa Timur dengan 3.074 kasus dan 52 kematian. Sedangkan untuk kasus DBD di Jawa Barat dengan 2.204 kasus dan 14 meninggal dunia (*Kemenkes Per 1 Februari 2019, ada 15.132 Kasus DBD di Indonesia*, 2019). Dinas kesehatan Kota Bekasi mencatat jumlah kasus demam berdarah dengue (DBD) di wilayahnya pada tahun 2018 terdapat 49 kasus dan pada kasus 2019 meningkat mencapai 75 kasus (*Dinkes Kasus Meningkat, Bekasi Siap Siaga DBD*, 2019).

Secara umum kasus kejadian DBD berdasarkan data rekam medik Rumah Sakit Swasta di Bekasi Timur pada tahun 2019 sampai dengan bulan februari 2020 didapatkan data 1013 kasus DBD dari 15.749 kasus keseluruhan yang ada di Rumah Sakit Swasta. Pada kasus *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) di Ruang Rawat Inap Daffodil berjumlah 136 pasien.

Peran perawat disini sangatlah dibutuhkan baik itu bersifat promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Adapun peran perawat dalam promotif yaitu dengan cara pendidikan kesehatan mengenai *Dengue Haemorrhagic Fever* kepada keluarga pasien. Beberapa metode pengendalian vektor telah banyak diketahui dan digunakan oleh program pengendalian DBD tingkat pusat dan di daerah. Adapun peran perawat dalam preventif yaitu dengan pengendalian lingkungan, metode lingkungan untuk mengendalikan nyamuk antara lain dengan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN),

pengelolaan sampah padat, modifikasi tempat perkembangbiakan nyamuk hasil samping kegiatan manusia. Cara paling efektif dalam mencegah penyakit DBD adalah dengan mengkombinasikan cara-cara atau yang disebut dengan “3M plus”, yaitu menutup, menguras, mendaur ulang. Selain itu juga ada beberapa plus seperti menggunakan kelambu pada waktu tidur, meenyemprot intektisida, memasang obat nyamuk dan memelihara ikan pemakan jentik. Dalam segi kuratif peran perawat yaitu perawat memberikan asuhan keperawatan dengan benar seperti mengukur peningkatan suhu, mengobservasi adanya perdarahan, mengobservasi *intake* dan *output* cairan, mengkaji apakah adanya mual atau muntah, dan memberikan terapi sesuai dengan instruksi dokter. Sedangkan peran perawat dalam rehabilitatif yaitu dengan pemberian tindakan keperawatan untuk mempercepat proses penyembuhan dan menganjurkan kepada keluarga pasien agar rutin untuk mengontrol kesehatan di pelayanan kesehatan terdekat berdasarkan (Sukohar, 2014). Melihat banyaknya angka kejadian DBD yang terjadi saat ini, terlihat pentingnya peran perawat dalam pemberian asuhan keperawatan sehingga dapat membantu proses penyembuhan pasien, maka penulis tertarik untuk mengambil penyakit ini sebagai kasus kelolaan untuk melakukan asuhan keperawatan pada anak dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF).

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum Penulis mampu memahami serta menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Dengue Haemorrhagic Fever*. Serta penulis memperoleh pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan
2. Tujuan Khusus
Dengan dibuatnya makalah Makalah Ilmiah ini diharapkan penulis:
 - a. Mampu melakukan pengkajian keperawatan pada pasien yaitu An. A dengan *Dengue Haemorrhagic Fever*
 - b. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan yang tepat pada pasien yaitu An. A dengan *Dengue Haemorrhagic Fever*

- c. Mampu menyusun perencanaan keperawatan pada pasien yaitu An. A dengan *Dengue Haemorrhagic Fever*
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien yaitu An. A dengan *Dengue Haemorrhagic Fever*
- e. Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada pasien yaitu An. A dengan *Dengue Haemorrhagic Fever*
- f. Mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dengan kasus praktik
- g. Mampu mengidentifikasi faktor-faktor pendukung dan penghambat dalam melakukan asuhan keperawatan serta mampu mencari solusi ataupun alternatif pemecahan masalahnya
- h. Mampu melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan pada pasien yaitu An. A dengan *Dengue Haemorrhagic Fever*.

C. Ruang Lingkup

Penulisan Makalah Ilmiah ini merupakan asuhan keperawatan pada pasien An. A dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* di Ruang Perawatan Daffodil Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur selama tiga hari yaitu pada tanggal 10 Februari 2020 sampai dengan tanggal 12 Februari 2020.

D. Metode Penulisan

Metode dalam penulisan Makalah Ilmiah ini penulis menggunakan metode deskriptif, data rekam medik serta menggunakan metode studi kepustakaan. Dalam metode deskriptif pendekatan digunakan yaitu untuk studi kasus dimana penulis mengelola kasus dengan menggunakan proses asuhan keperawatan, untuk metode studi kepustakaan penulis mencari landasan teori yang diperoleh melalui buku-buku yang sesuai dengan masalah pasien dan melalui media elektronik atau internet, sedangkan data yang diperoleh melalui rekam medik pasien terdiri dari hasil laboratorium, catatan keperawatan, dan catatan dari dokter.

E. Sistematika Penulisan

Dalam penulisan Makalah Ilmiah ini penulis telah membagi bagian-bagian makalah dalam lima bab yang diurutkan secara sistematis dengan susunan sebagai berikut: Bab I Pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan, ruang lingkup, dan sistematika penulisan. Bab II Tinjauan Teoritis yang terdiri dari konsep dasar penyakit seperti pengertian, etiologi, patofisiologi (proses perjalanan penyakit, manifestasi klinis, komplikasi), klasifikasi, terapi, penatalaksanaan medis, konsep tumbuh kembang anak usia toddler, konsep hospitalisasi pada anak usia toddler. Dan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan pada pasien DHF. Bab III Tinjauan Kasus yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Bab IV Pembahasan yang membahas tentang kesenjangan dan kesesuaian antara teori dengan kasus melalui proses keperawatan yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Bab V Penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Definisi

Demam Berdarah Dangué (DBD) adalah suatu infeksi arbovirus akut yang masuk ke dalam tubuh melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*. Penyakit ini lebih sering menyerang anak, remaja, dan dewasa yang ditandai dengan demam, nyeri otot dan sendi. Demam Berdarah Dangué sering disebut pula Dangué Haemoragic Fever (DHF) (Desmawati, 2013).

Demam berdarah dengue (DBD) atau yang disebut dengan *Dangué Haemorrhagic Fever* (DHF) merupakan penyakit infeksi akut yang disebabkan oleh virus dangué lalu ditularkan melalui vektor nyamuk *Aedes aegypti*. DBD dapat menyerang orang dewasa maupun anak-anak di bawah 15 tahun (Triwibowo dan Candra widyanto, 2013).

B. Etiologi

Penyebab DBD adalah virus dangué. Virus ini biasanya mempunyai ukuran diameter sebesar 30 nm dan terdiri dari 4 serotip yaitu dangué (DEN) 1, DEN 2, DEN 3, dan DEN 4. DBD itu disebabkan oleh gigitan nyamuk *Aedes Aegypti* dan *Aedes Albopictus*. Suhu 30°C nyamuk memerlukan waktu selama 8-10 hari untuk menyelesaikan masa inkubasi ekstrinsik dari lambung sampai kelenjar ludah nyamuk. Sebelum demam ini muncul pada penderita yang telah terinfeksi, virus sudah terlebih dahulu berada dalam darah selama kurang lebih 1-2 hari. Selanjutnya selama 4-7 hari dimana penderita berada dalam kondisi viremia. Nyamuk *Aedes Aegypti* punya kebiasaan hinggap pada pakaian yang bergantung di kamar dan mengigit atau menghisap darah pada siang hari dengan waktu puncak gigitan yaitu pukul 09.00-11.00 dan pukul 16.00-17.00 (Triwibowo dan Candra widyanto, 2013)

Vektor utama penyakit DBD adalah nyamuk *Aedes aegypti* (di daerah perkotaan) dan *Aedes albopictus* (di daerah pedesaan). Nyamuk yang menjadi vektor penyakit DBD adalah nyamuk yang menjadi terinfeksi pada saat menggigit manusia yang sedang sakit dan viremia (terdapat virus dalam darahnya). Virus dapat pula ditularkan secara transovarial dari nyamuk ke telur-telurnya. Virus berkembang dalam tubuh nyamuk selama 8-10 hari terutama dalam kelenjar air liurnya, dan jika nyamuk ini menggigit orang lain maka virus dengue akan berpindah bersama air liur nyamuk. Dalam tubuh manusia, virus ini akan berkembang selama 4-6 hari dan orang tersebut akan mengalami sakit demam berdarah dengue. Virus dengue memperbanyak diri dalam tubuh manusia dan berada dalam darah kurang lebih satu minggu (Widoyono, 2011).

C. Patofisiologi

1. Proses Penyakit

Virus dengue akan masuk ke dalam tubuh melalui gigitan nyamuk *Aedes Aegypti* dan kemudian akan bereaksi dengan antibodi dan terbentuklah kompleks virus antibodi dan terbentuklah kompleks antibodi tersebut, dalam sirkulasi akan mengaktifasi sistem komplemen. Biasanya terjadi karena disebabkan oleh suatu aktivitas C3, C5 di lepas ke C3a dan C5a, dua peptide yang berdaya untuk melepaskan histamin dan merupakan mediator kuat menyebabkan meningginya permeabilitas pada dinding pembuluh darah dan bisa menghilangkan plasma melalui endotel dinding itu.

Menurunnya fungsi trombosit dan menurunnya faktor koagulasi (protrombin, faktor V, VII, IX, X dan fibrinogen) dikarenakan terjadinya penurunan trombosit, bisa menyebabkan merupakan faktor penyebab terjadinya perdarahan yang hebat.

Renjatan terjadi secara akut dan untuk mengetahui beratnya penyakit ini dikarenakan meningginya permeabilitas dinding pembuluh darah,

menurunnya volume plasma, terjadinya hipotensi, trombositopenia dan diatesis hemoragik. Renjatan terjadi secara akut.

Nilai hematokrit akan meningkat secara bersamaan biasanya peningkatan yaitu bersamaan dengan hilangnya plasma melalui endotel dinding pembuluh darah dan dengan hilangnya plasma pasien akan mengalami hipovolemik. Apabila tidak teratasi bisa terjadi anoreksi jaringan, asidosis metabolik dan kematian (Desmawati, 2013).

2. Manifestasi Klinis

- a. Demam tinggi selama 5-7 hari
- b. Perdarahan terutama perdarahan bawah kulit seperti: petekie, ekhimosis, hematoma
- c. Epitaksis, hematemesis, melena, hematuri
- d. Mual, tidak ada nafsu makan, muntah, konstipasi
- e. Nyeri otot, tulang sendi, abdomen, dan ulu hati
- f. Sakit kepala
- g. Pembengkakan sekitar mata
- h. Pembesaran limpa, hati, dan kelenjar getah bening
- i. Tanda-tanda renjatan (sianosis, kulit lembab, dan dingin, tekanan darah menurun, gelisah, capillary refill lebih dari dua detik, nadi cepat dan lemah) (Yuliana, 2010).

Menurut (Desmawati, 2013) gejala utama demam berdarah adalah antara lain:

a. Demam

Penyakit yang didahului oleh demam yang mendadak terus menerus berlangsung selama 2-7 hari, naik turun tidak mempan dengan obat antiseptic. Kadang suhu tubuh sangat tinggi sampai 40°C dan dapat terjadi kejang demam. Saat fase demam mulai cenderung dan pasien tampak seakan sembuh, tetapi juga sebagai

awal kejadian syok biasanya hari ketiga dari demam. Hari ke 3, 4, dan 5 adalah fase kritis yang harus di cermati dan pada hari ke 6 dapat terjadi syok, kemungkinan terjadi perdarahan dan kadar trombosit sangat rendah.

b. Muncul tanda-tanda perdarahan

Penyebab perdarahan adalah trombositopenia dan gangguan fungsi trombosit serta koagulasi intravaskular yang menyeluruh. Jenis perdarahan terbanyak adalah seperti uji torniquet positif, petechia, dan perdarahan konjungtiva. Biasanya tanda khas yang ditemukan adalah pethekie.

c. Hepatomegali

Di temukan pada permulaan penyakit, bervariasi dan hanya sekedar dapat diraba sampai dengan 2 cm di bawah lengkungan iga kanan. Derajat pembesar hati tidak sejarjar dengan beratnya penyakit, namun nyeri tekan pada daerah tepi hati, berhubungan dengan adanya perdarahan, pada sebagian kecil kasus di temukan ikterus.

d. Syok

Pada kasus ringan dan sedang semua tanda dan gejala klinis menghilang setelah demam turun. Demam turun disertai dengan keringat, perubahan denyut nadi dan tekanan darah, ujung ekstremitas teraba dingin disertai dengan kongesti kulit. Perubahan ini akibat dari perembesan plasma beberapa saat setelah suhu turun antara hari ke 3 sampai 7 terdapat tanda kegagalan sirkulasi.

3. Klasifikasi

DBD dapat dibagi menjadi 4 tingkatan, yaitu :

- a. Derajat I (ringan) apabila demam terjadi selama 2 sampai 7 hari dan disertai dengan gejala klinis lain dengan manifestasi

- perdarahan paling ringan yaitu dilakukan pengujian *torniquet (rumple leed)* menunjukkan hasil yang positif
- b. Derajat II (sedang) apabila terjadi gejala yang lebih berat dari derajat I di sertai adanya manifestasi perdarahan kulit, epistaksis, perdarahan gusi, hematemesis atau melena
 - c. Derajat III (berat) apabila terjadi gejala kegagalan perdarahan pada perifer biasanya ditandai dengan nadi cepat dan lemah serta adanya penyempitan tekanan nadi atau hipotensi, kulit dingin, lembab serta gelisah
 - d. Derajat IV (berat sekali) apabila terjadi syok berat dengan tensi yang tidak terukur dan nadi tidak dapat teraba (Triwibowo dan Candra widyanto, 2013).

4. Komplikasi

Komplikasi *dengue haemorrhagic fever* antara lain:

a. Perdarahan yang luas

Infeksi virus dengue menyebabkan terbentuknya antigen antibodi yang dapat mengaktivasi sistem komplemen dan juga menyebabkan agregasi trombosit dan mengaktivasi sistem koagulasi melalui kerusakan sel endotel pembuluh darah. Kedua faktor tersebut akan menyebabkan perdarahan pada DBD. Agregasi trombosit terjadi karena adanya akibat dari perlekatan kompleks antigen antibodi pada membran trombosit dan mengeluarkan ADT. Trombosit akan di hancurkan oleh RES, sehingga terjadi trombositopenia, dan akan menimbulkan pengeluaran platelet faktor III dan mengakibatkan sebuah koagulopati konsumtif, ditandai dengan peningkatan FDT, sehingga terjadi penurunan faktor pembekuan. Agregasi trombosit juga mengakibatkan gangguan fungsi trombosit jadi walaupun jumlah trombosit cukup banyak, namun tidak berfungsi dengan baik. Aktivasi koagulasi akan menyebabkan aktivasi faktor Hageman sehingga terjadi aktivasi faktor Hageman maka sistem klinis teraktivasi yang

memicu peningkatan permeabilitas kapiler yang membuat atau mempercepatnya terjadi syok

b. Syok

Infeksi menyebabkan respon antibodi amnestik yang akan terjadi dalam waktu beberapa hari mengakibatkan proliferasi dan transformasi limposit dengan menghasilkan titer tinggi antibodi IgG anti dengue. Di samping itu reflikasi virus ini juga dapat terjadi dalam limposit yang bertransformasi dengan akibat terdapatnya virus dalam jumlah banyak. Terjadilah sistem komplement pelepasan C3a, C5a akibat dari aktivasi C3 dan C5, dan menyebabkan peningkatan permeabilitas dinding pembuluh darah dan merembesnya plasma dari ruang intravaskuler ke ruang ekstra vaskuler. Pada pasien dengan syok berat, volume plasma dapat berkurang sampai lebih 30% dan berlangsung selama 24-48 jam. Merembesnya plasma dapat ditandai dengan adanya peningkatan kadar hematokrit, penurunan kadar natrium dan tepatnya cairan di dalam rongga srose (efusi pleura, asites). Syok yang tidak ditanggulangi dapat menyebabkan asidosis dan anoksia yang dapat berakhir fatal yaitu kematian. Syndrom syok dengue (DSS) seluruh kriteria demam berdarah di sertai kegagalan sirkulasi dengan manifestasi: nadi yang cepat lemah, tekanan darah turun (<20 mmhg), hipotensi, kulit dingin dan lembab serta gelisah

c. Ensefalopati Danguue

Pada umumnya ensefalopati terjadi akibat komplikasi syok yang berkepanjangan dengan perdarahan, tetapi juga dapat terjadi pada DBD yang tidak disertai syok. Pada ensefalopati cenderung terjadi udem otak dan alkalosis

d. Udema paru

Udema paru adalah komplikasi yang mungkin terjadi sebagai akibat pemberian cairan yang berlebihan. Pemberian cairan pada hari ketiga sampai hari kelima harus sesuai panduan yang diberikan, biasanya tidak akan menyebabkan udem paru oleh

karena itu perembesan plasma masih terjadi. Tetapi pada terjadi reabsorpsi plasma dari ruang ekstrasvaskuler, apabila cairan diberikan berlebih (kesalahan terjadi bila hanya melihat penurunan hemoglobin dan hematokrit tanpa memperhatikan hari sakit), pasien akan mengalami distress pernafasan, disertai sembab pada kelopak mata, dan ditunjang dengan gambaran udem paru pada foto rontgen dada. Komplikasi demam berdarah biasanya berasosiasi dengan semakin beratnya bentuk demam berdarah yang dialami, perdarahan dan syok syndrom. Komplikasi paling serius walaupun jarang terjadi adalah dehidrasi, perdarahan, jumlah platelet yang rendah, bradikardi. Efusi pleura disebabkan oleh infeksi virus dengue yang bisa memecahkan membran kapiler dan memungkinkan pengaliran protein plasma dan cairan yang kemudian masuk ke dalam rongga pleura secara cepat dan akumulasi cairan.

e. Penurunan kesadaran

Saat terjadi virus dengue kemudian mengalami replikasi dan terbentuk kompleks virus antibodi yang menyebabkan efek yaitu salah satunya adalah peningkatan permeabilitas kapiler sehingga terjadi penurunan transportasi O₂ ke otak sehingga mengakibatkan penurunan kesadaran (Desmawati, 2013).

D. Penatalaksanaan Medis dan Keperawatan

Penatalaksanaan medis yang pada penyakit *dengue haemorrhagic fever* adalah dugaan infeksi virus dangue yaitu panas 1-2 hari disertai dehidrasi (karena panas, muntah, masukan kurang) atau kejang-kejang, panas 3-5 hari disertai nyeri perut, pembesaran hati, uji torniquet positif/negatif, kesan sakit keras (tidak mau bermain), Hb dan PCV meningkat, panas disertai perdarahan, dan panas disertai dengan renjatan.

Sebelum atau tanpa renjatan:

1. Grade I dan II

a. Oral

- b. Infus cairan RL dengan dosis 75 ml/kgBB/hari untuk anak dengan BB <10 atau 50ml/KgBB/hari, untuk anak dengan BB < 10 kg bersama-sama diberikan minuman oralit, air buah atau susu secukupnya.

Apabila anak tidak suka minum sama sekali sebaiknya jumlah cairan infus yang harus diberikan sesuai dengan kebutuhan cairan penderita dalam kurun waktu 24 jam yang diestimasikan sebagai berikut :

- 1) 100 ml/KgBB/24 jam, untuk anak dengan BB < 25 Kg
- 2) 75 ml/KgBB/24 jam, untuk anak dengan BB 26-30 Kg
- 3) 60 ml/KgBB/24 jam, untuk anak dengan BB 31-40 Kg
- 4) 50 ml/KgBB/24 jam, untuk anak dengan BB 41-50 Kg
- 5) Obat-obatan lain : antibiotika apabila ada infeksi lain, antipiretik untuk anti panas, darah 15 cc/KgBB/hari perdarahan hebat.

2. Grade III

- a. Berikan infus RL 20 ml/kgBB/jam

Apabila menunjukkan perbaikan (tensi terukur lebih dari 80 mmHg dan nadi teraba dengan frekuensi kurang dari 120/menit dan akral hangat) lanjutkan dengan RL 10 ml/KgBB/jam. Jika nadi dan tensi stabil lanjutkan infus tersebut dengan jumlah cairan dihitung berdasarkan kebutuhan cairan dalam kurun waktu 24 jam dikurangi cairan yang sudah masuk dibagi dengan sisa waktu (24 jam dikurangi waktu yang dipakai untuk mengatasi renjatan). Perhitungan kebutuhan cairan dalam 24 jam diperhitungkan sebagai berikut :

- 1) 100 ml/KgBB/24 jam, untuk anak dengan BB < 25 Kg
 - 2) 75 ml/KgBB/24 jam, untuk anak dengan BB 26-30 Kg
 - 3) 60 ml/KgBB/24 jam, untuk anak dengan BB 31-40 Kg
 - 4) 50 ml/KgBB/24 jam, untuk anak dengan BB 41-50 Kg
- b. Apabila satu jam setelah pemakaian cairan RL 20 mL/KgBB/jam keadaan tensi masih terukur kurang dari 80 mmHg dan nadi cepat

lemah, akral dingin maka penderita tersebut memperoleh plasma atau plasma ekspander (dextran L atau yang lainnya) sebanyak 10 mL/KgBB/jam dan dapat diulang maksimal 30 mL/KgBB dalam kurun waktu 24 jam. Jika keadaan umum dilanjutkan cairan RL sebanyak kebutuhan cairan selama 24 jam dikurangi cairan yang sudah masuk dibagi sisa waktu setelah dapat mengatasi renjatan.

- c. Apabila satu jam setelah pemberian cairan RL 10 ml/KgBB/jam keadaan tensi menurun lagi, tetapi masih terukur kurang 80 mmHg dan nadi cepat lemah, akral dingin maka penderita tersebut harus memperoleh plasma ekspander (dextran L atau lainnya) sebanyak 10 mL/KgBB/jam. Dan dapat diulang maksimal 30 mg/KgBB dalam kurun waktu 24 jam (Desmawati, 2013).

E. Konsep Tumbuh Kembang Pada Anak Usia Toddler (1-3 tahun)

1. Pertumbuhan fisik

Tinggi dan berat badan meningkat, yang menggambarkan pertumbuhan mendorong dan melambatkan karakteristik masa toddler, karakteristik toddler dengan menonjolnya abdomen yang diakibatkan karena otot-otot abdomen yang tidak berkembang, bagian kaki berlawanan secara khas terdapat selama masa toddler karena otot-otot kaki harus menopang berat badan tubuh. Tinggi badan, biasanya anak usia toddler ini mengalami kenaikan tinggi badan sekitar 7,5 cm pertahun, biasanya tingginya setengah badan orang dewasa. Berat badan pada anak usia 1-3 tahun bertambahnya mencapai 1,8-2,7 kg per tahun, dan pada anak usia 2 tahun berat badan anak sekitar 12 kg. Lingkar kepala anak pada usia 2 tahun, total kenaikan lingkar kepala adalah 2,5 cm, kemudian kenaikan ini akan bertambah perlahan-lahan sekita 1,5 inchi pertahun sampai dengan usia 5 tahun. Lingkar dada akan terus meningkat ukurannya dan melebihi lingkar kepala, bentuk lingkar dada berubah, diameter transversal dan lateral melebihi diameter antero-posterior, setelah usia 2 tahun lingkar dada melebihi lingkar perut (Muryanani, 2014).

2. Perkembangan pada Anak Usia Toddler

Tahapan-tahapan perkembangan pada anak usia toddler (1-3 tahun) yaitu sebagai berikut :

a. Perkembangan Kognitif

Perkembangan kognitif toddler menurut piager pada tahap pra-operasional. Pra-operasional ditandai dengan adanya pemakaian kata-kata lebih awal dan memanipulasi simbol-simbol yang menggambarkan objek atau benda dan ketertarikan atau hubungan antara mereka, pemikiran atau sifat anak yang aneh menunjukkan bahwa mereka pada umumnya tidak mampu menunjukkan eksploitasi atau jika mereka bisa menunjukkan operation maka keadaannya akan terbatas, mental operations pada tahap ini juga ditandai oleh beberapa hal antara lain : egoisentrisme, ketidakmatangan pikiran/ide/gagasan tentang sebab-sebab dunia di fisik, kebingungan antara simbol dan objek yang mereka wakili, kemampuan untuk fokus pada satu dimensi pada satu waktu dan kebingungan tentang identitas orang dan objek.

b. Perkembangan Bahasa

Anak biasanya bisa mengatakan 300 kata, menggunakan 2 atau 3 suku kata (frase) dan menggunakan kata ganti, biasanya pada periode ini anak mengoceh juga telah berlalu, dan anak lebih banyak belajar bicara, meskipun isyarat banyak digunakan sebagai perlengkapan pembicaraan.

c. Perkembangan Psikososial

Perkembangan psikososial menurut erikson ketakutan dan pola-pola, sosialisasi, bermain, mainan, disiplin, tugas-tugas perkembangan, perkembangan body image. Tahap psikososial menurut erikson : otonomi vs perasaan ragu-ragu. Anak cenderung aktif dalam segala hal, orang tua diajarkan untuk tidak terlalu membatasi ruang gerak serta kemandirian anak. Namun tidak pula untuk terlalu memberikan kebebasan melakukan apapun yang dia mau. Jika anak terlalu diberikan kebebasan mereka akan cenderung

bertindak sesuai yang dia inginkan tanpa memperhatikan baik buruk tindakan tersebut. Jadi, orang tua dalam mendidik anak pada usia ini harus seimbang antara pemberian kebebasan dan pembatasan ruang gerak anak.

d. Perkembangan Keterampilan Motorik

1) Keterampilan Motorik Kasar

Pada keterampilan ini biasanya anak pada usia toddler dengan antara lain anak berjalan menaiki tangga dan menurun tangga satu tahap/langkah setiap kalinya

2) Keterampilan Motorik Halus

Pada keterampilan motorik halus ini biasanya anak usia toddler ini akan meniru gerakan vertikal, menyusun 8 balok ke atas

e. Perkembangan Psikoseksual

Pada fase ini biasanya yang dapat dilaksanakan oleh anak seperti latihan kebersihan, anak senang menahan feses, bahkan bermain-main dengan fesesnya sesuai dengan keinginannya, untuk itu toilet training adalah waktu yang tepat dalam melakukan periode ini, masalah dapat diperoleh pada tahap ini adalah bersifat obsesif (gangguan pikiran) dan impulsif yaitu suatu dorongan membuka diri, tidak rapi, kurang pengendalian diri (Muryanani, 2014).

f. Konsep Hospitalisasi pada Anak Usia Toddler (1-3 tahun)

Hospitalisasi yaitu dimana suatu keadaan yang mengharuskan anak tinggal di rumah sakit, yaitu menjalani terapi dan perawatan karena suatu alasan yang berencana maupun kondisi yang darurat. Tinggal di rumah sakit dapat menimbulkan stress bagi anak-anak, remaja, dan keluarga mereka. Pada anak usia berapa pun biasanya sulit untuk tinggal di rumah sakit dan besar potensi untuk membuat anak stress. Proses hospitalisasi ini dapat dikatakan mengganggu dalam kehidupan anak dan dapat mengganggu perkembangan anak. Ketika anak menjalani perawatan di rumah sakit, mereka mungkin akan menganggap kehilangan teman-teman dan keluarga, mereka juga berpikir di rumah sakit akan merasa bosan dan takut. Anak-

anak mungkin tidak mengerti alasan mereka berada di rumah sakit atau mereka mungkin memiliki keyakinan yang salah tentang apa yang terjadi. Pada fase usia toddler anak-anak terus mengembangkan keterampilan baru. Peluang untuk mengembangkan keterampilan ini mungkin dibatasi oleh penyakit. Rutinitas sehari-hari yang berbeda, seperti pola tidur dan pola makan, dapat berubah saat anak-anak di rumah sakit, anak-anak pada usia ini juga mulai mengembangkan kemampuan kepercayaan mereka. Pengembangan ini kepercayaan bisa terganggu atau sulit di rumah sakit karena adanya banyak orang yang terlibat dengan perawatan anak. Hal tersebut bisa menimbulkan stres pada anak. Stres juga diakibatkan karena anak mulai menyadari bahwa ia berada jauh dari keluarganya. Anak pada usia ini sering takut pada orang asing dan tidak sepenuhnya memahami mengapa mereka berada di rumah sakit. Respons perilaku anak pada usia ini dibagi menjadi tiga tahap, yaitu tahap protes, putus asa, dan pengingkaran (*denial*). Pada tahap protes, respons yang ditunjukkan adalah menangis kuat, menjerit memanggil orang tua atau menolak perhatian yang diberikan orang lain. Sementara itu, pada tahap putus asa, anak sudah bisa mengontrol tangisnya, menjadi kurang aktif dari pada sebelumnya, kurang menunjukkan minat untuk makan dan bermain, terlihat sedih, dan apatis. Anak mulai secara samar menerima perpisahan ketika mencapai tahap pengingkaran. Selain itu, pada tahap akhir ini, anak juga mulai membina hubungan secara dangkal dan mulai terlihat menyukai lingkungan barunya (Mendri & Agus Sarwo Prayogi, 2017).

1. Tahapan Hospitalisasi

Ada tiga tahap yang dilalui pada tahapan Hospitalisasi yaitu :

a) Fase pertama protes

Terjadi ketika anak dipisahkan dari orang tua atau pengasuh utamanya. Fase ini dapat berlangsung dari beberapa jam hingga beberapa hari. Anak biasanya akan bereaksi agresif

terhadap perpisahan ini dan memperlihatkan kondisi yang sangat tertekan dengan cara menangis, mengekspresikan agitasi, dan menolak orang asing yang berusaha memberikan kenyamanan. Anak juga dapat menunjukkan rasa amarah dan berduka yang tidak dapat dihibur

b) Fase kedua putus asa

Anak menunjukkan ketidak berdayaan dengan menarik diri dari orang lain, menjadi diam tanpa menangis, dan memperlihatkan sikap apatis, depresi, ketidaktertarikan dalam permainan serta makanan, dan perasaan sedih secara menyeluruh

c) Fase ketiga ansietas perpisahan

Selama fase ini biasanya anak mulai membentuk mekanisme koping untuk melindungi terhadap nyeri emosional yang berlanjut. Kondisi ini lebih sering terjadi dalam perpisahan jangka panjang. Selama tahap ini, anak menunjukkan ketertarikan terhadap lingkungan, mulai bermain kembali, dan membentuk hubungan superfisial dengan perawat dan anak lain. Jika orang tua kembali, anak akan mengabaikan mereka. Seorang anak dalam fase ansietas perpisahan ini memperlihatkan kepasrahan, bukan kesenangan. Lebih sulit membalik tahap ini, dan keterlambatan perkembangan dapat terjadi.

2. Reaksi Anak

Pada umumnya, anak lebih rentan terhadap efek penyakit dan hospitalisasi karena kondisi ini merupakan perubahan dari status kesehatan dan rutinitas umum mereka. Mereka juga memiliki keterbatasan pemahaman dan mekanisme koping. Untuk itu membantu mereka menyelesaikan stresor yang mungkin terjadi selama waktu ini. Hospitalisasi menciptakan serangkaian peristiwa traumatik dan penuh stres dalam iklim ketidakpastian bagi anak dan keluarga mereka, baik ini

merupakan prosedur elektif yang telah direncanakan sebelumnya ataupun akan situasi darurat yang terjadi akibat trauma. Stresor yang dapat dialami oleh anak terkait dengan hospitalisasi dapat menghasilkan berbagai reaksi. Anak bereaksi terhadap stres hospitalisasi sebelum masuk, selama hospitalisasi, dan setelah pulang.

Selain efek fisiologis masalah kesehatan, efek psikologis penyakit dan hospitalisasi pada anak mencakup ansietas serta ketakutan yang berhubungan dengan keseluruhan proses dan kemungkinan cedera tubuh, bahaya fisik, dan nyeri. Selain itu, anak dipisahkan dari rumah, keluarga, dan teman mereka serta dari berbagai hal yang sudah familiar bagi mereka, yang dapat menghasilkan ansietas perpisahan (distres yang berhubungan dengan pelepasan dari keluarga dan lingkungan yang familiar). Terjadi kehilangan kontrol secara umum terhadap kehidupan dan terkadang emosi serta perilaku mereka. Hasilnya dapat berupa perasaan marah dan bersalah, regresi (kembali ke tahap perkembangan yang sebelumnya), bertingkah rewel, dan mulai mekanisme pertahanan diri yang lain untuk mengatasi efek ini. Strategi koping anak yang khas diuji selama pengalaman ini

3. Reaksi Orang Tua

Melihat anaknya kesakitan adalah hal yang sulit bagi semua orang tua, terutama jika orang tua membantu prosedur dengan memegang anak. Orang tua dapat merasa bersalah karena tidak mencari perawatan lebih dini, orang tua juga dapat memperlihatkan perasaan lain, seperti marah, penyangkalan, depresi, dan kebingungan. Orang tua juga dapat bisa menyangkal bahwa anaknya sakit. Mereka dapat mengekspresikan rasa marah, terutama diarahkan pada staf perawatan, anggota keluarga lain, ataupun pada tuhan. Karena mereka kehilangan kontrol dalam merawat anak, depresi juga dapat terjadi karena kelelahan dan kebutuhan psikologis serta

fisik yang menghabiskan waktu berjam-jam di rumah sakit untuk merawat anak. kebingungan dapat juga terjadi karena berhadapan langsung dengan lingkungan yang tidak familiar atau kehilangan peran ganda, perpisahan dalam jangka panjang, dan peningkatan stress

4. Reaksi Saudara Kandung

Reaksi saudara kandung dari anak yang dihospitalisasi dapat mengalami cemburu, ketidakamanan, penolakan, kebingungan, dan juga ansietas. Mereka mungkin mengalami kesulitan dalam memahami mengapa saudara kandung mereka sakit atau mendapatkan seluruh perhatian, menyisakan sedikit perhatian untuk mereka. Mereka bertanya-tanya apakah saudara kandung mereka akan meninggal atau akan pulang kembali ke rumah. Mereka mungkin khawatir bahwa penyakit saudara kandung mereka akan terjadi juga pada mereka. Kelompok usia tertentu, seperti anak pra-sekolah, dapat merasa bahwa mereka dapat menyebabkan penyakit tersebut. Sedikit informasi atau pemahaman tentang apa yang terjadi, dikombinasikan dengan pemikiran magis dan egosentrik mereka, berkontribusi pada ketakutan bahwa mereka mungkin telah menyebabkan penyakit atau cedera akibat pikiran, harapan, atau perilaku mereka. Jika peran keluarga atau rutinitas berubah secara signifikan, saudara kandung dapat merasa tidak aman ataupun adanya rasa cemas. Mereka dapat mengalami perubahan perilaku atau kinerja sekolah (Kyle, 2014).

F. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan pada pasien dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* antara lain:

1. Identitas pasien

Nama, umur (pada DHF ini biasanya mudah menyerang anak-anak usia yang kurang dari 15 tahun), jenis kelamin, alamat, pendidikan, nama orang tua, pendidikan orang tua, dan pekerjaan

2. Keluhan utama

Alasan/keluhan yang menonjol pada pasien DHF datang ke rumah sakit adalah panas tinggi dan anak lemah

3. Riwayat penyakit sekarang

Adanya keluhan panas mendadak disertai menggigil, pada saat demam kesadaran kompos mentis. Panasakan turun biasanya terjadi pada hari ke-3 dan ke-7, sementara anak semakin lemah., kadang kadang disertai batuk pilek, nyeri telan, mual, muntah, anoreksia, diare/konstipasi, sakit kepala, nyeri otot dan persendian, dan bisa nyeri ulu hati juga 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 Dangué Fever ini, anak bisa mengalami serangan ulang tetapi dengan tipe virus yang lain.

5. Riwayat imunisasi

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

6. Riwayat gizi

Status anak yang menderita Dangué Fever dapat bervariasi. Semua anak dengan status gizi baik, maupun buruk dapat beresiko apabila ada faktor predisposisinya. Pada anak yang menderita penyakit ini sering mengalami keluhan mual, muntah, dan nafsu makan menurun. Apabila kondisi terus berlanjut dan tidak disertai dengan pemenuhan nutrisi yang adekuat maka dapat mengalami penurunan berat badan, sehingga status gizi bisa berkurang

7. Kondisi lingkungan

Sering terjadi pada daerah yang padat penduduknya, lingkungan yang kurang kebersihannya (air yang menggenang) dan gantungan baju di kamar

8. Pola kebiasaan

- a. Nutrisi dan metabolisme, yaitu frekuensi, jenis, pantangan, nafsu makan berkurang/menurun
- b. Eliminasi buang air besar terkadang anak mengalami diare/konstipasi. DHF pada grade III-IV bisa terjadi melena
- c. Eliminasi urin 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 otot dan persendian, sehingga kuantitas dan kualitas tidur, serta istirahat anak berkurang
- 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

Pemeriksaan fisik meliputi inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi dari ujung rambut sampai ujung kaki. Berdasarkan tingkatan (*grade*) DHF, keadaan fisik anak sebagai berikut:

- a. *Grade I*: kesadaran kompos mentis, keadaan umum lemah, tanda vital dan nadi lemah
- b. *Grade II*: adanya perdarahan spontan petekia, perdarahan gusi dan telinga, nadi lemah/kecil, dan tidak teratur kesadaran kompos mentis, keadaan umum lemah,
- c. *Grade III*: kesadaran apatis, somnolen, keadaan umum lemah, nadi lemah, tidak teratur, tensi menurun
- d. *Grade IV*: kesadaran koma, nadi tidak teraba, tensi tidak terukur, pernafasan tidak teratur, ekstremitas dingin, berkeringat dan kulit tampak biru

10. Sistem integumen

- a. Kulit ada petekia, turgor kulit menurun, keringat dingin, dan lembab

- b. Kuku sianosis/tidak
- c. Kepala dan leher
Kepala terasa nyeri, muka tampak kemerahan, mata anemis, hidung kadang mengalami perdarahan/epitaksis (*grade II,II,IV*). Pada mulut ditemukan mukosa mulut kering, perdarahan gusi, kotor, dan nyeri telan. Tenggorokan mengalami hiperemia faring, terjadi perdarahan telinga (*grade II,II,IV*)
- d. Dada
Bentuk simetris, terkadang sesak, pada foto thorax adanya cairan yang tertimbun pada paru sebelah kanan (efusipleura) rales positif, ronchi positif biasanya pada *grade III, IV*
- e. Pada abdomen terdapat nyeri tekan, pembesaran hati, dan asites
- f. Ekstremitas
Akral dingin, nyeri otot, sendi dan tulang (Susilaningrum, Nursalam, Sri Utami, 2013).

F. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada DHF antara lain:

1. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi virus
2. Resiko defisit cairan berhubungan dengan pindahnya cairan di intravaskuler ke ekstrasvaskuler
3. Resiko syok hipovolemik berhubungan dengan perdarahan yang berlebihan, yang pindahnya cairan intravaskuler ke ekstrasvaskuler
4. Resiko gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi yang tidak adekuat akibat mual dan nafsu makan yang menurun.
5. Resiko terjadinya perdarahan berhubungan dengan faktor pembekuan darah
6. Kecemasan berhubungan dengan kondisi pasien yang memburuk dan perdarahan
7. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi (Desmawati, 2013).

G. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada pasien dengan dengue haemorrhagic fever adalah:

1. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi virus *dengue*
 - a. Beri kompres air biasa/kran
 - b. Berikan/anjurkan pasien untuk banyak minum 1500-2000 cc/hari (sesuai toleransi)
 - c. Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang tipis yang mudah menyerap keringat
 - d. Observasi pemasukan dan pengeluaran cairan, tanda vital (suhu, nadi, tekanan darah) tiap 3 jam sekali atau lebih sering
 - e. Kolaborasi : berikan cairan intravena dan berikan obat sesuai program/indikasi.
2. Resiko defisit cairan berhubungan dengan pindahnya cairan di intravaskuler ke ekstrasvaskuler
 - a. Awasi tanda-tanda vital setiap 3 jam
 - b. Observasi capillary refill
 - c. Observasi intake dan output, catat warna urin/konsentrasi, BJ
 - d. Anjurkan untuk minum 1500-2000 ml/hari (sesuai kebutuhan)
 - e. Kolaborasi pemberian cairan intravena.
3. Resiko syok hipovolemik berhubungan dengan perdarahan yang berlebih, pindahnya cairan intravaskuler ke ekstrasvaskuler
 - a. Monitor keadaan umum pasien
 - b. Observasi tanda-tanda vital setiap 3 jam
 - c. Jelaskan pada pasien ataupun pada keluarga tanda perdarahan dan segera laporkan jika terjadi perdarahan
 - d. Kolaborasi pemberian terapi intravena
 - e. Kolaborasi pemeriksaan hemoglobin, PCV, Trombosit.
4. Resiko pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi yang tidak adekuat akibat mual dan nafsu makan menurun.
 - a. Kaji riwayat nutrisi, termasuk makanan yang disukai

- b. Observasi dan catat masukan makanan pasien
 - c. Timbang berat badan setiap hari (bila memungkinkan)
 - d. Berikan makanan sedikit namun sering
 - e. Berikan dan bantu oral hygiene
 - f. Hindari makanan yang merangsang dan mengandung gas
 - g. Kolaborasikan diet yang sesuai dengan kondisi pasien.
5. Resiko terjadi perdarahan berhubungan dengan penurunan faktor pembekuan darah (trombositopenia)
- a. Monitor tanda-tanda adanya penurunan trombosit yang disertai dengan tanda klinis
 - b. Monitor trombosit setiap hari (sesuai instruksi)
 - c. Anjurkan pasien untuk banyak istirahat (bedrest)
 - d. Berikan penjelasan kepada pasien dan keluarga untuk melaporkan jika ada tanda perdarahan seperti: hematemesis, melena, epitaksis
 - e. Antisipasi apakahadanyaperdarahan: gunakan sikat gigi yang lunak, pelihara kebersihan mulut, berikan tekanan 5-10 menit setiap selesai ambil darah.
6. Kecemasan berhubungan dengan kondisi pasien yang memburuk dan perdarahan
- a. Kaji rasa cemas pasien per hari
 - b. Beri kesempatan pada pasien untuk mengungkapkan rasa cemasnya
 - c. Gunakan komunikasi terapeutik
 - d. Libatkan keluarga pasien dalam tindakan yang akan dilakukan
7. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi
- a. Beri kesempatan pada pasien/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, obat-obatan pada pasien dengan bahasa serta kata-kata yang mudah dimengerti (Desmawati, 2013).

H. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan dimana tahap ini sudah adanya rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan untuk merawat bersama pasien. Implementasi juga dilaksanakan sesuai dengan rencana setelah dilakukan validasi dan disamping itu juga dibutuhkan keterampilan interpersonal, intelektual, teknik yang dilakukan dengan cermat dan efisien pada situasi yang tepat dengan selalu memperhatikan keamanan fisik dan psikologis. Setelah selesai implementasi, dilakukan dokumentasi yang meliputi intervensi yang sudah dilakukan dan bagaimana respon pasien (Bararah & Mohammad Jauhar, 2013).

I. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap terakhir untuk sebuah proses keperawatan. Kegiatan evaluasi ini untuk membandingkan hasil yang telah dicapai setelah implementasi keperawatan dengan tujuan yang diharapkan dalam perencanaan.

Perawat mempunyai tiga alternatif dalam menentukan sejauh mana tujuan tercapai yaitu:

1. Berhasil: perilaku pasien sesuai pernyataan tujuan dan waktu atau tanggal yang ditetapkan di tujuan.
2. Tercapai sebagian: pasien menunjukkan perilaku tetapi tidak sebaik yang ditentukan dalam pernyataan tujuan.
3. Belum tercapai: pasien tidak mampu sama sekali menunjukkan perilaku yang diharapkan sesuai dengan pernyataan tujuan (Bararah & Mohammad Jauhar, 2013).

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

Pasien An. A masuk ke Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur pada tanggal 06 Februari 2020 Pukul 19.55 WIB. Pengkajian dilakukan pada tanggal 10 Februari 2020 pukul 08.00 WIB di Ruang Daffodil Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur. Adapun pengkajian terdiri dari:

1. Data Dasar

a. Data biografi

1) Identitas klien

Pasien An. A (2 tahun), lahir di Bekasi, 1 Februari 2018, beragama Islam, jenis kelamin laki-laki, suku bangsa jawa.

2) Identitas orang tua/wali

Ayah pasien bernama Tn. E usia 33 tahun, pendidikan terakhir SMA, bekerja sebagai wiraswasta, beragama islam, suku bangsa jawa. Ibu pasien bernama Ny. S usia 32 tahun, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan sebagai Ibu Rumah Tangga, beragama islam, suku bangsa jawa. Bertempat tinggal di Mustika Walasari blok B.

b. Resume

Pasien An. A (2 tahun) di rawat di ruang Daffodil Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur pasien datang dari poli umum bersama keluarganya pada tanggal 06 Februari 2020 pukul 16.00 WIB dengan keluhan demam dari kemarin sore, rewel, menggigil. Hasil pemeriksaan fisik pada saat pasien datang yaitu keadaan sakit sedang, kesadaran *composmentis*, nadi 110x/menit, suhu 39,4°C, pernafasan pasien menangis, akral hangat, mukosa mulut lembab, turgor kulit elastis. Dilakukan pengambilan sampel darah untuk pemeriksaan laboratorium dan pasien dianjurkan untuk rawat inap, memeriksa hasil laboratorium (trombosit dan NS1Ag): trombosit 147.000 /ul normal (150.000-

450.000)/ul, NS1Ag positif (06 Februari 2020). Masalah keperawatan yang muncul adalah Hipovolemia. Tindakan keperawatan dan kolaborasi yang dilakukan adalah kaji tanda-tanda vital dengan hasil (nadi, RR, S), berikan pasien minum sesuai dengan kebutuhan cairan yaitu meminum susu formula, meminum air putih, pemberian infus. Kaji tanda-tanda hipovolemia : mata cekung, capillary refill >3 detik, akral dingin. Memberikan obat tempra 5 mL via oral. Evaluasi secara umum yaitu suhu pada pasien 38,5°C dan kulit dan masih teraba hangat.

c. Riwayat Keperawatan

1) Riwayat kesehatan masa lalu

a) Masa Antenatal

Ibu pasien mengatakan selama hamil tidak ada mual atau muntah yang berlebihan selama masa kehamilan, tidak ada perdarahan pervaginam selama masa kehamilan, tidak ada riwayat anemi selama masa kehamilan, tidak ada penyakit infeksi selama masa kehamilan, tidak ada riwayat pre eklamsia pada masa kehamilan, dan tidak mengalami gangguan kesehatan selama masa kehamilan. Pemeriksaan kehamilannya tidak rutin, di periksa oleh dokter, tempat pemeriksaannya di Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur, dan sudah melakukan imunisasi TT sebanyak 2 kali.

b) Masa Natal

Ibu pasien mengatakan usia kehamilan An. A adalah 39 minggu, persalinannya normal, keadaan An. A pada saat lahir sehat, menangis kuat, BB An. A pada saat lahir yaitu 3200 dengan PB 51 cm, pengobatan An. A pada saat lahir yaitu imunisasi HB 0 dan imunisasi Vitamin K.

c) Neonatal

An. A tidak mengalami cacat konginetal, ikterus, kejang, paralisis, perdarahan, trauma persalinan, penurunan BB, An. A

diberikan ASI Eksklusif selama 6 bulan, dan An. A mulai pemberian MPASI sejak usia 7 bulan.

2) Riwayat Pertumbuhan dan Perkembangan

Pada An. A tidak mengalami gangguan dalam proses tumbuh kembangnya, An. A sudah bisa duduk pada usia 7 bulan.

a) Penyakit yang pernah diderita

Ibu pasien mengatakan pasien biasanya kalau sakit hanya batuk, pilek dan demam biasa saja

b) Pernah dirawat di Rumah Sakit

Ibu pasien mengatakan An. A belum pernah dirawat sama sekali, baru kali ini dirawat.

c) Obat-obatan

Ibu pasien mengatakan An. A tidak diberikan obat apa-apa kalau tidak sakit. Kalau sakit hanya di kasih paracetamol.

d) Tindakan (misalnya : operasi)

Ibu pasien mengatakan An. A tidak pernah dioperasi sebelumnya.

e) Alergi

Ibu pasien mengatakan An. A tidak memiliki alergi apapun baik obat-obatan maupun pada makanan.

f) Kecelakaan

Ibu pasien mengatakan An. A tidak memiliki riwayat kecelakaan.

g) Imunisasi

Ibu pasien mengatakan pasien pada usia satu hari mendapatkan imunisasi hepatitis, pada usia satu bulan mendapatkan imunisasi BCG dan polio I, pada saat usia 2 bulan ibu pasien mengatakan An. A mendapatkan imunisasi DPT I, polio II dan hepatitis, pada saat usia 3 bulan An. A mendapatkan imunisasi DPT II, polio III, dan hepatitis, pada usia 4 bulan An. A mendapatkan imunisasi DPT III, polio IV dan hepatitis. Tetapi pada saat imunisasi campak ibu pasien mengatakan tidak mendapatkannya dikarenakan An. A sakit jadi tidak mendapatkan imunisasi campak.

h) Kebiasaan sehari-hari

a. Pola pemenuhan nutrisi

Ibu pasien mengatakan tidak ada masalah dalam pemenuhan nutrisi pada anaknya, anak mulai diberikan makanan pendamping ASI saat usia 7 bulan dengan cara disuapin

b. Pola tidur

Ibu pasien mengatakan An. A alau tidur siang hari biasanya 3-4 jam dan pada malam hari biasanya tidur 8-9 jam. Tidak kelainan pada waktu An. A tidur, tidak ada kebiasaan pada saat anak tidur, biasanya kebiasaan kalau An. A nyaman pada saat tidur yaitu mengisap dot

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

Ibu pasien mengatakan An. A menyukai hobi bermain mobil-mobilan

d. Pola kebersihan diri

Ibu pasien mengatakan anaknya mandi 2 kali dalam sehari menggunakan sabun dan dibantu oleh ibunya, An. A biasanya sikat gigi 2 kali sehari setiap kali mandi tetapi tidak menggunakan pasta gigi karena setelah berkumur bukannya di buang tetapi ditelan jadinya tidak menggunakan pasta gigi dan dibantu oleh ibunya. An. A keramas 3 kali dalam seminggu menggunakan shampo dan dibantu oleh ibunya dan dalam berpakaian juga dibantu oleh ibunya.

e. Pola eliminasi

Ibu pasien mengatakan An. A BAB 1-2 hari sekali, kadang pada pagi hari kadang pada sore hari dengan warna kuning kecoklatan, konsistensi lembek, dengan bau khas feses, BAB biasanya menggunakan pampers, selama BAB pasien tidak ada keluhan dan pasien tidak menggunakan obat pencahar, dan tidak ada kebiasaan pada saat BAB. Ibu pasien mengatakan biasanya BAK 6-7 kali sehari, warna kuning jernih, ibu pasien mengatakan tidak ada keluhan jika An. A

ingin BAK, dan anak terkadang masih sering mengompol pada saat malam hari.

f. Kebiasaan lain

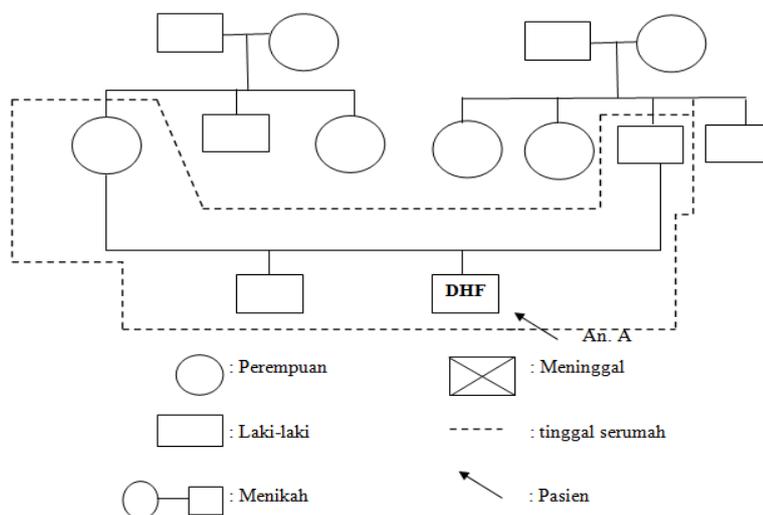
Ibu pasien mengatakan tidak ada kebiasaan menggigit jari, menggigit kuku, menghisap jari, memperlakukan genital, dan mudah marah. Kebiasaan pasien yaitu hanya menghisap dot.

g. Pola asuh

Ibu pasien mengatakan semenjak anaknya bayi sampai sekarang diasuh oleh ibunya.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Susunan keluarga (genogram 3 generasi hanya pada kasus-kasus tertentu)



1) Riwayat penyakit keluarga

Ibu pasien mengatakan keluarga pasien tidak memiliki riwayat penyakit.

2) Koping keluarga

Ibu pasien mengatakan kalau keluarganya ada yang sakit biasanya dibawa ke klinik terdekat.

3) Sistem nilai

Ibu pasien bahwa dikeluarganya tidak ada hal yang bertantangan dari nilai kepercayaan tentang kesehatan.

4) Spiritual

Ibu pasien mengatakan kalau tidak ada hal yang bertentangan dari agama tentang kesehatan.

e. Riwayat kesehatan lingkungan (*hubungan dengan penyakit*)

Ibu pasien mengatakan pada saat An. A sebelum sakit kemarin lingkungannya mengalami banjir dan hujan terus menerus terjadi disekitar lingkungannya banyak genangan air, dan air di selokan tidak lancar dan keluarga biasa selalu menggantung baju bekas pakai dirumah.

1) Riwayat kesehatan sekarang

a) Riwayat penyakit sekarang

Ibu pasien mengatakan An. A mulai sakit pada tanggal 05 Februari 2020 dengan keluhan demam anaknya naik turun, pada saat dilakukan pengukuran suhu dirumah 37,5°C dan diberikan obat paracetamol syrup dan demam pada An. A datang secara mendadak.

b) Pengkajian fisik secara fungsional

1) Data klinik

Data subjektif : ibu pasien mengatakan kalau anaknya demamnya masih naik turun.

Data objektif : suhu 37,5°C, nadi 115x/menit, pernafasan 23x/menit, kesaran *composmentis*.

2) Nutrisi dan metabolisme

Data subjektif : ibu pasien mengatakan anaknya masih mau makan, BB anak sebelum sakit 14 Kg, anaknya mendapatkan diit tim + pepaya, makan 3 kali sehari, minum 7-8 kali perhari dengan jumlah minum kurang lebih 600 ml menggunakan botol aqua dan minum susu formula 3-4 kali sehari dengan botol susu ukuran 100 cc dan selalu habis, anak mengalami mual tetapi tidak muntah, dan anak tidak mengalami dysphalgia.

Data objektif : mukosa mulut lembab, warna merah muda, tidak ada lesi, mukosa bibir lembab, tidak adanya kelainan palatum , tidak ada iritasi pada bibir, tidak ada iritasi pada gusi, dan tidak ada lesi pada lidah. Gigi sudah lengkap hanya tinggal gigi geraham ujung, tidak ada karang gigi dan tidak ada karies pada giginya. Turgor kulit elastis, tekstur kulit baik dan tidak ada lesi, kulit berwarna kuning langsung, An. A tidak tampak menggunakan alat bantu makan berupa sonde/NGT.

3) Respirasi/sirkulasi

Data subjektif : ibu pasien mengatakan An. A tidak ada sesak nafas, dan tidak ada batuk.

Data objektif : suara nafa vesikuler, RR: 23x/menit, nadi 115x/menit tampak tidak ada batuk, tidak terpasang otot bantu nafas dan cuping hidung, tidak ada ikterus, tidak ada sianosis, tidak ada udem, tidak ada palpitasi, pengisian kapiler <3 detik, dan temperatur suhu 37,5°C.

4) Eliminasi

Data subjektif : ibu pasien mengatakan anaknya tidak ada kembung, tidak ada sakit/nyeri, pasien belum BAB selama di rumah sakit. Pasien menggunakan pempers kurang lebih dalam sehari 8-9 kali sehari mengganti pempers.

Data objektif : pada abdomen An. A tidak tampak lemas, tidak tampak kaku/tegang, tidak tampak kembung, bising usus tidak terkaji, lingkaran perut 23 cm. BAK tampak warna kuning jernih, dengan bau khas, pasien tidak terpasang kateter, tidak ada iritasi, tidak ada atresia ani, dan tidak ada prolaps.

5) Aktivitas/latihan

Data subjektif : ibu pasien mengatakan untuk tingkat pertahanan dan kekuatan otot pada An. A baik dengan ekstremitas atas 5555/5555. Dan ekstremitas bawah 5555/5555, untuk kemampuan memenuhi kebutuhan sehari-

hari biasanya dibantu oleh ibunya, dan tidak ada kekakuan pergerakan ataupun rasa nyeri pada sendi.

Data objektif : untuk keseimbangan jalan normal, kekuatan untuk menggenggam tangan kiri dan tangan kanannya baik, untuk bentuk kaki normal, tidak terdapat kelemahan otot, dan tidak ada kejang.

6) Sensori persepsi

Data subjektif : ibu pasien An. A mengatakan pendengaran, penglihatan, penciuman, perabaan dan pengecapan pada An. A tidak ada gangguan dan tidak ada masalah.

Data objektif : untuk reaksi terhadap rangsangan baik, orientasinya baik, pupil isokor, konjungtiva/warna ananemis, pendengaran dan penglihatan tidak ada gangguan, dan pasien tampak tidak memakai kaca mata.

7) Konsep diri

Data subjektif : ibu pasien mengatakan bahwa penyakit tersebut mempengaruhi pasien dikarenakan pasien bermainnya jadi terbatas tidak seperti biasanya.

Data objektif : kontak mata pasien positif, postur tubuh pasien baik dan perilaku pasien kooperatif.

8) Tidur/istirahat

Data subjektif : ibu pasien mengatakan tidak ada masalah pada tidur anaknya.

Data objektif : tidak adanya tanda-tanda pasien kurang tidur seperti adanya kantung mata ataupun lingkaran hitam di bawah mata.

9) Seksualitas/reproduksi

Data subjektif : ibu pasien mengatakan An. A tidak ada keluhan selama BAK

Data objektif : tidak terkaji.

f. Dampak hospitalisasi

Data subjektif : ibu pasien mengatakan cemas terhadap anaknya, dan mengatakan jika anaknya tidak takut dengan perawat yang tidak membawa obat, jika anaknya minum obat rewel dan mengamuk karena tidak ingin diberikan obat.

Data objektif : pada saat perawat datang pasien tidak menangis, pasien tampak kooperatif, tetapi jika perawat membawa obat dan pasien mengetahui disitu pasien menangis dan mengamuk karena tidak ingin diberikan obat.

g. Tingkat pertumbuhan dan perkembangan saat ini

Pertumbuhan : BB pada An. A 14 Kg, TB 85 cm, LK

Perkembangan :

Motorik kasar : ibu pasien mengatakan anaknya perlahan-lahan sudah bisa menaiki tangga dan turun tangga sendiri

Motorik halus : ibu pasien mengatakan pada saat diberikan diberikan mainan kotak kubus, sudah bisa menyusun ke atas dan sudah bisa mencorat-coret kertas menggunakan pulpen

Bicara dan bahasa :

Sosialisasi dan kemandirian : ibu pasien mengatakan anaknya sudah bisa memakai bajunya yang akan dikenakan dan ibu pasien mengatakan anaknya sudah mampu menyuap diri sendiri atau menyendoki diri dengan mulut.

h. Pengetahuan dan pemahaman keluarga tentang penyakit dan perawatan anak

Data subjektif : keluarga mengatakan penyakit ini disebabkan oleh nyamuk dan biasanya nyamuk ini tumbuh di ruang lingkup yang lembab dan yang banyak digenangan air, biasanya nyamuk ini adanya pada musim hujan, tanda dan gejalanya jika terkena nyamuk ini adalah demam, pengobatan yang diberikan adalah pemberian obat paracetamol syrup

Data objektif : keluarga tampak mengetahui saat ditanya tentang penyakit DHF.

i. Pemeriksaan penunjang

1. Pemeriksaan darah lengkap

Biasanya pada pemeriksaan darah lengkap pasien yang mengalami penyakit DHF akan menunjukkan kelainan pada hematokrit (hematokrit naik hingga 20% atau lebih), dan trombosit akan mengalami penurunan ($100.000/mm^3$).

2. Pemeriksaan *Dengue Blood* (metode rapid)

Untuk melihat antibodi igG dan igM. Pemeriksaan igG itu untuk melihat infeksi pertama kalinya pada pasien yang terkena DHF. Pemeriksaan igM untuk melihat infeksi kedua kalinya pasien terkena DHF. Nilai normal (-)

3. Pemeriksaan NS 1

Untuk melihat antigen. Nilai normal (-)

4. Pemeriksaan *Rumple Leed Tes* (*torniquet test*)

Rumple leed tes adalah salah satu pemeriksaan yang mudah dan cepat untuk menentukan apakah demam berdarah atau tidak (Desmawati, 2013).

Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 06 Februari 2020 hematologi berupa hemoglobin 11,5 g/dl normal (10,5-14,0), leukosit 12,520/ul normal (6000-14.000), hematokrit 34 vol% normal (32-42), trombosit 147.000/ul (abnormal) normal (150.000-450.000), eritrosit 5,23 juta/ul normal (3,80-5,40). Nilai eritrosit rata-rata berupa MCV 72 fl normal (72-88), MCH 24 pg normal (24-30), MCHC 34% normal (32-36), Imuno serologi infeksi lain NS1Ag positive.

Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 10 Februari 2020 hasil pemeriksaan hematologi berupa hemoglobin 10,5 g/dl normal (10,5-14,0), leukosit 10,1250/ul normal (6000-14.000), hematokrit 32 vol% normal (32-42), trombsit 120.000 (abnormal) normal (150.000-

450.000), eritrosit 4,73 juta/ul normal (3,80-5,40). Nilai eritrosit rata-rata berupa MCV 74 fl normal (72-88), MCH 25 pg normal (24-30), MCHC 33% normal (32-36).

Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 12 Februari 2020 hasil pemeriksaan hematologi berupa hemoglobin 11,4 g/dl normal (10,5-14,0), leukosit 6,420 /ul normal (6000-14.000), hematokrit 35 vol% normal (32-42), trombosit 132.000 (abnormal) normal (150.000-450.000), eritrosit 5,27 juta/ul normal (3,80-5,40). Nilai eritrosit rata-rata berupa MCV 77 fl normal (72-88), MCH 24 pg normal (24-30), MCHC 33% normal (32-36).

j. Penatalaksanaan medis

Pasien mendapat terapi infus KA-EN 3A 1000 cc/24 jam, obat isoprinosin 3x3 mL (antivirus), ottopan 4x1 cth (demam), propiretic 100 mg (demam)..
diit tim + pepaya.

2. Data Fokus

Tanggal 10 Februari 2020:

Data Objektif : Keadaan umum sakit sedang, kesadaran komposmentis, tanda- tanda vital : nadi 115 x/menit, suhu 37,5°C, pernafasan 23 x/menit, berat badan 14 kg, tinggi badan 85 cm.

a. Kebutuhan fisiologis cairan

Data Subjektif: ibu pasien mengatakan minum 7-8 kali perhari dengan jumlah minum kurang lebih 600 ml menggunakan botol aqua dan minum susu formula 3-4 kali sehari dengan botol susu ukuran 100 cc dan selalu habis, anak mengalami mual tetapi tidak muntah, dan anak tidak mengalami dysphalgia.

Data Objektif: nadi 115x/menit, denyut nadi teraba kuat, suhu 37,5°C, CRT <3 detik, mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis, mata tidak tampak cekung.

Input : oral 1300 cc/24 jam dan infus 1000 cc/24 jam (1300+1000=2300), output : urin 1900 cc/24 jam dan IWL 30-2x14 : 392 cc/24 jam (1900+392= 2292). Balance cairan : 2300 – 2292 : 8 cc/24 jam

Hematokrit: 34 % normal (32-42) (06 Februari 2020)

b. Kebutuhan fisiologis sirkulasi

Data Subjektif: ibu pasien mengatakan An. A tidak ada bintik merah, pasien belum BAB selama di rumah sakit, tidak ada perdarahan pada saat berkumur.

Data Objektif: tidak tampak adanya perdarahan pada gusi, tidak tampak bintik merah/ petekie, tidak adanya lesi pada gusi, nadi 115x/menit, trombosit 147.000/ul (06 Februari 2020)

c. Kebutuhan rasa aman

Data Subjektif: ibu pasien mengatakan An. A demamnya sudah tidak naik turun

Data Objektif: suhu 37,3°C, akral teraba hangat, leukosit 12,520 /ul (06 Februari 2020) dan NS1 Ag positif normal (negative).

d. Kebutuhan rasa nyaman

Data Subjektif: ibu mengatakan jika anaknya tidak takut dengan perawat yang tidak membawa obat, jika anaknya minum obat rewel dan mengamuk karena tidak ingin diberikan obat.

Data Objektif: pada saat perawat datang pasien tidak menangis, pasien tampak kooperatif, tetapi jika perawat membawa obat dan pasien mengetahui disitu pasien menangis dan mengamuk karena tidak ingin diberikan obat.

3. Analisa data

No	Data	Masalah	Etiologi
1	DS : a. Ibu pasien mengatakan An. A minum 7-8x/hr dan 3-4 x/hr minum susu dengan botol susu 100 cc dan biasanya selalu habis	Resiko defisit cairan	Pindahya cairan di intravaskuler ke

	<p>b. Ibu pasien mengatakan An. A kurang lebih 600 ml air putih dalam sehari dan 300-400 cc susu dalam 1 hari</p> <p>c. Ibu pasien mengatakan An. A hanya mual tetapi tidak muntah</p> <p>DO :</p> <p>a. Nadi 115x/menit</p> <p>b. Suhu 37,3 °C</p> <p>c. Mukosa bibir lembab</p> <p>d. Turgor kulit elastis</p> <p>e. input : oral : 1300 cc/24 jam infus : 1000 cc/24 jam</p> <p>f. output : urin 1900 cc/24 jam IWL : 30-2x14 : 392</p> <p>g. balance cairan : 2300 – 2292: 8 cc/24 jam.</p> <p>h. hematokrit : 34 % (normal 32-42) (06 Februari)</p>		ekstravaskuler
2	<p>DS :</p> <p>a. Ibu pasien mengatakan saat di rumah An. A tidak ada perdarahan pada saat berkumur.</p> <p>b. Ibu pasien mengatakan selama di rumah sakit pasien belum BAB, dan tampak seperti bintik merah pada An. A.</p> <p>DO :</p> <p>a. tidak tampak adanya perdarahan di gusi</p> <p>b. tidak ada lesi pada gusi</p> <p>c. tidak tampak bintik merah</p>	Resiko terjadinya perdarahan	Penurunan faktor pembekuan darah

	(petekie) d. nadi 115x/menit e. hematokrit 34% (normal 32-42) (06 Februari 2020)		
3	DS : a. ibu pasien mengatakan anaknya tidak takut pada perawat jika perawatnya tidak membawa obat. b. Ibu pasien mengatakan cemas kepada anaknya DO : a. An. A tampak kooperatif jika perawat datang b. An. A tampak menangis jika ingin diberikan obat c. Ibu pasien tampak selalu mendampingi An. A	Ansietas pada anak dan orang tua	Krisis situasional : dampak hospitalisasi

B. Diagnosa Keperawatan

1. Resiko defisit cairan berhubungan dengan pindahnya cairan di intravaskuler ke ekstrasvaskuler
Tanggal ditemukan : 10 Februari 2020
Tanggal teratasi : belum teratasi
2. Resiko perdarahan berhubungan dengan penurunan faktor pembekuan darah
Tanggal ditemukan : 10 Februari 2020
Tanggal teratasi : belum teratasi
3. Ansietas pada anak dan orang tua berhubungan dengan krisis situasional : dampak hospitalisasi.
Tanggal ditemukan : 10 Februari 2020
Tanggal teratasi : belum teratasi.

C. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan 1: Resiko defisit cairan berhubungan dengan pindahnya cairan intravaskuler ke ekstrasvaskuler

Data subjektif :

Ibu pasien mengatakan An. A minum 7-8x/hr dan 3-4 x/hr minum susu dengan botol susu 100 cc dan biasanya selalu habis. Ibu pasien mengatakan An. A kurang lebih 600 ml air putih dalam sehari dan 300-400 cc susu dalam 1 hari.

Data Objektif :

Nadi 115x/menit, suhu 37,3°C, CRP <3 detik, mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis, hematokrit 34 vol% (06 Februari 2020). Input : oral 1300 cc/24 jam dan infus 1000 cc/24 jam (1300+1000= 2300), output : urin 1900 cc/24 jam dan IWL 30-2x14 : 392 cc/24 jam (1900+392= 2292). Balance cairan : 2300 –2292: 8 cc/24 jam.

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan volume cairan tetap dalam batas normal, tidak ditemukan adanya tanda-tanda dehidrasi.

Kriteria Hasil:

Tanda vital dalam batas normal, tidak ada tanda-tanda dehidrasi (mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis, dan mata tampak tidak cekung), TTV dalam batas normal (suhu 36,7°C-37°C, nadi 80-120x/menit, denyut nadi teraba kuat), kebutuhan cairan pada anak tetap dalam batas normal yaitu dengan rumus berat badan 11-20 kg (1000ml+50ml (14-10)= 1200 cc/24 jam), hematokrit tetap dalam batas normal (32-42 vol%), balance cairan dalam keadaan normal.

Perencanaan Keperawatan

- a. Monitor status dehidrasi (capillary refill, frekuensi nadi, akral, pengisian kapiler, kelembapan mukosa, turgor kulit)
- b. Awasi tanda-tanda vital
- c. Observasi intake dan output, catat warna urin dan hitung balance cairan per 24 jam
- d. Anjurkan untuk minum 1200 ml/hari (sesuai kebutuhan pada anak)
- e. Kolaborasi cairan infus melalui intravena (KA-EN 3A 1000cc/24 jam, 42 tetes/menit, mikro).

Pelaksanaan Keperawatan

Senin 10 Februari 2020

Pukul 09.00 WIB mengobservasi tanda-tanda dehidrasi dengan hasil : capillary refill < 3 detik, turgor kulit elastis, mukosa bibir lembab, akral teraba hangat. **Pukul 09.30 WIB** mengukur tanda-tanda vital dengan hasil : denyut nadi teraba kuat, suhu 37,5°C. **Pukul 10.00 WIB** memonitor cairan infus melalui intravena dengan hasil : aliran infus lancar, tidak ada plebitis, tidak ada tanda-tanda infeksi, tetesan infus 42x/menit. **Pukul 11.30 WIB** menganjurkan orang tua pasien untuk memberikan minum anaknya 1200 cc/24 jam dengan hasil: orang tua pasien mengatakan akan mengikuti saran perawat. **Pukul 12.20 WIB** mengobservasi tanda-tanda dehidrasi dengan hasil : akral teraba hangat, turgor kulit elastis, mukosa bibir lembab. **Pukul 13.30 WIB** Memberikan obat ottopan 100 mg dan propiretic 5 mL dengan hasil: obat berhasil diminum. **Pukul 15.20 WIB** memantau keadaan umum pasien dengan hasil : kesadaran compos mentis, tampak sakit sedang, turgor kulit elastis, mukosa bibir lembab (perawat ruangan). **Pukul 16.00 WIB** mengobservasi tanda- tanda vital dengan hasil : nadi 119x/menit, nadi teraba kuat, suhu 37,1°C, pernafasan 24x/menit (perawat ruangan). **Pukul 17.00 WIB** memonitor cairan infuse melalui intravena dengan hasil : aliran infus lancar, tidak ada plebitis, tidak ada tanda-tanda infeksi (perawat ruangan). **Pukul 19.00 WIB** memberikan obat ottopan 100 mg dan propiretic 5 mL dengan hasil :obat berhasil diberikan (perawat ruangan). **Pukul 22.00 WIB** memantau keadaan umum pasien dengan hasil : kesadaran compos mentis, tampak sakit sedang, turgor kulit elastis, mukosa bibir lembab (perawat ruangan).

Selasa 11 Februari 2020

Pukul 07.00 WIB menghitung balance cairan dengan hasil : (pagi) intake : oral 400cc infus 150 : 550cc, output : urine 350cc (ganti pampers 3 kali : 1 kali ganti pempers 117 cc). (siang) intake : oral 500cc infus 200cc : 700 cc, output : urine 550cc (ganti pempers 2 kali : 1 kali ganti pempers 275 cc). (Malam) intake : oral 450cc infus 150cc : 600 cc, output : urine 450cc (ganti pempers 3 kali : 1 kali ganti pempers 150 cc). IWL : 30-2x14 : 392cc/24 jam. Balance

cairan : 1850-1743 : +108cc/24 jam. **Pukul 09.00 WIB** mengukur tanda-tanda vital dengan hasil : denyut nadi teraba kuat, suhu 37,4°C, nadi 110x/menit. **Pukul 10.00 WIB** memonitor cairan infuse melalui intravena dengan hasil : tidak ada plebitis, aliran infus lancar, tetesan infus 42x/menit, tidak ada tanda-tanda infeksi. **Pukul 10.40 WIB** observasi tanda-tanda dehidrasi pasien dengan hasil: akral teraba hangat, capillary refill < 3 detik, turgor kulit elastis, mukosa bibir lembab. **Pukul 11.20 WIB** menganjurkan orang tua pasien untuk memberikan minum anaknya 1200 cc/24 jam dengan hasil: orang tua pasien mengatakan akan mengikuti saran perawat. **Pukul 14.15 WIB** memonitor cairan infuse melalui intravena dengan hasil : aliran infus lancar, tidak ada plebitis, tetesan infus 42x/menit, tidak ada tanda-tanda infeksi. **Pukul 15.00 WIB** memantau keadaan umum pasien dengan hasil : kesadaran compos mentis, tampak sakit sedang, turgor kulit elastis, mukosa bibir lembab (perawat ruangan). **Pukul 16.00 WIB** mengobservasi tanda- tanda vital dengan hasil : nadi 113x/menit, nadi teraba kuat, suhu 37,5°C, pernafasan 24x/menit (perawat ruangan). **Pukul 17.00 WIB** memonitor cairan infuse melalui intravena dengan hasil : aliran infus lancar, tidak ada plebitis, tidak ada tanda-tanda infeksi (perawat ruangan). **Pukul 21.10 WIB** memantau keadaan umum pasien dengan hasil : kesadaran compos mentis, tampak sakit sedang, turgor kulit elastis, mukosa bibir lembab (perawat ruangan).

Rabu 12 Februari 2020

Pukul 07.00 WIB menghitung balance cairan dengan hasil : (pagi) intake : oral 400cc infus 200cc : 600cc, output : urine 400cc (ganti pampers 2 kali : 1 kali ganti pampers 200 cc). (siang) intake : oral 300cc infus 200cc : 500 cc, output : urine 350cc (ganti pampers 2 kali : 1 kali ganti pampers 175 cc). (Malam) intake : oral 450cc infus 200cc : 650 cc, output : urine 450 (ganti pampers 3 kali : 1 kali ganti pampers 150 cc). IWL : 30-2x14 : 392cc/24 jam. Balance cairan : 1750-(1200+392) : 1750-1592 : +158cc/24 jam. **09.20 WIB** mengukur tanda-tanda vital dengan hasil : denyut nadi teraba kuat, suhu 36,8°C, nadi 100x.menit. **10.15 WIB** memonitor cairan infus melalui intravena dengan hasil : tidak ada plebitis, aliran infus lancar, tetesan infus 42x/menit, tidak ada tanda-

tanda infeksi. **11.30 WIB** observasi tanda-tanda dehidrasi: turgor kulit elastis, akral teraba hangat, mukosa bibir lembab, capillary refill < 3 detik. **13.00 WIB** menganjurkan orang tua pasien untuk memberikan minum anaknya 1200 cc/24 jam dengan hasil: orang tua pasien mengatakan akan mengikuti saran perawat. **14.10 WIB** memonitor cairan infuse melalui intravena dengan hasil : tidak ada plebitis, aliran infus lancar, tetesan infus 42x/menit, tidak ada tanda-tanda infeksi. **15.00 WIB** menghitung balance cairan dengan hasil : (pagi) intake : oral 450 infus 200 : 650, output : urine 450 (ganti pampers 3 kali : 1 kali ganti pampers 150 cc). IWL : 30-2x14 : 392/24 jam. $392 : 3 = 131/8$ jm. Balance cairan : $650-(450+131) = 650-581 = +69/8$ jam.

Evaluasi Keperawatan

Selasa, 11 Februari 2020 pukul 07.00 WIB

Subjektif : ibu pasien mengatakan An. A masih mau minum, dan menggunakan sedotan.

Objektif : keadaan umum An. A sakit sedang, kesadaran compos mentis, akral teraba hangat, mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis, nadi 120x/menit, suhu 37,5°C, pernafasan 22x/menit, balance cairan (pagi) intake: oral 400cc infus 150 : 550cc, output : urine 350cc (ganti pampers 3 kali : 1 kali gantipampers 117 cc). (siang) intake : oral 500cc infus 200cc : 700 cc, output : urine 550cc (ganti pampers 2 kali : 1 kali ganti pampers 275 cc). (Malam) intake : oral 450cc infus 150cc : 600 cc, output : urine 450cc (ganti pampers 3x) : 1 kali ganti pampers 150 cc). IWL : 30-2x14 : 392/24 jam. **Balance cairan : 1850-1743 : +108cc/24 jam.**

Analisa : masalah tidak terjadi, tujuan tercapai

Planning : lanjutkan semua intervensi 1, 2, 3, 4, dan 5.

Rabu, 12 Februari 2020 pukul 07.00 WIB

Subjektif : ibu pasien mengatakan mau minum banyak kurang lebih 1 botol aqua habis (600 mL)

Objektif : keadaan umum An. A tampak sakit sedang, kesadaran compos mentis, akral teraba hangat, mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis, nadi

110x/menit, suhu 37,5°C, pernafasan 21x/menit, (pagi) intake : oral 400 infus 200cc : 600cc, output : urine 400cc (ganti pampers 2 kali : 1 kali ganti pampers 200 cc). (siang) intake : oral 300cc infus 200cc : 500 cc, output : urine 350cc (ganti pampers 2 kali : 1 kali ganti pampers 175 cc). (Malam) intake : oral 450cc infus 200cc : 650 cc, output : urine 450cc (ganti pampers 3 kali : 1 kali ganti pampers 150 cc). IWL : 30-2x14 : 392cc/24 jam. **Balance cairan : 1750-(1200+392) : 1750-1592 : +158cc/24 jam**

Analisa : masalah tidak terjadi, tujuan tercapai

Planning : lanjutkan semua intervensi 1, 2, 3, 4, dan 5.

Rabu, 12 Februari 2020 pukul 15.00 WIB

Subjektif: ibu pasien mengatakan sudah minum susu 2x dan minum air putih 3-4 kali

Objektif: keadaan umum An. A tampak sakit sedang, kesadaran compos mentis, akral teraba hangat, mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis, nadi 110x/menit, suhu 37,4°C, pernafasan 24x/menit, (pagi) intake : oral 450cc infus 200cc : 650cc, output : urine 450cc (ganti pampers 3 kali : 1 kali ganti pampers 150 cc). IWL : 30-2x14 : 392cc/24 jam. $392 : 3 = 131\text{cc}/8\text{ jm}$. **Balance cairan: 650-(450+131) = 650-581 = +69cc/8 jam**

Analisa: masalah tidak terjadi, tujuan tercapai

Planning: lanjutkan semua intervensi 1, 2, 3, 4, dan 5.

Diagnosa Keperawatan 2: Resiko perdarahan berhubungan dengan penurunan faktor pembekuan darah

Data subjektif :

Ibu pasien mengatakan saat di rumah An. A tidak ada perdarahan pada saat berkumur. Ibu pasien mengatakan selama di rumah sakit pasien belum BAB, dan tidak ada bintik merah pada An. A.

Data objektif :

Tidak tampak adanya perdarahan di gusi, tidak ada lesi pada gusi, tidak tampak bintik merah (petekie), nadi 115x/menit, hematokrit 34 % (normal 32-42 vol%) (06 Februari 2020), trombosit 147.000 g/dl (06 Februari 2020)

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan perdarahan tidak terjadi.

Kriteria Hasil :

Tidak ada tanda-tanda perdarahan (epitaksis, melena, hematemesis, petekie), trombosit dalam batas normal (150.000-450.000), nadi dalam batas normal (80-120x/menit), denyut nadi teraba kuat.

Perencanaan Keperawatan :

- 1) Monitor tanda-tanda adanya penurunan trombosit yang disertai dengan gejala klinis
- 2) Monitor trombosit setiap hari (sesuai instruksi)
- 3) Anjurkan keluarga pasien untuk banyak istirahat (besrest)
- 4) Berikan penjelasan kepada keluarga untuk segera melaporkan jika ada tanda-tanda perdarahan
- 5) Antisipasi apakah adanya perdarahan : gunakan sikat gigi yang lunak, pelihara kebersihan mulut, berikan tekanan 5-10 menit setiap selesai ambil darah.
- 6) Kolaborasi pemberian obat Isoprinosin 3x3 mL

Pelaksanaan Keperawatan**Senin 10 Februari 2020**

Pukul 09.00 WIB memonitor hasil laboratorium trombosit 147.000 /ul. **Pukul 10.00 WIB** memberitahu keluarga pasien untuk memantau tanda-tanda perdarahan dengan hasil : tidak ada petekie atau bintik-bintik merah. **Pukul 11.00 WIB** memberitahu keluarga agar pasien untuk banyak istirahat pasien dengan hasil : keluarga pasien mengatakan akan mengikuti anjuran perawat. **Pukul 11.30 WIB** memonitor tanda-tanda perdarahan dengan hasil: tidak tampak adanya perdarahan pada gusi, *epistaksis, melena, hematemesis, dan petekie*. **Pukul 13.00 WIB** memberikan terapi obat isoprinosin 3mL dengan hasil obat berhasil diberikan. **Pukul 16.30 WIB** memantau tanda-tanda perdarahan dengan hasil: tidak tampak adanya perdarahan pada gusi, *epistaksis, melena, hematemesis, dan petekie*. **Pukul 19.20 WIB** perawat

ruangan memberikan terapi obat isoprinosi 3mL dengan hasil obat berhasil diberikan. **Pukul 21.00 WIB** perawat ruangan melakukan pergantian shift dan mengobservasi pasien dengan hasil keadaan umum baik. **Pukul 07.00 WIB** Memberikan dengan hasil obat isoprinosin 3mL dengan hasil: obat berhasil diberikan.

Selasa 11 Februari 2020

Pukul 08.00 WIB memonitor hasil laboratorium trombosit 120.000 /ul. **09.10 WIB** memonitor tanda-tanda perdarahan dengan hasil: tidak tampak adanya perdarahan pada gusi, *epistaksis*, *melena*, *hematemesis*, dan *petekie*. **10.40 WIB** memberitahu keluarga pasien untuk memantau tanda-tanda perdarahan dengan hasil : tidak ada petekie atau bintik-bintik merah. **11.20 WIB** menagnjurkan keluarga pasien agar pasien banyak istirahat dengan hasil : keluarga pasien mengatakan akan mengikuti anjuran perawat. **13.10 WIB** memberikan terapi obat isoprinosin 3 mL dengan hasil obat berhasil diberikan. **Pukul 15.20 WIB** memantau tanda-tanda perdarahan pada pasien dengan hasil tidak ada perdarahan di gusi, badan pasien tidak tampak ada kemerahan, tidak ada bintik-bintik merah (petekie) (perawat ruangan). **19.00 WIB** memberikan terapi obati isoprinosin 3 mL dengan hasil obat berhasil diberikan (perawat ruangan). **21.00 WIB** melakukan pergantian shift dan mengobservasi pasien dengan hasil keadaan umum baik (perawat ruangan). **06. 30 WIB** Memberikan obat isoprinosin 3 mL dengan hasil obat berhasil diberikan (perawat ruangan).

Rabu 12 Februari 2020

Pukul 09.20 WIB memonitor tanda-tanda perdarahan dengan hasil: tidak tampak adanya perdarahan pada gusi, *epistaksis*, *melena*, *hematemesis*, dan *petekie*. **10.00 WIB** memonitor hasil laboratorium trombosit 132.000 /ul. **10.30 WIB** memberitahu keluarga pasien untuk memantau tanda-tanda perdarahan dengan hasil : tidak ada petekie atau bintik-bintik merah. **11.00 WIB** menganjurkan keluarga pasien agar pasien banyak istirahat dengan hasil : keluarga pasien mengatakan akan mengikuti anjuran perawat. **11.30 WIB** memantau keadaan umum pasien dengan hasil pasien tampak sakit sedang

kesadaran *composmentis*, akral pasien teraba hangat, turgor kulit elastis, mukosa bibir lembab, tidak ada perdarahan di gusi, badan pasien tidak ada kemerahan, tidak ada bintik merah. **13.20 WIB** memberikan terapi obat isoprinosi 3 mL dengan hasil obat berhasil diberikan.

Evaluasi Keperawatan

Selasa 11 Februari 2020 Pukul 07.00 WIB

Subjektif: ibu pasien mengatakan An. A tidak ada bintik merah, tidak ada kemerahan dan gusi tidak berdarah.

Objektif: nadi 120x/menit, suhu 37°C, pernafasan 23x/menit, tidak tampak bintik-bintik merah di tubuh pasien, nilai trombosit 120.000/ul

Analisa: Masalah tidak terjadi, tujuan tercapai

Planning: Lanjutkan semua intervensi 1, 2, 3, 4, 5, dan 6.

Rabu 12 Februari 2020 Pukul 07.00 WIB

Subjektif : ibu pasien mengatakan tidak ada mimisan, tidak ada perdarahan di gusi, ibu pasien mengatakan pasien belum BAB, ibu pasien mengatakan tidak ada perdarahan di mukosa mulut.

Objektif: nadi 110 x/menit, suhu 37,5°C, pernafasan 22 x/menit, pasien tidak tampak ada perdarahan di gusi, tidak tampak bintik-bintik merah di badan, hasil laboratorium 120.000/ul.

Analisa: masalah tidak terjadi, tujuan tercapai

Planning: lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5, dan 6.

Rabu 12 Februari 2020 Pukul 15.00 WIB

Subjektif: ibu pasien mengatakan tidak ada perdarahan di gusi, ibu pasien mengatakan pasien belum BAB

Objektif: nadi 115 x/menit, suhu 37,5°C, pernafasan 24 x/menit, pasien tidak tampak ada perdarahan di gusi, tidak tampak bintik-bintik merah di badan, hasil laboratorium 132.000/ul

Analisa: masalah tidak terjadi, tujuan tercapai

Planning: lanjutkan semua intervensi 1, 2, 3, 4, 5, dan 6.

Diagnosa Keperawatan 3: Ansietas pada anak dan orang tua berhubungan dengan krisis situasional : dampak hospitalisasi.

Data Subjektif :

Ibu pasien mengatakan cemas terhadap anaknya dan mengatakan jika anaknya tidak takut dengan perawat yang datang, anaknya hanya menangis jika ada perawat yang membawa obat.

Data Objektif :

An. A tampak kooperatif jika perawat datang, An. A tampak menangis jika ingin diberikan obat, ibunya tampak selalu mendampingi anaknya.

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan ansietas pada anak dan orang tua berkurang.

Kriteria Hasil :

Pasien tetap kooperatif, pasien tidak takut jika perawat membawa obat, berikan, orang tua tidak lagi cemas, orang tua terlibat dalam setiap tindakan medis, dan orang tua selalu mendampingi anaknya.

Perencanaan Keperawatan :

- 1) Kaji rasa cemas orang tua kepada anaknya dan anaknya
- 2) Kesempatan orang tua untuk mengungkapkan rasa cemasnya
- 3) Libatkan orang tua apabila petugas medis akan melakukan tindakan kepada pasien
- 4) Anjurkan orang tua untuk selalu tetap mendampingi anaknya.

Pelaksanaan Keperawatan

Senin 10 Februari 2020

Pukul 09.30 WIB mengkaji rasa cemas orang tua terhadap anaknya dengan hasil : ibu pasien mengatakan cemas terhadap anaknya apalagi jika anaknya ingin diberikan obat, pasti anaknya rewel, mengamuk dan tidak bisa diam.

Pukul 11.00 WIB memberi kesempatan kepada orang tua untuk mengungkapkan rasa cemas terhadap anaknya dengan hasil : ibu pasien mengatakan ingin anaknya cepat pulang agar anaknya bisa bermain kembali dan sakitnya cepat sembuh, agar perasaan menjadi lebih tenang. **Pukul 12.20**

WIB melibatkan orang tua apabila petugas medis akan melakukan tindakan medis dengan hasil : pada saat pemberian obat anak rewel dan tidak bisa diam, ibu pasien tampak mendampingi anaknya setiap pemberian obat. **Pukul 14.00 WIB** menganjurkan orang tua untuk selalu mendampingi anaknya dengan hasil: ibu pasien mengatakan akan selalu mendampingi anaknya dan mengikuti anjuran perawat.

Selasa 11 Februari 2020

Pukul 10.00 WIB mengalihkan perhatian anak dengan bermain dengan hasil: saat anak akan dilakukan pemeriksaan perawat mengajak anak bermain mobil-mobilan. **Pukul 12.00 WIB** memberi kesempatan kepada orang tua untuk mengungkapkan rasa cemasnya dengan hasil: orang tua mengatakan takut jika anaknya kembali terkena penyakit dan dirawat kembali. **Pukul 13.00 WIB** melibatkan orang tua apabila petugas medis akan melakukan tindakan kepada pasien seperti pemberian obat dengan hasil: ibu pasien tampak mendampingi anaknya dan menggendong anaknya saat anak akan diberikan obat. **Pukul 14.15 WIB** mengkaji rasa cemas pada orang tua dan anak dengan hasil: orang tua pasien mengatakan cemas kepada anaknya yang sedang dirawat, anak tampak menangis dan mengatupkan rahangnya jika perawat membawa obat dan memeluk ibunya.

Rabu 12 Februari 2020

Pukul 09.00 WIB mengalihkan perhatian anak dengan bermain dengan hasil: saat anak akan dilakukan pemeriksaan perawat mengajak anak menonton video yang ada di Hp. **Pukul 10.10 WIB** memberi kesempatan kepada orang tua untuk mengungkapkan rasa cemasnya dengan hasil: orang tua mengatakan dirinya belum bisa menjadi orang tua yang baik karena membiarkan anaknya sampai sakit. **Pukul 12.00 WIB** mengkaji rasa cemas pada orang tua dan anak dengan hasil: orang tua pasien mengatakan khawatir terhadap kondisi anaknya yang sedang dirawat, anak tampak menangis, rewel dan mengamuk saat perawat datang membawa obat. **Pukul 13.30 WIB** melibatkan orang tua apabila petugas medis akan melakukan tindakan kepada pasien dengan: hasil

ibu pasien tampak membantu dan mendampingi anaknya untuk memberikan obat kepada anaknya.

Evaluasi Keperawatan

Selasa 11 Februari 2020 pukul 07.00 WIB

Subjektif : ibu pasien mengatakan cemas dan ada rasa takut jika anaknya dirawat di Rumah Sakit apalagi ini baru pertama kalinya An. A di rawat.

Objektif : anak tampak kooperatif jika bertemu dengan perawat, dan anak tampak menangis jika perawat memberikan obat

Analisa : masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai

Planning : lanjutkan intervensi 1, 2, 3, dan 4.

Rabu 12 Februari 2020 pukul 07.00 WIB

Subjektif : ibu pasien mengatakan khawatir apabila anaknya diberikan tindakan, Karena anak selalu mengamuk dan rewel, ibu pasien mengatakan cemas terhadap anaknya

Objektif : anak tampak menangis jika diberikan obat, anak tampak kooperatif dengan perawat.

Analisa : masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapa

Planning : lanjutkan intervensi 1, 2, 3, dan 4.

Rabu 12 Februari 2020 pukul 15.00 WI

Subjektif : ibu pasien mengatakan ada rasa takut kalau kembali terkena penyakit ini, ibu pasien mengatakan anaknya masih susah untuk minum obat.

Objektif : anak tampak kooperatif jika bertemu dengan perawat, dan anak tampak menangis jika perawat memberikan obat.

Analisa : masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai

Planning : lanjutkan intervensi 1, 2, 3, dan 4.

BAB IV

PEMBAHASAN

Ada beberapa kesenjangan antara tinjauan teoritis dengan kasus yang penulis dapatkan selama melakukan asuhan keperawatan dengan *dengue haemorrhagic fever* yang dimulai dari pengkajian sampai evaluasi. Dibawah ini penulis akan menjelaskan beberapa kesenjangannya.

A. Pengkajian

Penyebab terjadinya penyakit *dengue haemorrhagic fever* disebabkan oleh beberapa faktor yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Pada etiologi pasien terkena penyakit *dengue haemorrhagic fever* disebabkan oleh virus dengue yang dibawa oleh nyamuk *Aedes aegypti* atau nyamuk *Aedes albopictus*, untuk faktor predisposisi pasien terkena penyakit *dengue haemorrhagic fever* ini disebabkan oleh faktor lingkungan yang dibuktikan dengan kebiasaan keluarga yaitu selalu menggantung baju bekas pakai dirumah serta lingkungan rumah terdapat banyak genangan air dan selokan air tidak lancar. Faktor presipitasi yang dapat terjadinya penyakit *dengue haemorrhagic fever* karena terjadinya musim hujan dimana pada saat musim hujan nyamuk *Aedes aegypti* atau nyamuk *Aedes albopictus* membutuhkan air yang menggenang untuk berkembangbiak dan menetasakan telurnya.

Pada fase demam 1-3 hari ditemukan tanda-tanda perdarahan ringan (petekie). Tetapi pada kasus tidak ditemukan adanya tanda perdarahan seperti petekie dan pasien saat dikaji sudah hari ke-5. Menurut teori virus dengue akan masuk ke dalam tubuh melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti* dan kemudian akan bereaksi dengan antibodi dan terbentuklah kompleks virus antibody, dalam sirkulasi akan mengaktifasi sistem komplemen. Akibat aaktivasi C3 dan C5 akan melepas C3a dan C5a, dua peptida yang berdaya untuk melepaskan histamin dan merupakan mediator kuat sebagai

faktor meningkatnya permeabilitas dinding pembuluh darah dan menghilangkan plasma melalui dinding endotel.

Menurut teori (Desmawati, 2013), penyakit DHF terjadi perdarahan gusi dan melena yang disebabkan oleh gangguan fungsi trombosit serta koagulasi intravaskular. Sedangkan pada kasus tidak ditemukan adanya tanda-tanda perdarahan karena pasien berada pada derajat I.

Menurut teori (Yuliana, 2010) terdapat kesenjangan pada manifestasi penyakit DHF antara teori dengan kasus, dimana pada teori terdapat beberapa manifestasi klinis pada pasien penyakit *dengue haemorrhagic fever* (DHF) yaitu demam tinggi selama 5-7 hari, perdarahan terutama perdarahan bawah kulit seperti petekie, ekhimosis, hematosi, terjadinya epitaksis, hematemesi, melena, hematuri. Pada kasus tidak ditemukan karena trombosit pasien masih di atas 100.000/ul dan untuk nilai hematokrit pasien masih dalam rentang normal sehingga belum terjadinya kebocoran plasma didalam pembuluh darah. Terjadi mual, muntah, tidak nafsu makan, diare, konstipasi, terjadi nyeri otot, tulang sendi, abdomen, uluh hati, terjadinya sakit kepala, terjadinya pembengkakan sekitar mata, terjadinya pembesaran hati, limpa, kelenjar getah bening, dan terjadinya tanda-tanda renjatan (sianosis, kulit lembab dan dingin, tekanan darah menurun, gelisah, capillary refill lebih dari dua detik, nadi cepat dan lemah). Pada kasus tidak ditemukan karena nilai hematokrit masih rentang normal 35 vol % (normal 32-42 vol%), pasien masih mau minum, dan pasien berada pada derajat I.

Pada klasifikasi penyakit *dengue haemorrhagic fever* dimana derajat penyakit DHF dari derajat I sampai dengan derajat IV. Pada kasus hanya terjadi sampai derajat I saja, hal ini dikarenakan pasien hanya menunjukkan hasil pemeriksaan laboratorium yaitu NS1Ag yang positif, dan tidak ditemukan tanda-tanda renjatan seperti sianosis, tekanan darah menurun,

gelisah, *capillary refill* lebih dari tiga detik, nadi cepat, serta pasien belum terjadi kegagalan sirkulasi (Soedarto, 2012).

Menurut teori (Desmawati, 2013) terjadi perdarahan luas akibat infeksi virus dengue dan menyebabkan terbentuknya antigen-antibodi yang dapat mengaktivasi sistem koagulasi yang melalui kerusakan sel endotel pembuluh darah serta menyebabkan perdarahan pada DBD. Agregasi trombosit terjadi akibat dari perlekatan kompleks antigen antibodi pada membran yang mengeluarkan ADT. Sedangkan pada kasus tidak terjadi perdarahan luas, hal ini dikarenakan pasien masih berada pada klasifikasi derajat I dan masih berada pada sakit ringan.

Menurut teori (Desmawati, 2013) komplikasi DHF terjadi ensefalopati dangue terjadi yang disebabkan oleh syok berkepanjangan ditandai dengan adanya perdarahan. Sedangkan pada kasus pasien tidak terjadi ensefalopati dan dibuktikan pasien tidak mengalami perdarahan dan tidak ditemukan adanya syok hipovolemik yang berkepanjangan.

Menurut teori (Desmawati, 2013), komplikasi penyakit DHF dapat terjadi penurunan kesadaran yang disebabkan oleh replikasi virus dengue yang menyebabkan efek salah satu permeabilitas kapiler yang mengikat sehingga terjadi penurunan transportasi O₂ ke otak, sehingga terjadi penurunan kesadaran. Pada derajat I apabila demam selama 2-7 hari dan disertai dengan gejala klinis lain dengan manifestasi perdarahan paling ringan yaitu dilakukan pengujian *torniquet (rumple leed)* menunjukkan hasil yang positif. Pada derajat II (sedang) apabila terjadi gejala yang lebih berat dari derajat I di sertai adanya manifestasi perdarahan kulit, epitaksis, perdarahan gusi, hematemesis, dan melena. Pada derajat III (berat) apabila terjadi gejala kegagalan perdarahan pada perifer biasanya ditandai dengan nadi cepat dan lemah serta adanya penyempitan tekanan nadi atau hipotensi, kulit dingin, lembab, serta gelisah. Pada derajat IV (berat sekali) apabila terjadi syok berat dengan tensi yang tidak terukur dan nadi tidak

dapat teraba. Sedangkan pada kasus ini pasien masih dalam keadaan sadar dibuktikan tidak adanya tanda-tanda perdarahan, dan hanya menunjukkan hasil laboratorium NS1Ag yang positif, dimana pasien berada pada derajat I.

Terdapat kesenjangan pemeriksaan penunjang antara teori dengan kasus. Menurut teori (Desmawati, 2013), pemeriksaan penunjang demam berdarah yaitu pemeriksaan *Dengue Blood* (metode rapid) untuk melihat antibody IgG dan IgM. Pemeriksaan IgG bertujuan untuk melihat infeksi pada pasien yang pertama kali jika terkena penyakit DHF. Pemeriksaan IgM bertujuan untuk melihat infeksi kedua kalinya pada pasien terkena DHF. Sedangkan pada kasus An. A ini pasien tidak dilakukan pemeriksaan IgG dan IgM dikarenakan An. A telah dilakukan pemeriksaan darah lengkap dan sudah dilakukan pemeriksaan NS1Ag dimana dari hasil pemeriksaan darah lengkap ini trombosit mengalami penurunan dan NS1Ag menunjukkan hasil positif yang menandakan pasien mengalami penyakit DHF.

Menurut teori (Desmawati, 2013) pada pemeriksaan darah lengkap untuk pasien yang menderita penyakit DHF biasanya akan mengalami penurunan pada hematokrit dan trombosit. Sedangkan kasus ini pasien mengalami hanya penurunan pada trombosit (132.000 /ul).

Terdapat pada kasus tetapi tidak dimasukkan kedalam perencanaan. Dimana pada kasus hari pertama melakukan pengkajian penulis memberikan terapi yaitu isoprinosin, ottopan dan propiretic dan untuk hari kedua pengkajian pasien tidak memberikan terapi ottopan dan propiretic lagi ke pasien karena obat diberhentikan oleh dokter. Dibuktikan dengan nilai suhu dalam rentang normal yaitu 36,7°C.

Faktor pendukung yang mempermudah penulis dalam melakukan pengkajian adalah orang tua pasien yang kooperatif dan mau menjawab

semua pertanyaan yang ditanyakan oleh penulis dan data sudah lengkap baik dari rekam medis maupun dari data orang tua pasien sehingga memudahkan penulis untuk melakukan pengkajian.

B. Diagnosa keperawatan

Pada diagnosa ini penulis mendapatkan kesenjangan yaitu pada teori ada 7 diagnosa sedangkan yang penulis angkat pada kasus ada 3 diagnosa. Berikut penulis jelaskan beberapa diagnosa keperawatan menurut (Desmawati, 2013) tidak diangkat pada kasus yaitu: Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi virus, diagnosa ini tidak diangkat karena pada saat pengkajian kondisi pasien tidak ada demam dan data yang didapatkan penulis tidak mendukung, suhu saat pengkajian adalah 37,5°C. Resiko syok hipovolemik berhubungan dengan perdarahan yang berlebihan, pindahnya cairan intravaskuler ke ekstrasvaskuler, tidak diangkat karena data tidak mendukung dan pasien tidak ada tanda-tanda syok dan nadi pasien normal dan tidak ada perdarahan yang terjadi pada pasien. Resiko gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi yang tidak adekuat akibat nafsu makan yang menurun. Diagnosa ini tidak diangkat karena pada saat pengkajian pasien masih mau makan dan masih mau minum, tidak ada muntah, nafsu makan baik. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi, tidak diangkat karena orang tua pasien sudah mengerti tentang DBD disebabkan oleh gigitan nyamuk dan bagaimana cara pencegahan DBD dengan cara 3M.

Diagnosa prioritas menurut (Desmawati, 2013) adalah hipertermi berhubungan dengan proses infeksi virus dangue, sedangkan pada kasus diagnosa prioritas yaitu resiko hipovolemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler karena datanya mendukung diangkat diagnosa ini. Alasan penulis mengangkat diagnosa ini yaitu pasien masih mau minum, keadaan umum pasien tampak sakit sedang, kesadaran *composmentis*, akral teraba hangat, denyut nadi teraba kuat, turgor kulit

elastis, mukosa bibir lembab, tidak tampak cekungan pada mata, *balance* cairan dalam 24 jam pada hari Selasa yaitu +158cc/24 jam.

Faktor pendukung dalam merumuskan diagnosa keperawatan yaitu tersedianya referensi yang relevan serta data-data yang mendukung untuk menegakkan diagnosa keperawatan kepada pasien. Faktor penghambat dalam menentukan diagnosa keperawatan dikarenakan penulis mengalami kesulitan untuk merumuskan diagnosa yang muncul pada kasus tetapi tidak muncul pada teori, sehingga penulis harus mencari sumber-sumber yang relevan. Solusi yang dilakukan penulis adalah mencari data-data yang dapat menguatkan serta yang dapat menegakkan diagnosa keperawatan.

C. Rencana keperawatan

Berdasarkan teori yang ada diagnosa prioritas dengan DHF yaitu hipertermi berhubungan dengan proses infeksi virus *dangue*. Sedangkan diagnosa prioritas pada kasus yaitu resiko defisit cairan berhubungan dengan pindahnya cairan di intravaskuler ke ekstrasvaskuler. Pada tahapan perencanaan terdapat kesenjangan pada teori dan kasus yaitu tujuan dalam teori tidak mempunyai batasan waktu, tetapi dalam kasus An. A penulis mencantumkan batasan waktu yaitu 3x24 jam sebagai tolak ukur tercapainya tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien.

Intervensi pada diagnosa resiko defisit cairan berhubungan dengan pindahnya cairan di intravaskuler ke ekstrasvaskuler yang dilakukan pada kasus tetapi tidak ada dalam teori yaitu memonitor hasil laboratorium setiap hari karena hasil pemeriksaan hasil laboratorium sesuai instruksi medis seperti nilai hematokrit dan trombosit dapat mempengaruhi ketidakseimbangan cairan dalam tubuh apabila mengalami naik turun.

Dalam penentuan perencanaan keperawatan, penulis mengalami kesulitan untuk merumuskan perencanaan keperawatan yang muncul pada kasus tetapi tidak muncul pada teori, sehingga penulis harus mencari sumber-sumber yang

berkaitan dengan kondisi pasien. Faktor pendukung dalam merumuskan perencanaan keperawatan yang muncul yaitu tersedianya referensi yang relevan serta data-data yang mendukung untuk menentukan perencanaan keperawatan pada pasien. Solusi yang dilakukan adalah mencari referensi terbaru dan relevan yang sesuai dengan kondisi pasien.

Terdapat beberapa tambahan kriteria hasil pada kasus, yaitu pada kasus kriteria hasil disusun berdasarkan kriteria *specific measurable, achievable, reasonable, and time* (SMART). Hal ini ditambahkan untuk memudahkan penulis mengukur kriteria hasil yang ingin dicapai.

D. Pelaksanaan

Pada tahap pelaksanaan ada beberapa diagnosa keperawatan yang sudah sesuai dengan perencanaan keperawatan, yaitu diagnosa risiko defisit cairan berhubungan dengan pindahnya cairan di intravaskuler ke ekstrasvaskuler dan ansietas pada anak dan orang tua berhubungan dengan krisis situasional: dampak hospitalisasi. Pada diagnosa resiko perdarahan berhubungan dengan penurunan faktor pembekuan darah ada tahapan pelaksanaan yang tidak dilakukan pada kasus yaitu faktor pembekuan darah yaitu antisipasi apakah adanya perdarahan : gunakan sikat gigi yang lunak, pelihara kebersihan mulut, berikan tekanan 5-10 menit setiap selesai ambil darah tidak di angkat dikarenakan pasien tidak sikat gigi dan jika pasien sikat gigi air kumurnya bukannya dibuang tetapi ditelan jadi ibu pasien tidak menyarankan anaknya untuk sikat gigi

Faktor pendukung dalam melakukan implementasi antara lain: keluarga pasien selalu kooperatif mau menerima tindakan serta anjuran yang diberikan oleh penulis dan membantu penulis untuk memberikan obat kepada pasien dengan cara menggendong pasien. Pada pasien juga tampak kooperatif dengan penulis. Tetapi ada juga faktor penghambat yang dialami salah satunya pasien menangis dan mengatupkan mulutnya dalam pemberian obat. Solusi yang penulis lakukan dalam menanggapi hal tersebut yaitu dengan mengalihkan perhatian pasien dengan cara bermain ataupun

dengan cara menonton video serta melibatkan keluarga pasien jika ingin melakukan tindakan kepada pasien seperti pada saat pemberian obat.

E. Evaluasi

Pada tahap ini ada sedikit kesenjangan yang didapatkan yaitu seperti halnya pada tahap implementasi yang tidak lain karena keterbatasan waktu. Walaupun demikian evaluasi tetap berjalan dengan lancar dan penulis melakukan evaluasi dalam rentang waktu per 24 jam yaitu evaluasi pada pagi hari. Berikut hasil evaluasi pada hari terakhir pada tanggal 12 Februari 2020:

1. Diagnosa pertama resiko defisit cairan berhubungan dengan pindahnya cairan di intravaskuler ke ekstrasvaskuler dengan akhir masalah tidak terjadi tujuan tercapai. Hal ini dibuktikan dengan ibu pasien mengatakan ibu pasien mengatakan sudah minum susu 2x dan minum air putih 3-4 kali, keadaan umum An. A tampak sakit sedang, kesadaran compos mentis, akral teraba hangat, mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis, nadi 110x/menit, suhu 37,4°C, pernafasan 24x/menit, (pagi) intake : oral 450cc infus 200cc : 650cc, output : urine 450cc (ganti pampers 3 kali : 1 kali ganti pempers 150 cc). IWL : 30-2x14 : 392cc/24 jam. $392 : 3 = 131\text{cc}/8 \text{ jm}$. Balance cairan : $650 - (450 + 131) = 650 - 581 = +69\text{cc}/8 \text{ jam}$.
2. Diagnosa kedua resiko terjadi perdarahan berhubungan dengan penurunan faktor pembekuan darah dengan akhir masalah tidak terjadi tujuan tercapai. Hal ini dibuktikan ibu pasien mengatakan tidak ada tanda-tanda perdarahan seperti perdarahan pada gusi dan pasien belum BAB, nadi 115x/menit, tidak tampak adanya perdarahan di gusi, tidak tampak bintik-bintik merah di badan, hasil laboratorium : trombosit 132.000/ul.
3. Ansietas pada anak dan orang tua berhubungan dengan krisis situasional : dampak hospitalisasi. Pada diagnosa ini dimana ansietas baik pada anak dan pada orang tua pasien. Dampak hospitalisasi tujuan yang dicapai ansietas pada anak dan orang tua berkurang dengan

analisa akhir masalah teratasi sebagian tujuan belum tercapai. Hal ini dibuktikan dengan orang tua mengatakan ingin segera anaknya pulang dan percaya kepada perawat dalam mengatasi penyakit anaknya, ibu pasien mengatakan anak menangis dan memberontak bila perawat datang untuk memberikan obat, anak tampak menangis dan mengamuk hingga mengatupkan rahangnya pada saat perawat datang tetapi jika tidak diberikan obat pasien tampak kooperatif

Faktor pendukung untuk evaluasi keperawatan adalah mendapatkan referensi buku seperti buku desmawati tahun 2013 yang bisa dijadikan acuan dalam melakukan SOAP kepada pasien. Faktor penghambat dalam evaluasi keperawatan ini yaitu untuk masalah pada klien tidak semua dapat teratasi dalam waktu yang ditentukan dikarenakan adanya keterbatasan waktu pada penulis. Hal yang harus di evaluasi oleh perawat adalah memantau apakah terjadinya penurunan trombosit pada pasien yaitu dengan memantau hasil pemeriksaan laboratorium pasien. Solusi yang dilakukan yaitu memantau kembali kondisi pasien, dan melanjutkan intervensi yang belum teratasi.

BAB V

PENUTUP

Penulis akan jelaskan kesimpulan setelah melakukan asuhan keperawatan dari pengkajian sampai dengan evaluasi pada pasien An.A selama tiga hari di Ruang Daffodil Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur.

A. Kesimpulan

Pada pengkajian dapat disimpulkan yaitu pada manifestasi klinis pada pasien akral teraba hangat, mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis, nadi teraba kuat, tidak ada tanda-tanda perdarahan, hasil laboratorium trombosit 132.000 /ul. Pada saat pengkajian tidak ditemukan adanya tanda-tanda perdarahan yang biasanya terjadi pada pasien dengan derajat II dan III dan komplikasi yang sering terjadi biasanya pada *dengue haemorrhagic fever* derajat IV. Sedangkan untuk kasus pasien berada pada derajat I. Pada pemeriksaan laboratorium ditemukan adanya penurunan trombosit yaitu 132.000/ul dan NS1AG positif, sedangkan untuk nilai hematokrit tidak terjadi penurunan.

Pada perencanaan karena diagnosa resiko perdarahan yang diangkat menjadi diagnosa prioritas, lebih diutamakan adalah diagnosa prioritas tetapi tanpa mengabaikan intervensi untuk diagnosa keperawatan yang lainnya. Perencanaan yang harus dilakukan untuk diagnosa prioritas adalah selalu pantau tanda-tanda dehidrasi, intake output pasien dan balance cairan /24 jam. Periksa hasil laboratorium seperti trombosit setiap hari agar dapat segera di atasi dan tidak terjadi terjadi hal yang tidak diinginkan pada pasien.

Dalam melakukan pelaksanaan keperawatan, penulis sudah melakukan secara baik dan sesuai yang direncanakan oleh penulis terutama untuk diagnosa yang diprioritaskan dan dalam melakukan asuhan keperawatan

antara penulis dengan perawat ruangan maupun tenaga kesehatan lainnya memiliki persepsi yang sama.

Pada tahap evaluasi keperawatan dapat disimpulkan bahwa tidak semua diagnosa keperawatan teratasi dalam waktu yang ditentukan. Seperti halnya pada pasien An. A, untuk hasil pemeriksaan trombosit pasien mengalami sedikit peningkatan tetapi pasien ini tidak menunjukkan adanya tanda-tanda perdarahan. Masalah keperawatan yaitu tujuan tercapai, masalah teratasi tidak ada pada An. A. Sedangkan masalah tidak terjadi, tujuan tercapai yaitu resiko defisit cairan berhubungan dengan pindahnya cairan di intravaskuler ke ekstrasvaskuler dan resiko perdarahan berhubungan dengan penurunan faktor pembekuan darah. Masalah teratasi sebagian tujuan belum tercapai terdapat pada diagnosa ansietas pada anak dan orang tua berhubungan dengan krisis situasional: dampak hospitalisasi. Hal yang harus di evaluasi adalah memantau intake dan output pada pasien dan melihat perkembangan pemeriksaan hasil laboratorium seperti hematokrit dan trombosit.

B. Saran

Saran yang penulis sampaikan untuk meningkatkan pelayanan asuhan keperawatan pada pasien anak dengan *Dangue Haemorrhagic Fever* (DHF). Adapun pemberian saran yang ingin disampaikan :

1. Bagi penulis

Diharapkan agar penulis meningkatkan teknik komunikasi dan pada anak khususnya usia toddler dimana pada anak usia tersebut tingkat ansietasnya masih tinggi dan mengawasi adanya tanda-tanda dehidrasi serta memantau intake dan output serta balance cairan.

2. Bagi Perawat

Evaluasi keperawatan harus dilakukan setiap hari dan evaluasi ditulis setiap 24 jam setelah dilakukan asuhan keperawatan dan melihat status cairan terutama untuk intake outputnya serta melibatkan keluarga dalam pemantauan intake dan output agar mendapatkan data

yang akurat, sehingga perawat mendapatkan balance cairan dengan benar.

DAFTAR PUSTAKA

- Bararah & Mohammad Jauhar, T. (2013). *Asuhan Keperawatan : Panduan Lengkap Menjadi Perawat Profesional*. Jakarta: Prestasi Pustaka.
- Desmawati. (2013). *Sistem Hematologi & Imunologi*. Jakarta: In Media.
- Dinkes Kasus Meningkat, Bekasi Siap Siaga DBD. (2019). 28 Februari 2019. <https://megapolitan.kompas.com/read/2019/01/28/22043831/kasus-meningkat-bekasi-siap-siaga-dbd>
- Kemenkes Klaim Kasus DBD di Indonesia Sudah Terkendali. (2018). 17 Juli 2018. <http://m.bisnis.com/amp/read/20180717/106/817431/kemenkes-klaim-kasus-dbd-di-indonesia-sudah-terkendali>
- Kemenkes Per 1 Februari 2019, ada 15.132 Kasus DBD di Indonesia. (2019). 01 Februari 2019. <https://www.inews.id/news/nasional/kemenkes-per-1-februari-2019-ada-15-132-kasus-dbd-di-indonesia>
- Kyle, T. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik* (vol. 2). Jakarta: EGC.
- Mendri & Agus Sarwo Prayogi, N. K. (2017). *Asuhan Keperawatan pada Anak Sakit & Bayi Resiko Tinggi*. Yogyakarta: PT. Pustaka Baru.
- Muryanani, A. (2014). *Asuhan Neotatus, Bayi, Balita dan Anak Pra-Sekolah*. Bogor: In Media.
- Soedarto. (2012). *Demam Berdarah Dangué*. Jakarta: CV. SAGENG SETO.
- Sukohar, A. (2014). Demam Berdarah Dangué. *Bagian Farmakologi*, 2. <https://juku.kedokteran.unila.ac.id/index.php/medula/article/view/311/309>
- Susilaningrum, Nursalam, Sri Utami, R. (2013). *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak*. Jakarta: Salemba Medika.
- Triwibowo dan Candra widyanto, C. (2013). *Trend Disease Trend Penyakit Saai Ini*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Widoyono. (2011). *Penyakit Tropis Epidemiologi, Penularan, Pencegahan & Pemberantasannya*. Jakarta: Erlangga.
- Yuliana, S. dan R. (2010). *Asuhan Keperawatan pada Anak*. Jakarta: CV. SAGENG SETO.

Lampiran : **Patoflowdiagram**

