



**STIKES MUHAMMADIYAH KLATEN**

**LAPORAN STUDI KASUS PADA PASIEN DENGAN DENGUE  
HAEMORRHAGIC FEVER DI RUANG HAFSAH  
RSIA. AISYIAH KLATEN**

**Karya Ilmiah Akhir Ners**

**Diajukan sebagai persyaratan untuk memperoleh  
gelar Ners**

**Oleh:  
Fahrudin, S.Kep  
PB1801013**

**PROGRAM PENDIDIKAN PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH KLATEN  
2020**



## LEMBAR PERNYATAAN BEBAN PLAGIATISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Fahrudin, S.Kep

NIM : PB1801013

Program Studi : Profesi Ners

Dengan ini saya menyatakan bahwa karya Ilmiah akhir ners ini tidak terdapat karya yang pernah dilakukan untuk memperoleh gelar ners di suatu perguruan Tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali secara tertulis dalam makalah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Klaten, 02 Januari 2020



Fahrudin, S.Kep.



LUMIRAH PERSETUJUAN

LAPORAN STUDI KASUS PADA PASIEN DENGAN DEMAM  
HAEMORRHAGIC FEVER WITH ANGI  
DYSPLASIA BILA. ANTYLAKI KLATEN  
TAHUN 2019

Karya ilmiah Akkie Nurani untuk memenuhi syarat diwujudkan Ujian K300 pada

Hari / tanggal : 02 Januari 2020  
Jam : 14.00 WIB.

Pembimbing



Etiawan Nur K.S.Kep.Nc.S1.Kep  
NPP. 129.163



LEMBAR PENGESAHAN  
LAPORAN STUDI KASUS PADA PASIEN DENGAN DENGUE  
HAEMORRHAGIC FEVER DI RUANG  
HAESAH RSLA AISYIAH KLATEN  
TAHUN 2019

Diajukan oleh :

Fahrudin, S.Kep  
NIM PB 1801013

Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini telah dipertahankan dalam seminar KIAN dan telah diperiksa oleh Pembimbing dan disetujui sebagai persyaratan menyelesaikan pendidikan profesi Ners

Penguji I



Fitriana Noor K.S.Kep.Ns.M.Kep  
NPP. 129.165

Klaten, Januari 2020  
Penguji II



Chori Elena S.Kep.Ns.M.Kep  
NPP. 129.163



Mengotahai,  
Ketua Program Pendidikan Profesi Ners

Sulaiman, S.Kep.Ns.MPH  
NPP. 129.113



## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa sehingga sampai detik ini kami masih diberi kesempatan untuk hidup di dunia ini dan semoga dengan terselesaikan Karya Tulis Ilmiah Ners (KIAN) ini menjadi berkah dan jalan untuk senantiasa bersyukur kehadiran Tuhan YME, sehingga saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah Ners (KIAN) yang berjudul “LAPORAN STUDI KASUS PADA PASIEN DENGAN DENGUE HAEMORRHAGIC FEVER DI RUANG HAFSAH RSIA. AISYIAH KLATEN TAHUN 2019”.

Penyusunan Karya Tulis Ilmiah Ners (KIAN) ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan program S1 Keperawatan Profesi di STIKES Muhammadiyah Klaten. Selama proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah Ners (KIAN) ini, penulis menyadari bahwa selesainya Karya Tulis Ilmiah Ners (KIAN) ini tidak terlepas dari bantuan, arahan, bimbingan, petunjuk, dukungan serta fasilitas dari berbagai pihak. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini dengan kerendahan hati penulis mengucapkan terima-kasih yang tulus kepada yang terhormat :

1. Ibu Sri Sat Titi, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Ketua STIKES Muhammadiyah Klaten
2. Ibu Fitriana NK, S.Kep., Ns., selaku Pembimbing telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah Ners (KIAN) ini.
3. Chori Elsera, S.Kep.,Ns., M.Kep selaku penguji
4. Direktur RSIA Klaten yang telah memberi ijin menulis laporan kasus
5. Ibu Setianingsih, S.Kep. Ns., MPH selaku Ketua Prodi S1 Keperawatan STIKES Muhammadiyah Klaten, terima kasih atas dukungannya.
6. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu yang telah membantu selesainya Karya Tulis Ilmiah Ners (KIAN) ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini masih banyak terdapat kekurangan dan jauh dari kesempurnaan karena keterbatasan pengetahuan dan pengalaman. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang dapat menyempurnakan Karya Tulis Ilmiah Ners (KIAN) ini sehingga dapat memberikan manfaat bagi semua pihak yang membutuhkan.

Klaten, Januari 2020

Penulis

## DAFTAR ISI

Halaman Judul .....	i
Pernyataan Bebas Plagiatisme .....	ii
Lembar Persetujuan .....	iii
Lembar Pengesahan .....	iv
Kata Pengantar .....	v
Daftar isi .....	vi
Daftar Tabel .....	vii
Daftar Gambar .....	viii
Daftar Lampiran .....	ix
Daftar Singkatan .....	x
Intisari .....	xi
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	3
C. Tujuan Penulisan .....	4
D. Manfaat Penulisan .....	4
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Tinjauan Teori DHF menurut Medis dan Keperawatan .....	5
B. Tinjauan Teori DHF menurut Islam .....	21
C. Pathway .....	24
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	
A. Pengkajian .....	25
B. Analisa Data .....	32
C. Diagnosa Keperawatan .....	33
D. Intervensi .....	33
E. Implementasi .....	34
F. Evaluasi .....	37
<b>BAB IV PEMBAHASAN</b>	
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian .....	40
B. Pengkajian .....	40
C. Diagnosa Keperawatan .....	42
D. Intervensi .....	43
E. Implementasi .....	44
F. Hasil Penelitian .....	46
<b>BAB V PENUTUP</b>	
A. Kesimpulan .....	48
B. Saran .....	49
Daftar Pustaka	
Lampiran	

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Hasil Pemeriksaan Laboratorium .....	27
Tabel 3.2	Aktivitas dan Pola Latihan.....	29
Tabel 3.3	Analisa Data.....	32
Tabel 3.4	Intervensi Keperawatan .....	33
Tabel 3.5	Implementasi Keperawatan .....	34
Tabel 3.6	Evaluasi.....	37

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pathway .....	21
Gambar 3.1 Genogram .....	26



## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1. Lembar Konsultasi

## DAFTAR SINGKATAN

AT	: Angka Trombosit
BB	: Berat Badan
C	: Celcius
DHF	: Dengue Hemorrhagic Fever
DM	: Diabetes Mellitus
DSS	: Dengue Shock Syndrome
Hb	: Haemoglobine
Hmt	: Hematokrit
HT	: Hypertension
IgG	: Immunoglobulin G
IgM	: Immunoglobulin M
kg	: kilogram
KIAN	: Karya Tulis Ilmiah Ners
LPB	: Limfosit Plasma Biru
mL	: miliLiter
mmHg	: Milimeter Hydrargirium
N	: Nadi
R	: Respirasi
RSIA	: Rumah Sakit Ibu dan Anak
S	: Suhu
SGOT	: Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase
SGPT	: Serum Glutamic Pyruvic Transaminase
STIKES	: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
TB	: Tinggi Badan
WHO	: World Health Organization



# LAPORAN STUDI KASUS PADA PASIEN DENGUE HAEMORRHAGIC FEVER DI RUANG HAFSAH RSIA. AISYIAH KLATEN TAHUN 2019

## INTISARI

Fahrudin<sup>1</sup>, Fitriana Noorkhayati<sup>2</sup>

Latar Belakang : *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF) atau Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit infeksi virus akut yang disebabkan oleh virus dengue, ditularkan dengan gigitan nyamuk *aedes aegypti* yang masuk ke dalam tubuh penderita akan muncul manifestasi klinis yaitu demam tinggi

Tujuan umum dari karya tulis ilmiah akhir Ners (KIAN) adalah untuk mengetahui Asuhan Keperawatan pada Anak yang mengalami *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF) dengan Hipertermia di Ruang Hafsa RSIA Aisyiah

Metode. Pengambilan data kasus menggunakan metode studi kasus

Hasil. Tahap pengkajian pada pasien didapatkan data, keluhan utama pasien panas, disertai mual dan muntah. Dari data pengkajian yang telah didapatkan penulis, sesuai dengan masalah yang telah dialami pasien penulis merumuskan diagnosa keperawatan hipertermia berhubungan dengan infeksi virus dengue. Intervensi yang dibuat oleh penulis pada diagnosa keperawatan hipertermia berhubungan dengan peningkatan laju metabolisme, yaitu memonitor, nadi, suhu, pernafasan, memberikan kompres hangat, memberikan antipiretik, memonitor suhu. Penulis melakukan implementasi berdasarkan perencanaan yang telah penulis tetapkan sebelumnya yaitu memonitor, nadi, suhu, pernafasan, memberikan kompres hangat, memberikan antipiretik sanmol drops 5 cc, memonitor suhu, menganjurkan klien memakai pakaian tipis. Penulis menekankan pengaruh tindakan pemberian kompres hangat sebagai upaya dalam menurunkan suhu tubuh serta kolaborasi pemberian obat sanmol drops 5 cc.

Kesimpulan. Evaluasi akhir pada pasien adalah respon ibu mengatakan anaknya sudah tidak demam, selama dirawat dirumah sakit tidak mengalami perdarahan respon obyektif mukosa bibir lembab, turgor kulit elastic, N: 120 x/menit, S: 36°C, RR: 24 x/menit, Trombosit : 92 10<sup>3</sup>/uL, Hemoglobin : 12,5 gr/dl, Hematocrit : 37,2%

analisa: masalah teratasi sebagian, perencanaan: intervensi dihentikan pasien dipulangkan

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, DHF

## BAB I PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

*Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF) atau Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit infeksi virus akut yang disebabkan oleh virus dengue, ditularkan dengan gigitan nyamuk *aedes aegypti* yang masuk ke dalam tubuh penderita akan muncul manifestasi klinis yaitu demam tinggi (Sitorus, 2018). *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF) adalah penyakit demam akut yang ditandai dengan empat gejala klinis utama yaitu demam tinggi, perdarahan, *hepatomegali*, dan tanda kegagalan sirkulasi sampai timbul rejatan (sindrom rejatan dengue) sebagai akibat dari kebocoran plasma yang dapat menyebabkan kematian (Padila, 2013). Penyakit *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF) atau biasa disebut dengan Demam Berdarah Dengue (DBD) menjadi suatu penyakit endemik terutama di daerah tropis dan subtropis (Warsidi, 2012).

Kasus DHF di Indonesia cenderung mengalami peningkatan pada awal musim penghujan dengan disertai penduduk di daerah Urban yang cukup padat (Hadinegoro dan Satari, 2012). Menurut data dari Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2018, kasus DHF di Indonesia mengalami penurunan menjadi 1,9% dibanding tahun 2017 yaitu 2,7% dengan prevalensi 6,0%. Lima provinsi di Indonesia dengan kasus DHF tertinggi dari tahun 2017 sampai 2018, yaitu Papua sebanyak 9,8% menjadi 28,6%, Nusa Tenggara Timur sebanyak 6,8% menjadi 23,3%, Papua Barat sebanyak 6,7% menjadi 19,4%, Sulawesi Tengah sebanyak 5,1% menjadi 12,5%, dan Maluku sebanyak 3,8% menjadi 10,8% dari 33 provinsi di Indonesia.

Setelah fase demam keadaan masih memburuk, dampak bila DHF ini tidak teratasi akan terjadi fase kritis, yaitu suhu tubuh akan menurun sekitar 37,5° C sampai 38° C atau justru berada dibawahnya, umumnya terjadi pada hari ketiga sampai kelima demam, kemudian pada fase kritis terjadi peningkatan permeabilitas kapiler yang menyebabkan kebocoran plasma, karena fase kritis berlangsung antara 24 jam sampai 48 jam, jika terjadi kebocoran plasma maka kondisi pasien memburuk, sedangkan kondisi kebocoran plasma yang berkepanjangan dan keterlambatan penanganan dapat menyebabkan pasien mengalami syok (WHO, 2009 dan Setiawati, 2011). Tanda-tanda



pre-syok (renjatan), muntah secara terus-menerus, kejang, kesadaran menurun, muntah darah, dan buang air besar berdarah (Sitorus, 2018).

Penatalaksanaan *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) pra syok dapat dilakukan dengan pemberian cairan karena cairan merupakan kunci pengobatan pengganti cairan plasma secara intravena supaya renjatan (syok) dapat berlangsung dalam kurun waktu 48 jam, dan pada saat itu dianjurkan monitor dengan ketat selama 24 jam, sedangkan penatalaksanaan pada kasus DHF yang mengalami perdarahan intra abdominal yang ditandai dengan semakin tegang penurunan kadar *haemoglobin* dapat dilakukan dengan pemberian tranfusi darah sehingga pasien harus mendapatkan perawatan di rumah sakit (Sitorus, 2018).

Sesuai teori penyakit ini maka diagnosa keperawatan yang akan muncul pada kasus DHF (*dengue haemoragic fever*) yaitu Hipertermia (Marni, 2016), batasan karakteristik dari diagnosa tersebut adalah gelisah, kulit terasa hangat (Herdman, 2015). Kemudian untuk tindakan keperawatan pada diagnosa hipertermia sesuai dengan pendapat (Bulechek dkk, 2016) yaitu perawatan hipertermi, pengaturan suhu. Berdasarkan penelitian jurnal perawatan hipertermi dapat diberikan tindakan kompres air hangat. Kompres hangat adalah tindakan dengan menggunakan kain atau handuk yang telah dicelupkan pada air hangat, yang ditempelkan pada bagian tubuh tertentu sehingga dapat memberikan rasa nyaman dan menurunkan suhu tubuh (Maharani, 2011).

Kompres air hangat adalah salah satu metode fisik untuk menurunkan suhu tubuh bila demam. Manfaat kompres air hangat, menurunkan panas 38,8°C menjadi 37,5°C, untuk memperlebar pembuluh darah (*vasodilator*), oksigen untuk sel, membantu meningkatkan suplai darah ke area-area tubuh. Tindakan kompres hangat merupakan salah satu tindakan mandiri dari perawat, tetapi sering diabaikan bahkan sering dibebankan pada keluarga (Djuwariyah dkk, 2016). Kompres hangat adalah memberikan rasa hangat untuk memenuhi kebutuhan rasa nyaman, mengurangi atau membebaskan nyeri, mengurangi atau mencegah spasme otot dan memberikan rasa hangat pada daerah tertentu (Uliyah & Hidayat, 2014).

Upaya pencegahan agar tidak terjadi seperti halnya yang telah dijelaskan diatas maka dari itu perlu penanganan masalah DHF secara 4 maksimal, yang salah satunya adalah dengan pemberian asuhan keperawatan karena pasien DHF cenderung mengakibatkan terjadinya hipertermi, yang mana keadaan tersebut dapat mengancam

kehidupan pasien. Sehingga pemberian asuhan keperawatan yang cepat, tepat dan efisien dapat membantu menekan angka kejadian dan kematian pada pasien DHF.

Berdasarkan latar belakang tersebut maka penulis tertarik untuk melakukan pengelolaan kasus keperawatan dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Anak Yang Mengalami *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) Dengan Hipertermia di Ruang Hafsah RSIA Aisyiah” Klaten.

## B. Rumusan Masalah

Dari latar belakang yang telah di paparkan maka identitas masalah pada laporan kasus ini adalah “Bagaimana Asuhan Keperawatan pada Anak yang mengalami *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF) dengan Hipertermia di Ruang Hafsah RSIA Aisyiah?”

## C. Tujuan Penulisan.

### 1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari karya tulis ilmiah ini adalah untuk mengetahui Asuhan Keperawatan pada Anak yang mengalami *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF) dengan Hipertermia di Ruang Hafsah RSIA Aisyiah

### 2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus penulisan karya tulis ini adalah agar penulis mampu :

- a. Melaksanakan pengkajian keperawatan Anak yang mengalami *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF) dengan Hipertermia di Ruang Hafsah RSIA Aisyiah
- b. Menegakkan diagnosa keperawatan keperawatan Anak yang mengalami *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF) dengan Hipertermia di Ruang Hafsah RSIA Aisyiah
- c. Menyusun intervensi keperawatan keperawatan Anak yang mengalami *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF) dengan Hipertermia di Ruang Hafsah RSIA Aisyiah
- d. Melaksanakan implementasi keperawatan keperawatan Anak yang mengalami *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF) dengan Hipertermia di Ruang Hafsah RSIA Aisyiah



- e. Melaksanakan evaluasi keperawatan keperawatan Anak yang mengalami *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF) dengan Hipertermia di Ruang Hafisah RSIA Aisyiah

#### D. Manfaat Penulisan

Manfaat penulisan ini adalah :

1. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan masukan institusi pendidikan khususnya bagi mahasiswa pada penerapan pemberian asuhan keperawatan khusus keperawatan klien *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF).

2. Bagi Institusi Rumah Sakit

Bahan masukan dan evaluasi khususnya bagi institusi rumah sakit pada penerapan pemberian asuhan keperawatan khususnya keperawatan klien dengan *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF).

3. Bagi Profesi Keperawatan

Bahan Laporan aplikasi hasil studi kasus khususnya dengan *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF) yang menjadi salah satu fokus permasalahan dalam profesi keperawatan.

4. Bagi Penulis

Memberi wawasan tindakan keperawatan yang luas mengenai masalah keperawatan klien dengan *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF).

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Tinjauan Teori DHF menurut Medis dan Keperawatan

##### 1. DHF

###### a. Pengertian

*Dengue Hemoragic Fever* (DHF) merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh virus dengue yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes Aegypti* dan dapat menyerang semua orang terutama anak-anak dan dapat menyebabkan kematian (Departemen Kesehatan RI, 2012). Sedangkan menurut Smeltzer 2012, mendefinisikan bahwa *Dengue Hemoragic Fever* (DHF) adalah penyakit yang disebabkan oleh vektor virus yang dibawa oleh nyamuk *Aedes Aegypti*.

Demam Berdarah *Dengue* (*dengue haemorrhagic fever*) ialah penyakit yang terdapat pada anak dan dewasa dengan gejala utama demam, nyeri otot dan sendi, yang biasanya memburuk setelah dua hari pertama. Demam berdarah dengue disebabkan oleh beberapa virus dengue yang dibawa *arthropoda*. Demam berdarah dengue ini dapat menimbulkan manifestasi perdarahan dan cenderung terjadi syok yang dapat menimbulkan kematian (Hendarwanto, 2012).

*Pengertian Dengue Hemoragic Fever* (DHF) berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa DHF adalah penyakit yang dapat ditularkan melalui nyamuk *Aedes Aegypti* yang ditandai dengan demam tinggi, nyeri otot dan sendi, syok serta dapat menimbulkan kematian.

###### b. Etiologi

Menurut Suriadi dan Yuliani (2011), etiologi dari demam berdarah adalah virus dengue sejenis arbovirus. Penyebaran virus dengan perantara nyamuk *aedes aegypti* atau *aedes ebopictus*, biasanya nyamuk *aedes aegypti* yang menggigit tubuh manusia adalah nyamuk betina, sedangkan cara kerja nyamuk *aedes aegypti* adalah dengan menggigit atau menghisap darah secara

berganti-ganti sehingga dalam waktu yang tidak begitu lama banyak penderita yang terinfeksi virus dengue. Menurut Hadinegoro dan Satari (2016), setelah nyamuk *aedes aegypti* menggigit manusia dapat menularkan virus *dengue* kepada manusia baik secara langsung yaitu setelah menggigit orang yang sedang mengalami *viremia*; maupun secara tidak langsung setelah melalui masa inkubasi dalam tubuhnya selama 8-10 hari (*extrinsic incubation periode*), kemudian pada manusia diperlukan waktu 4-6 hari (*extrinsic incubation periode*) sebelum menjadi sakit setelah virus masuk ke dalam tubuh, sedangkan pada nyamuk sekali virus dapat masuk dan berkembang biak di dalam tubuhnya, maka nyamuk tersebut akan dapat menularkan virus selama hidupnya (*infektif*), kemudian untuk manusia penularan hanya dapat terjadi pada saat tubuh dalam keadaan *viremia* yaitu antara 3-5 hari

c. Patofisiologi

Hal pertama yang terjadi setelah virus masuk ke dalam tubuh penderita adalah *viremia* yang mengakibatkan penderita mengalami demam, sakit kepala, mual, nyeri otot, pegal – pegal seluruh tubuh, ruam atau bintik-bintik merah pada kulit (*petekie*), hiperemia tenggorokan dan hal lain yang mungkin terjadi seperti pembesaran kelenjar getah bening, pembesaran hati (*Hepatomegali*) dan pembesaran limpa (*Splenomegali*) (Smeltzer, 2011).

Peningkatan permeabilitas dinding kapiler mengakibatkan terjadinya perembesan plasma ke ruang ekstra seluler akibatnya terjadi pengurangan volume plasma, penurunan tekanan darah. Plasma merembes sejak permulaan demam dan mencapai puncaknya saat terjadi renjatan (syok). Hemokonsentrasi (peningkatan hematokrit lebih dari 20%) menunjukkan atau menggambarkan adanya kebocoran sehingga nilai hematokrit menjadi penting untuk patokan pemberian cairan intravena. Setelah pemberian cairan intravena, peningkatan jumlah trombosit menunjukkan kebocoran plasma teratasi sehingga pemberian cairan intravena dikurangi kecepatan dan jumlahnya untuk mencegah terjadinya udem paru, sebaliknya jika tidak mendapatkan cairan yang cukup penderita akan mengalami renjatan (Price & Wilson, 2013).

Berdasarkan WHO, *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) dibagi menjadi empat derajat sebagai berikut :



- 1) Derajat I  
Adanya demam tanpa perdarahan spontan, manifestasi perdarahan hanya berupa torniket tes yang positif.
- 2) Derajat II  
Seperti derajat I disertai perdarahan spontan di kulit dan perdarahan lain.
- 3) Derajat III  
Ditemukan kegagalan sirkulasi darah dengan adanya nadi cepat dan lemah, tekanan nadi menurun (kurang dari 20 mmHg) atau hipotensi disertai kulit yang dingin dan lembab, gelisah (tanda – tanda awal renjatan).
- 4) Derajat IV  
Renjatan berat dengan nadi tak teraba dan tekanan darah yang tidak dapat diukur (Ngastiyah, 2015).

d. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis yang muncul bervariasi berdasarkan derajat DHF dengan masa inkubasi antara 13 – 15 hari. Penderita biasanya mengalami demam akut sering disertai tubuh menggigil. Gejala klinis lain yang timbul dan sangat menonjol adalah terjadinya perdarahan, perdarahan yang terjadi dapat berupa perdarahan pada kulit, perdarahan lain seperti *melena*. Selain demam dan perdarahan yang merupakan ciri khas DHF gambaran klinis lain yang tidak khas dan biasa dijumpai pada penderita DHF menurut Suriadi & Yuliani (2016) adalah sebagai berikut :

- a. Keluhan pada pernafasan seperti batuk, pilek dan sakit waktu menelan.
- b. Keluhan pada saluran pencernaan seperti mual, muntah, tidak nafsu makan, diare dan konstipasi.
- c. Keluhan sistem tubuh yang lain diantaranya sakit kepala, nyeri pada otot dan sendi, nyeri ulu hati, pegal – pegal di seluruh tubuh.
- d. Tanda-tanda renjatan (*sianosis*, *capillary refill* lebih dari 2 detik, nadi cepat dan lemah).

Demam *dengue* pada bayi dan anak berupa demam ringan disertai timbulnya ruam makulopapular. Pada anak besar dan dewasa dikenal sindrom *trias dengue* berupa demam tinggi mendadak, nyeri pada anggota badan

(kepala, bola mata, punggung, dan sendi), dan timbul ruam makulopapular (Smeltzer, 2011).

e. Komplikasi

Menurut Smeltzer (2012), komplikasi yang dapat terjadi pada penyakit DHF antara lain :

1) Perdarahan

Perdarahan mudah terjadi pada tempat fungsi vena, *petekia* dan *purpura*. Selain itu juga dapat dijumpai *epistaksis* dan perdarahan gusi, *hematomesis* dan *melena*.

2) Hepatomegali

Bila terjadi peningkatan dari *hepatomegali* dan hati teraba kenyal, harus diperhatikan kemungkinan akan terjadinya renjatan pada penderita.

3) Renjatan (syok)

Syok biasanya dimulai dengan tanda – tanda kegagalan sirkulasi yaitu kulit lembab, dingin pada ujung hidung, jari tangan dan jari kaki serta sianosis di sekitar mulut. Bila syok terjadi pada masa demam maka biasanya menunjukkan prognosis yang buruk.

f. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Sudoyo (2007) untuk menegakkan diagnosa DHF perlu dilakukan berbagai pemeriksaan laboratorium antara lain sebagai berikut :

1) Trombosit : umumnya terjadi *trombositopenia* pada hari 3-8.

2) Leukosit : Mulai hari ketiga dapat ditemui limfositosis relatif (>45% dari total leukosit) disertai adanya limfosit plasma biru (LPB) >15% dari jumlah total leukosit.

3) Hematokrit : terjadi peningkatan *hematokrit*  $\geq 20\%$  hematokrit awal.

4) *Hemoglobin* meningkat > 20 %.

5) Protein/ albumin : dapat terjadi *hipoproteinemia* akibat kebocoran plasma, dan biasanya ditemukan adanya *hiponatremia*, *hipokloremia*.

6) SGOT/SGPT : dapat meningkat.

7) Imunoserologi : IgM dan IgG terhadap *dengue*.

- 8) IgM : terdeteksi mulai hari ke- 3-5, meningkat sampai minggu ke- 3, dan menghilang setelah 60-90 hari.
- 9) IgG : Pada infeksi primer, IgG mulai terdeteksi pada hari ke- 14, pada infeksi skunder, IgG mulai terdeteksi pada hari ke-2.

g. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan penderita dengan *Dengue Hemoragic Fever* menurut Ngastiyah (2010) adalah sebagai berikut :

- 1) Tirah baring atau istirahat baring.
- 2) Diet makan lunak.
- 3) Minum banyak (2 – 2,5 liter/24 jam) dapat berupa : susu, teh manis, sirup dan beri penderita sedikit oralit.
- 4) Pemberian cairan intravena (biasanya *ringer laktat*, NaCl) merupakan cairan yang paling sering digunakan.
- 5) Monitor tanda-tanda vital tiap 3 jam (suhu, nadi, tensi, pernafasan) jika kondisi pasien memburuk, observasi ketat tiap jam.
- 6) Periksa Hb, Hmt dan trombosit setiap hari.
- 7) Pemberian obat antipiretik sebaiknya dari golongan asetaminopen.
- 8) Monitor tanda-tanda perdarahan lebih lanjut.
- 9) Pemberian antibiotik bila terdapat tanda-tanda infeksi sekunder.
- 10) Monitor tanda-tanda renjatan.
- 11) Bila timbul kejang dapat diberikan Diazepam.

Pada kasus dengan renjatan pasien dirawat di perawatan intensif dan segera dipasang infus sebagai pengganti cairan yang hilang dan bila tidak tampak perbaikan diberikan plasma atau plasma ekspander atau dekstran sebanyak 20 – 30 ml/kg BB. Pemberian cairan intravena baik plasma maupun elektrolit dipertahankan 12 – 48 jam setelah renjatan teratasi. Apabila renjatan telah teratasi nadi sudah teraba jelas, amplitudo nadi cukup besar, tekanan sistolik 20 mmHg, kecepatan plasma biasanya dikurangi menjadi 10 ml/kg BB/jam (Hendarwanto, 2012).

Transfusi darah diberikan pada pasien dengan perdarahan *gastrointestinal* yang hebat. Indikasi pemberian transfusi pada penderita DHF yaitu jika ada perdarahan yang jelas secara klinis dan abdomen yang makin



tegang dengan penurunan Hb yang mencolok. Pada DHF tanpa renjatan hanya diberi banyak minum yaitu 1½-2 liter dalam 24 jam. Cara pemberian sedikit demi sedikit dengan melibatkan orang tua. Infus diberikan pada pasien DHF tanpa renjatan apabila :

- 1) Pasien terus menerus muntah, tidak dapat diberikan minum sehingga mengancam terjadinya *dehidrasi*.
- 2) Hematokrit yang cenderung mengikat (Hendarwanto, 2012).

## 2. Konsep Tumbuh Kembang Anak dan Hospitalisasi

### a. Pertumbuhan dan perkembangan anak

Pertumbuhan dan perkembangan merupakan dua proses yang saling berkesinambungan. Pertumbuhan adalah proses bertambahnya ukuran berbagai organ disebabkan karena peningkatan ukuran dari masing-masing sel dalam kesatuan sel pembentuk organ tubuh. Perkembangan adalah suatu proses pematangan majemuk yang berhubungan dengan aspek diferensiasi bentuk atau fungsi termasuk perubahan sosial dan emosi (Supartini, 2004).

Pertumbuhan dan perkembangan anak dibagi beberapa kelompok usia yaitu :

#### 1) Usia Infant

Masa infant terdiri dari masa *neonatus* (lahir sampai 4 minggu) dan masa bayi (4 minggu sampai 1 tahun). Pada masa ini merupakan periode vital untuk mempertahankan hidupnya dan agar dapat melaksanakan perkembangan selanjutnya. Pada saat ini terjadi apa yang disebut sebagai belajar untuk belajar secara maksimal. Oleh para ahli dikatakan bahwa semakin banyak rangsangan yang tepat diberikan pada bayi disaat yang tepat pula, akan makin besar pula kemungkinan bayi untuk lebih cerdas (Supartini, 2014).

#### 2) Usia Toddler

Masa toddler merupakan masa umur antara 1 – 3 tahun. Pada pertumbuhan fisik dapat dinilai penambahan berat badan sebanyak 2,2 kg pertahun dan tinggi badan akan bertambah 7,5 cm pertahun. Pada perkembangan motorik anak dapat berjalan sendiri dengan jarak kaki lebar, merayap pada tangga, membangun menara dari dua balok, membuka kotak, dan membalik halaman buku. Pada perkembangan moral anak berada pada

tahap prakonvensional yaitu anak mempunyai konsep tentang benar dan salah terbatas dan orang tua mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap perkembangan kesadaran anak (Wong, 2013).

### 3) Usia Pra Sekolah

Masa pra sekolah dimulai pada usia 3 – 5 tahun. Berat badan bertambah 1,5 – 2,5 kg pertahun, tinggi badan bertambah 7,5 cm pertahun, pada masa ini mulai terjadi pergantian gigi susu ke gigi permanen. Masa pra sekolah disebut juga "usia bermain" dimana permainan memegang peran penting dalam kehidupan anak (Supartini, 2014).

Untuk perkembangan motorik, anak sudah dapat melompat, mengendarai sepeda roda tiga, membangun menara dari sepuluh kubus, menggambar, menggunting dan mengikat tali sepatu. Dalam hubungannya dengan keluarga anak berusaha menyesuaikan diri dengan permintaan mereka dan berusaha menyenangkan orang tua (Wong, 2004).

### 4) Usia Sekolah

Masa ini dimulai pada anak usia 6 – 12 tahun. Penambahan berat badan dan pertumbuhan berlanjut dengan lambat. Tinggi badan bertambah sedikitnya 5 cm pertahun. Pada anak laki – laki penambahan tinggi badan lambat dan berat badan cepat, sedangkan pada anak perempuan mulai tampak perubahan pada daerah pubis. Untuk perkembangan mental, anak sudah mampu menggambarkan objek umum dengan mendetail, tidak semata mata penggunaannya dan mampu mengenal waktu, tanggal, hari dan bulan. Untuk personal sosial anak lebih dapat bersosialisasi dan tertarik pada hubungan laki – laki perempuan tetapi tidak terikat (Wong, 2013).

### 5) Remaja

Masa ini dimulai pada usia 12 – 20 tahun. Menurut Sullivan, masa remaja dibagi menjadi 3 kelompok yaitu masa praremaja (12–14 tahun), remaja awal (14 – 17 tahun) dan remaja akhir (17 – 20 tahun). Perkembangan psikis pada usia praremaja adalah minat bermain menghilang, menunjukkan rasa malu, dan sulit diberi tanggung jawab serta membentuk kelompok dan sangat setia dengan kelompoknya. Pada usia

remaja awal, dorongan nafsu seksual semakin besar dan emosi lebih dominan dari pada rasional. Untuk usia remaja akhir mulai muncul sikap pertimbangan dan pengambilan keputusan berdasarkan kekuatan diri sendiri, mudah tersinggung, mudah kasihan, mudah bertindak kejam, mudah terharu dan mudah marah (Supartini, 2014).

b. Hospitalisasi pada anak

Hospitalisasi pada anak dapat dikelompokkan menjadi :

1) Masa Bayi (0 sampai 1 tahun)

Dampak dari perpisahan orang tua sehingga ada gangguan pembentukan rasa percaya dan kasih sayang. Pada anak usia lebih dari enam bulan terjadi kecemasan apabila berhadapan dengan orang yang tidak dikenalnya dan cemas karena perpisahan. Reaksi yang muncul pada anak ini adalah menangis, marah, dan banyak melakukan gerakan sebagai sikap keemasannya (Supartini, 2014).

2) Masa toddler (1 sampai 3 tahun)

Anak usia toddler bereaksi terhadap hospitalisasi sesuai dengan sumber stresnya. Stress yang utama adalah cemas akibat perpisahan. Respon perilaku anak sesuai dengan tahapannya yaitu tahap protes, putus asa, dan pengingkaran (denial). Pada tahap protes perilaku yang ditunjukkan adalah menangis kuat, menjerit memanggil orang tua atau menolak perhatian yang diberikan orang lain. Pada tahap putus asa adalah menangis berkurang, anak tidak aktif, kurang menunjukkan minat untuk bermain dan makan, sedih dan apatis. Pada tahap pengingkaran adalah mulai menerima perpisahan membina hubungan secara dangkal, dan anak mulai terlihat menyukai lingkungannya (Supartini, 2014).

3) Masa Prasekolah (3 sampai 6 tahun)

Reaksi terhadap perpisahan yang ditunjukkan anak usia prasekolah adalah dengan menolak makan, sering bertanya, menangis walaupun secara perlahan dan tidak kooperatif terhadap tenaga kesehatan. Perawatan di rumah sakit juga membuat anak kehilangan kontrol terhadap dirinya. Perawatan di rumah sakit mengharuskan adanya pembatasan aktivitas anak sehingga anak merasa kehilangan kekuatan dirinya. Ketakutan terhadap

perluasan muncul karena anak menganggap tindakan dan prosedur mengancam integritas tubuhnya (Supartini, 2014).

4) Masa Sekolah (6 sampai 12 tahun)

Perawatan anak di rumah sakit memaksa anak berpisah dari lingkungan yang dicintainya yaitu keluarga dan terutama kelompok sosialnya dan menimbulkan kecemasan. Kehilangan kontrol tersebut berdampak pada perubahan peran dalam keluarga. Anak kehilangan kelompok sosialnya. Reaksi terhadap perlakuan atau rasa nyeri akan ditunjukkan dengan ekspresi baik secara verbal maupun non verbal. Karena anak sudah mampu mengkomunikasikannya (Supartini, 2014).

5) Masa Remaja (12 sampai 18 tahun)

Anak mulai mempersepsikan perawatan di rumah sakit menyebabkan timbulnya perasaan cemas karena harus berpisah dengan teman sebayanya. Pembatasan aktivitas di rumah sakit membuat anak kehilangan kontrol terhadap dirinya dan menjadi bergantung pada keluarga atau tenaga kesehatan di rumah sakit (Supartini, 2014).

### 3. Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan dasar utama dan hal penting dilakukan oleh perawat. Hasil pengkajian yang dilakukan perawat berguna untuk menentukan masalah keperawatan yang muncul pada pasien. Konsep keperawatan anak pada klien DHF menurut Ngastiyah (2015) yaitu :

1) Pengkajian fokus

- a) Identitas pasien
- b) Keluhan utama
- c) Riwayat penyakit sekarang
- d) Riwayat penyakit dahulu
- e) Riwayat tumbuh kembang, penyakit yang pernah diderita, apakah pernah dirawat sebelumnya.
- f) Riwayat penyakit keluarga



Apakah ada anggota keluarga yang pernah mengalami kejang demam, apakah ada riwayat penyakit keturunan, kardiovaskuler, metabolik, dan sebagainya.

g) Riwayat psikososial

Bagaimana riwayat imunisasi, bagaimana pengetahuan keluarga mengenai demam serta penanganannya.

2) Data subyektif

Merupakan data yang dikumpulkan berdasarkan keluhan pasien atau keluarga pada pasien DHF, data subyektif yang sering ditemukan antara lain :

- a) Panas atau demam
- b) Sakit kepala
- c) Anoreksia, mual, haus, sakit saat menelan.
- d) Lemah
- e) Nyeri ulu hati, otot dan sendi
- f) Konstipasi

3) Data obyektif

Merupakan data yang diperoleh berdasarkan pengamatan perawat pada keadaan pasien. Data obyektif yang sering ditemukan pada penderita DHF antara lain :

- a) Suhu tubuh tinggi, menggigil, wajah tampak kemerahan
- b) Mukosa mulut kering, perdarahan gusi, lidah kotor
- c) Tampak bintik merah pada kulit (*petekia*), uji *torniquet* (+), *epistaksis*, *ekimosis*, *hematoma*, *hematemesis*, *melena*
- d) *Hiperemia* pada tenggorokan
- e) Nyeri tekan pada epigastrik
- f) Pada palpasi teraba adanya pembesaran hati dan limpa
- g) Pada renjatan (derajat IV) nadi cepat dan lemah, hipotensi, ekstremitas dingin, gelisah, *sianosis perifer*, nafas dangkal.

b. Diagnosa Keperawatan

Beberapa diagnosa keperawatan yang ditemukan pada pasien DHF

- 1) Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi virus *dengue* (*viremia*).

- 2) Kekurangan volume cairan berhubungan dengan berpindahnya cairan intraseluler ke ekstraseluler (kebocoran plasma dari endotel), output berlebih karena muntah dan hipertermi
- 3) Resiko perdarahan berhubungan dengan penurunan trombosit
- 4) Ketidak efektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan menurunnya suplai oksigen dalam jaringan menurun.
- 5) Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi yang tidak adekuat akibat mual, muntah dan tidak nafsu makan.
- 6) nyeri akut berhubungan dengan proses patologis (viremia)
- 7) Cemas berhubungan dengan ketidaktahuan tentang penyakit, krisis situasi proses penyakit dan hospitalisa

c. Rencana Keperawatan

- 1) Hipertemi berhubungan dengan viremia sekunder terhadap infeksi dengue
  - a) Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan temperatur suhu dalam batas normal ( $36^{\circ}$ - $37^{\circ}$  C).
  - b) Kriteria Hasil :
    - (1) Klien tidak menunjukkan kenaikan suhu tubuh.
    - (2) Suhu tubuh dalam batas normal (  $36^{\circ}$ - $37^{\circ}$  C)
  - c) Rencana tindakan:
    - (1) Observasi tanda-tanda vital  
Rasional : Tanda-tanda vital merupakan acuan untuk mengetahui keadaan umum pasien.
    - (2) Kaji saat timbulnya demam  
Rasional : Untuk mengidentifikasi pola demam pasien
    - (3) Tingkatkan intake cairan.  
Rasional : Peningkatan suhu tubuh mengakibatkan penguapan tubuh meningkat sehingga perlu diimbangi asupan cairan
    - (4) Catat asupan dan keluaran  
Rasional : Untuk mengetahui ketidakseimbangan cairan tubuh
    - (5) Berikan terapi cairan intravena dan obat-obatan sesuai program dokter

Rasional : Pemberian cairan sangat penting bagi pasien dengan suhu tinggi.

(6) Kolaborasi pemberian obat antipiretik

Rasional : dapat mengurangi rasa nyeri

- 2) Kekurangan volume cairan berhubungan dengan berpindahnya cairan intraseluler ke ekstraseluler (kebocoran plasma dari endotel), output berlebih karena muntah dan hipertermi

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan defisit volume cairan dapat terpenuhi

Kriteria Hasil :

- a) Tanda-tanda vital stabil Tekanan darah 120/70 – 130/90 mmhg, Nadi 80 x/menit, Suhu 36 – 37 derajat celcius, CRT kurang dari 3 detik, akral hangat, urine output 30-50cc/jam, membran mukosa lembab, turgor kulit baik.
- b) Volume cairan cukup input dan output seimbang.

Rencana tindakan:

- a) Mengobservasi adanya tanda-tanda syok.

Rasional : Agar dapat segera dilakukan tindakan untuk menangani syok yang dialami pasien.

- b) Observasi tanda dan gejala dehidrasi atau hipovolemik (riwayat muntah diare, kehausan turgor jelek).

Rasional : defisit cairan akan ditandai dengan menurunnya haluaran urine < 25 ml/jam

- c) Monitor keadaan umum pasien (lemah pucat, *tachicardi*) serta tanda tanda vital.

Rasional : Menetapkan data dasar pasien, untuk mengetahui dengan cepat penyimpangan dari keadaan normalnya

- d) Menganjurkan pasien untuk banyak minum

Rasional : Asupan cairan sangat diperlukan untuk menambah volume cairan tubuh.

- e) Monitor perubahan haluaran urine dan monitor asupan haluaran

Rasional : Untuk mengetahui keseimbangan cairan dan tingkatan *dehidrasi*.

f) Kolaborasi dalam pemberian cairan *intravaskuler* sesuai program dokter.

Rasional : Pemberian cairan Intravena sangat penting bagi pasien yang mengalami defisit volume cairan dengan keadaan umum yang buruk karena cairan langsung masuk kedalam pembuluh darah.

3) Resiko perdarahan berhubungan dengan penurunan trombosit

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan terhadap pasien perdarahan tidak terjadi

Kriteria Hasil : Menunjukkan perbaikan keadaan umum dan tanda vital yang baik

Rencana tindakan :

a) Monitor tanda-tanda penurunan trombosit yang disertai tanda klinis

Rasional : Penurunan trombosit merupakan tanda adanya kebocoran pembuluh darah yang pada tahap tertentu dapat menimbulkan tanda-tanda klinis seperti *epistaksis, petekie*.

b) Anjurkan pasien untuk banyak istirahat ( *bedrest* )

Rasional : Aktifitas pasien yang tidak terkontrol dapat menyebabkan terjadinya perdarahan.

c) Berikan penjelasan kepada klien dan keluarga untuk melaporkan jika ada tanda perdarahan seperti : hematemesis, melena, epistaksis.

Rasional : Keterlibatan pasien dan keluarga dapat membantu untuk penanganan dini bila terjadi perdarahan.

d) Antisipasi adanya perdarahan : gunakan sikat gigi yang lunak, pelihara kebersihan mulut, berikan tekanan 5-10 menit setiap selesai ambil darah.

Rasional : Mencegah terjadinya perdarahan lebih lanjut.

e) Kolaborasi, monitor trombosit setiap hari

Rasional : Dengan trombosit yang dipantau setiap hari, dapat diketahui tingkat kebocoran pembuluh darah dan kemungkinan perdarahan yang dialami pasien.

f) Kolaborasi pemberian anti perdarahan sesuai advis dokter

Rasional : mengurangi perdarahan



- 4) Ketidak efektifan perfusi jaringan berhubungan dengan menurunnya suplai oksigen dalam jaringan menurun.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan suplai oksigen ke jaringan adekuat.

Kriteria Hasil : Menunjukkan peningkatan perfusi secara individual misalnya tidak ada sianosis dan kulit hangat, kesadaran komposmentis , nyeri dada tidak ada, keluhan pusing tidak ada, disorientasi tidak ada bisu, Nadi 60- 80x/menit, output urine 30-50cc/jam, CRT kurang dari 3 detik.

Rencana tindakan:

- a) Observasi perubahan status mental

Rasional : Gelisah bingung disorientasi dapat menunjukkan gangguan aliran darah serta *hipoksia*.

- b) Observasi warna dan suhu kulit atau membrane mukosa.

Rasional : Kulit pucat atau sianosis, kuku membran bibir atau lidah dingin menunjukkan *vasokonstriksi perifer (syok)* atau gangguan aliran darah perifer.

- c) Auskultasi frekuensi dan irama jantung cacat adanya bunyi jantung ekstra.

Rasional : Tachicardia sebagai akibat hipoksemia kompensasi upaya peningkatan aliran darah dan perfusi jaringan, gangguan irama berhubungan dengan hipoksemia, ketidakseimbangan elektrolit. Adanya bunyi jantung tambahan terlihat sebagai peningkatan kerja jantung.

- d) Ukur haluaran urine dan catat berat jenis urine

Rasional : Syok lanjut atau penurunan curah jantung menimbulkan penurunan perfusi ginjal dimanifestasi oleh penurunan haluaran urine dengan berat jenis normal atau meningkat

- e) Berikan cairan intra vena atau peroral sesuai indikasi.

Rasional : Peningkatan cairan diperlukan untuk menurunkan *hiperviskositas* darah (Potensial pembentukan trombosit) atau mendukung volume sirkulasi atau perfusi jaringan.

- 5) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake tidak adekuat sekunder terhadap mual, muntah, dan anoreksia

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan kebutuhan nutrisi pasien terpenuhi.

Kriteria Hasil : Pasien mampu menghabiskan makanan sesuai dengan porsi yang dibutuhkan atau diberikan, tidak muntah, Hb 10-14 g/dl, berat badan tidak turun.

Rencana tindakan:

- a) Kaji keluhan mual dan muntah yang dialami oleh pasien  
Rasional : Untuk menetapkan cara mengatasinya.
- b) Berikan makanan dalam porsi kecil dan frekuensi sering.  
Rasional : Untuk menghindari mual dan muntah
- c) Menjelaskan manfaat nutrisi bagi pasien terutama saat pasien sakit.  
Rasional : Meningkatkan pengetahuan pasien tentang nutrisi sehingga motivasi pasien untuk makan meningkat.
- d) Berikan makanan yang mudah ditelan seperti bubur dan dihidangkan saat masih hangat.  
Rasional : Membantu mengurangi kelelahan pasien dan meningkatkan asupan makanan.
- e) Catat jumlah dan porsi makanan yang dihabiskan  
Rasional : Untuk mengetahui pemenuhan nutrisi pasien.
- f) Ukur berat badan pasien setiap hari.  
Rasional : untuk mengetahui status gizi pasien
- g) Kolaborasi pemberian asupan makanan dengan tim gizi  
Rasional : untuk pemberian nutrisi yang maksimal.
- h) Kolaborasi dalam pemberian antiemetik sesuai advis dokter  
Rasional : mengurangi mual.

- 6) Nyeri akut berhubungan dengan proses patologis (viremia)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan nyeri berkurang atau hilang

Kriteria Hasil :

- a) Rasa nyaman pasien terpenuhi

- b) Ekspresi tidak meringis
- c) Nadi normal (80-100 x/menit)
- d) Skala nyeri menurun
- e) Nyeri berkurang atau hilang

Rencana tindakan:

- a) Kaji tingkat nyeri yang dialami pasien dengan skala nyeri (0 - 10), tetapkan tipe nyeri yang dialami pasien, respon pasien terhadap nyeri  
Rasional : Untuk mengetahui berat nyeri yang dialami pasien
  - b) Kaji faktor-faktor yang mempengaruhi reaksi pasien terhadap nyeri  
Rasional : Dengan mengetahui faktor-faktor tersebut maka perawat dapat melakukan intervensi yang sesuai dengan masalah klien.
  - c) Berikan posisi yang nyata dan, usahakan situasi ruang yang terang  
Rasional : Untuk mengurangi rasa nyeri .
  - d) Berikan suasana gembira bagi pasien, alihkan perhatian pasien dari rasa nyeri  
Rasional : Dengan melakukan aktivitas lain, pasien dapat sedikit melupakan perhatiannya terhadap nyeri yang dialami.
  - e) Berikan kesempatan pada pasien untuk berkomunikasi dengan teman-teman atau orang terdekat.  
Rasional : Tetap berhubungan dengan orang-orang terdekat atau teman membuat pasien bahagia dan dapat mengalihkan, perhatiannya terhadap nyeri.
  - f) Kolaborasi dengan dokter pemberian analgetik  
Rasional : Obat analgetik dapat menekan atau mengurangi nyeri pasien.
- 7) Cemas berhubungan dengan ketidaktahuan tentang penyakit, krisis situasi proses penyakit dan hospitalisa
- Tujuan : cemas teratasi
- Kriteria hasil : cemas berkurang, tidak gelisah, pasien kooperatif, tidur 6-8 jam, Nadi : 60-80x/menit, RR : 16-20x/menit
- RenQAcana tindakan :
- a) Kaji dan dokumentasikan tingkat kecemasan pasien.  
Rasional : memudahkan intervensi.

- b) Kaji mekanisme koping yang digunakan pasien untuk mengatasi ansietas di masa lalu.  
Rasional : mempertahankan mekanisme koping adaptif, meningkatkan kemampuan mengontrol *ansietas*
- c) Lakukan pendekatan dan berikan motivasi kepada pasien untuk mengungkapkan pikiran dan perasaan.  
Rasional : pendekatan dan motivasi membantu pasien untuk mengeksternalisasikan kecemasan yang dirasakan.  
Motivasi pasien untuk memfokuskan diri dan harapan-harapan yang positif terhadap terapi yang dijalani.  
Rasional : alat untuk mengidentifikasi mekanisme koping yang dibutuhkan untuk mengurangi kecemasan.
- d) Berikan penguatan yang positif untuk meneruskan aktivitas.  
Rasional : menciptakan rasa percaya dalam diri pasien bahwa dirinya mampu mengatasi masalahnya dan memberi keyakinan pada diri sendiri yang dibuktikan dengan pengakuan orang lain atas kemampuannya.
- e) Anjurkan pasien untuk menggunakan teknik relaksasi.  
Rasional : menciptakan perasaan yang tenang dan nyaman.
- f) Kolaborasi pemberian obat anti ansietas.  
Rasional : mengurangi ansietas sesuai kebutuhan.

## B. Tinjauan DHF Menurut Islam

Islam adalah agama pertama yang memerintahkan agar tidak menyerahkan perawatan kesehatan kecuali kepada yang ahli (profesional). Barang siapa yang merawat kesehatan sedang itu bukan ahlinya (tidak menguasai ilmunya) maka ia disalahkan dan harus bertanggungjawab terhadap kesalahannya. Islam menghendaki keahlian, mendorong untuk mengutamakan ilmu medis, pengobatan dan dokter, serta tidak membatasi dengan do'a dan mantra untuk menyembuhkan penyakit. (Fanjari 2016, 7).

Islam menjelaskan pula bahwa penyakit apapun macamnya, Allahlah yang menjadikan-Nya dan Allah pula yang menyediakan obatnya. Dalam menanggulangi penyakit manusia tidak boleh berputus asa, sebagaimana yang dijelaskan oleh Nabi

Muhammad Saw Artinya : Diriwayatkan dari Abu Darda, Ia berkata : Rasulullah SAW bersabda:

الدَّاءُ وَالِدَوَاءُ وَجَعَلَ لِكُلِّ دَاءٍ دَوَاءً فَتَدَاوُوا وَلَا تَدَاوُوا بِالْحَرَامِ

*Sesungguhnya Allah telah menurunkan penyakit dan obat dan menjadikan setiap penyakit ada obatnya. Maka hendaklah kamu berobat, tetapi janganlah kamu berobat dengan sesuatu yang haram (HR. Abu Daud)*

Masih menurut Imam Nawawi:

وَإِنْ تَرَكَ التَّدَاوِيَّ تَوَكُّلاً فَهُوَ فَضِيلَةٌ

Artinya: “Bila orang yang sakit tidak berobat karena tawakal (pasrah kepada Allah) maka hal itu merupakan suatu keutamaan.” Satu hal yang juga mesti dipahami dan diyakini oleh setiap orang yang sakit, bahwa ketika ia telah berusaha berobat dan mendapatkan kesembuhannya maka ia mesti berkeyakinan bahwa yang menyembuhkan penyakitnya adalah Allah semata, bukan obat yang diminumnya. Usaha berobat yang ia lakukan adalah ikhtiar seorang hamba untuk mendapatkan anugerah kesembuhan dari Tuhannya. Obat yang ia minum hanyalah sarana belaka. Sedangkan kesembuhan yang didapatkannya adalah semata karena kehendak dan anugerah Allah yang tanpa ikhtiar dan sarana sekalipun Allah berkuasa untuk melakukannya.

Rasulullah bersabda:

لِكُلِّ دَاءٍ دَوَاءٌ فَإِذَا أُصِيبَ دَوَاءُ الدَّاءِ بَرئَ بِإِذْنِ اللَّهِ عَزَّ وَجَلَّ

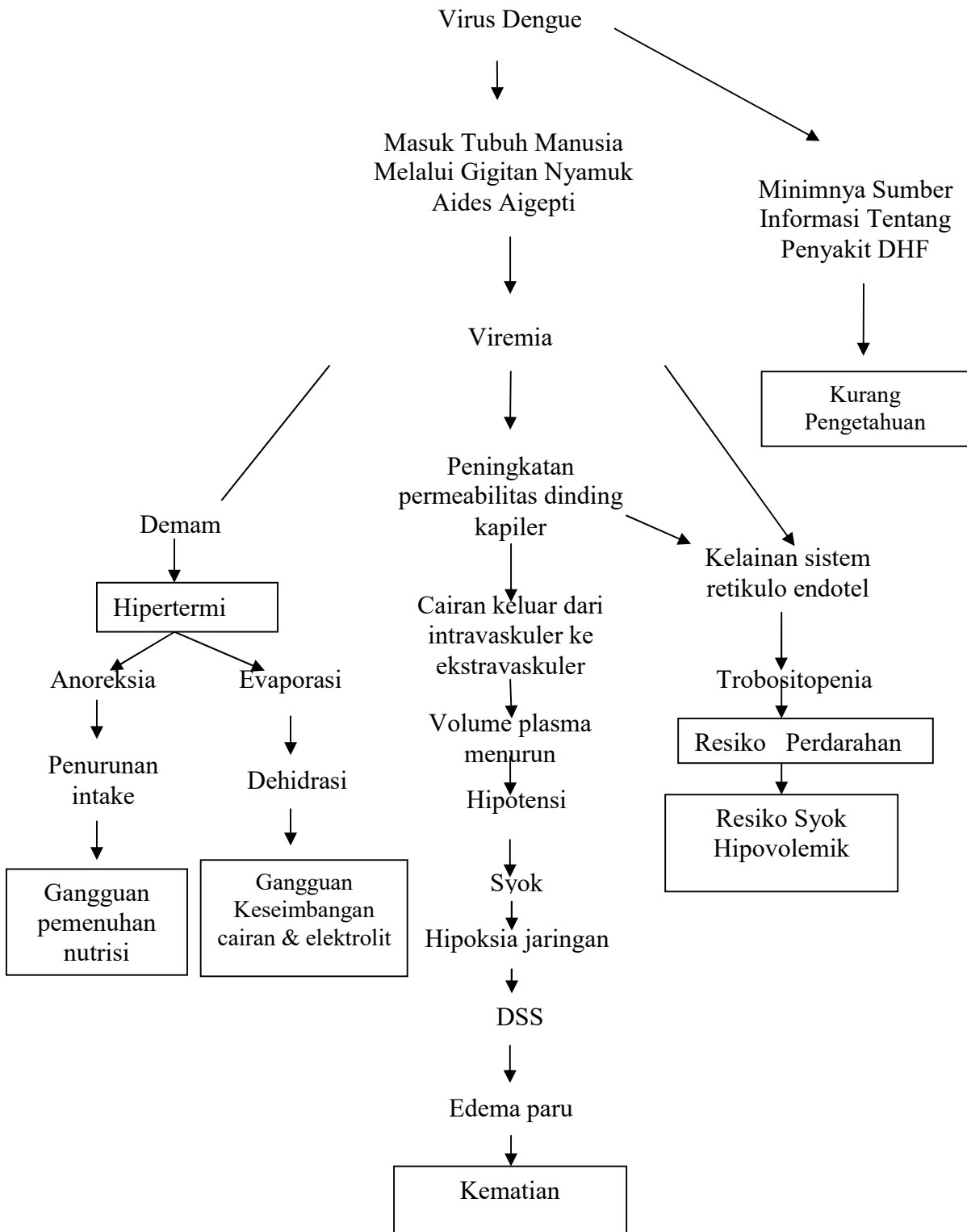
Artinya: “Setiap penyakit memiliki obat. Bila cocok obat dengan penyakitnya maka akan sembuh dengan izin Allah Ta’ala.” Karena kesembuhan mutlak kehendak dan anugerah Allah semata maka juga perlu dipahami bahwa obat yang hanya sebagai sarana bisa berbentuk apa saja. Obat medis, obat herbal, ramuan tradisional, air putih yang didoakan kiai dan lain sebagainya adalah sarana-sarana yang bisa dijadikan obat. Dengan sarana yang mana seseorang yang sakit akan mendapatkan kesembuhannya hanya Allah yang tahu sesuai dengan kehendak-Nya.

Mencermati dalil di atas, dapat diambil pengertian bahwa manusia harus menjaga diri agar tidak terkena penyakit yang bisa merusak tubuhnya dan sudah seharusnya berobat jika menderita sakit sepanjang tidak berobat dengan sesuatu yang haram. Kegiatan penanggulangan yang dilakukan adalah pengasapan, Pemberantasan Sarang Nyamuk dan Abatisasi, Penyuluhan. Beberapa faktor penyebab DHF



diantaranya karena peningkatan kasus di daerah Endemis, beberapa daerah yang selama ini sporadis terjadi KLB, kemungkinan ada kaitannya dengan pola musiman 3-5 tahun.

### C. Pathway



Gambar 2.1 Pathway

Sumber: (Sylvia A dan Lortainne M Wilson, 2016)

## **BAB III**

### **TINJAUAN KASUS**

#### **A. Pengkajian**

Nama Mahasiswa: Fahrudin

Tempat Praktek : Ruang Hafsah RSIA. Aisyiyah Klaten

Tanggal : 1 Juli 2019

##### **1. Identitas**

- a. Nama : An. ADK
- b. No.RM. : 1298xxx
- c. Tgl. Lahir : 05-07-2016
- d. Usia : 3 Tahun
- e. Pendidikan : Belum Sekolah
- f. Alamat : Ngaran Mlese Ceper Klaten
- g. Nama Ayah/Ibu : Tn. SK/ Ny.DSU.
- h. Pekerjaan Ayah : Buruh
- i. Pekerjaan Ibu : Ibu rumah tangga
- j. Agama : Islam
- k. Alamat : Ngaran Mlese Ceper Klaten
- l. Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia

##### **2. Keluhan Utama**

Ibu mengatakan anaknya badannya panas, pusing, mual, muntah

##### **3. Riwayat Penyakit Sekarang**

###### **a. Munculnya Keluhan**

Mulai muncul keluhan pada tanggal 27 Juni 2019, muncul secara tiba-tiba. Ibu tidak mengetahui faktor penyebab anaknya tiba-tiba panas, mual, muntah dan batuk.

###### **b. Karakteristik**

Panas terus menerus, ibu mengatakan gejala yang menyertai anaknya sempat mual dan mutah.

c. Masalah Sejak Munculnya Keluhan

Ibu mengatakan anaknya demam terus menerus anaknya diberi obat penurun panas tidak mau turun badan menjadi lemas. Semenjak dirawat di RS keadaan anaknya membaik.

4. Riwayat Masa Lampau

a. Prenatal

Ny. DSU mengatakan tidak pernah mengalami penyakit yang hebat/ berat saat hamil An. ADK . Ny. DSU selalu memeriksakan kehamilannya di bidan terdekat

b. Penyakit waktu kecil

Sebelumnya An ADK hanya sakit demam, 2 hari sampai 3 hari sudah sembuh disertai batuk dan pilek biasa dan An. ADK sering di periksakan di puskesmas

c. Pernah di rawat di RS

An. ADK sebelumnya belum pernah dirawat di RS, saat ini yang pertama di rawat di RS

d. Obat – obatan Alergi

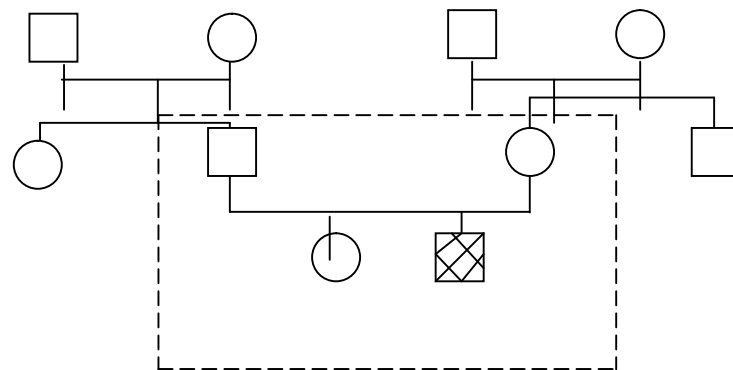
Keluarga mengatakan An.ADK tidak mempunyai alergi makanan atau obat-obatan, An. ADK imunisasinya

5. Riwayat Keluarga

a. Penyakit yang pernah/sedang diderita oleh keluarga.


Didalam keluarga An.ADK tidak ada anggota keluarga yang sedang menderita suatu penyakit apapun. Selain itu didalam anggota An.ADK tidak ada yang memiliki riwayat penyakit apapun (DM, HT)

b. Genogram



Gambar 3.1 Genogram keluarga an.ADK.

Keterangan:

□ : Laki-laki    ○ : Perempuan     : Pasien

## 6. Riwayat Sosial

An. ADK diasuh sendiri oleh ayah dan ibunya sendiri dan An.adk bila bermain bersama teman teman sebayanya di lingkungan rumah.

## 7. Keadaan Kesehatan Saat Ini

### a. Diagnosa medis

DHF hari IV

### b. Tindakan operasi

Tidak ada.

### c. Obat-obatan

- 1) Infus Ringer Asshering 12 tpm
- 2) Injeksi Santagesic 130mg ( Extra 4 jam )
- 3) Sanmol 6cc kalau perlu
- 4) Trombovit 3x1 sachet
- 5) OBP 3x1 Sachet

### d. Tindakan Keperawatan

- 1) Mengukur tanda-tanda vital
- 2) Mengukur suhu tiap 6 jam
- 3) Ukur intake output
- 4) Ukur IWL
- 5) Motivasi keluarga untuk membantu klien agar mau minum 1 gelas belimbing selam 2 jam berturut-turut agar terhindar dari tanda-tanda dehidrasi.

### e. Hasil laboratorium

Pemeriksaan Laboratorium pada tanggal 1 Juli 2019

Tabel 3.1 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Rujukan	Satuan	Metode
<b>Hematologi</b>				
Hemoglobin	13,2	10 -16	g/dl	Sysmex XN-L350
Leukosit	5,52	4,8-10,8	$10^3/uL$	
Trombosit	130	150-450	$1^3/uL$	
Eritrosit	5,01	4,20-5,40	$10^6/uL$	
Hematokrit	37,9	37 – 47	%	
MCV	75,6	86-110	fL	
MCH	34,8	26-50	Pg	
MCMH	34,8	31-37	g/dL	



f. Data tambahan

Terapy

- 1) Infus Ringer Asshering 12 tpm
- 2) Injeksi Santagesic 130mg ( Extra 4 jam )
- 3) Sanmol 6cc kalau perlu
- 4) Trombovit 3x1 sachet
- 5) OBP 3x1 Sachet

8. Pengkajian Pola Fungsi Gordon

a. Persepsi kesehatan dan manajemen kesehatan

Anak :

Sejak kecil An.ADK tidak pernah menderita penyakit yang serius dan apabila sakit hanya batuk, pilek dan demam biasa. Dan jika ada anggota keluarga yang mengalami sakit, keluarga langsung membawanya untuk berobat ke pelayanan kesehatan terdekat.

b. Nutrisi metabolik

Anak :

- 1) Masa bayi reflek hisap (+) kuat, diberikan ASI dan PASI (pisang).
- 2) Dalam 24 jam An.ADK susah untuk makan dan minum karena mengalami penurunan nafsu makan. BB lahir : 3.000, BB sekarang : 13 kg.
- 3) Makanan yang disukai An.ADK belum suka pedes dan suka semua sayuran.  
Di kulit tidak ada lesi, tidak mengkonsumsi suplemen vitamin.

Orang tua :

Status nutrisi orang tua/keluarga saat ini cukup baik. Tidak ada masalah dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi.

A. BB: 13 kg

B. TB: 85 cm

C. Tidak terdapat tanda-tanda malnutrisi

D. Diet Bubur

c. Pola eliminasi

Anak :

BAB :Pola eliminasi An.ADK lancar

BAK : lancar.

d. Aktivitas dan pola latihan

Anak :

An.ADK” mandi sabin 2xsehari setiap pagi dan sore dengan menggunakan sabun bayi.

Tabel 3.2 Aktivitas dan Pola Latihan

Aktivitas	0	1	2	3	4
Mandi			√		
Toileting			√		
Berpakaian			√		
Makan/Minum			√		
Mobilisasi TT			√		
Ambulasi			√		

Keterangan :

0 : mandiri

1 : dibantu sebagian

2 : dibantu orang lain

3 : dibantu orng lain dan alat

4 : tidak mampu

e. Pola istirahat tidur

Anak :

An.ADK tidur malam biasanya selama 8 jam dimulai dari pukul 21.00 – 05.00, An”P” juga sering tidur siang selama 2 jam, tetapi selama sakit An. ADK sering rewel dan tidak bisa tidur nyenyak. An.ADK biasanya tidur dengan posisi terlentang dan terkadang miring kanan dan kiri.

f. Pola kognitif-persepsi

Anak :

Respon anak terhadap perawat yang merawat selama sakit pasien menangis bila didatangi oleh perawat atau tim medis lainnya

Orang tua :

Oarng tua An.ADK tidak mengalami gangguan dalam penglihatan maupun pendengaran. Orang tua An. ADK sudah bisa dalam mengambil keputusan sendiri misalnya apabila ada anggota keluarga yang mengalami sakit langsung dibawa ke pusat pelayanan kesehatan terdekat.

g. Persepsi diri – pola konsep diri

Anak :

Status mood An.ADK cukup baik. An.ADK terlihat selalu menangis bila didatangi oleh perawat atau tim medis lainnya

Orang tua :

Orang tua An.ADK sudah benar sebagai orang tua, apabila anaknya sakit harus segera mendapatkan pelayanan kesehatan. Dan bekerja untuk menghidupi keluarga dan anak-anaknya.

h. Pola peran – hubungan

Anak :

An.ADK merupakan anak kedua di keluarga Tn.SK

Orang tua :

Orang tua bersyukur memiliki anak seperti An.ADK

i. Sexualitas

Anak :

An.ADK berjenis kelamin laki-laki

Orang tua :

An.ADK adalah anak kedua. Orang tua An.ADK sudah ikut program KB

j. Koping – pola toleransi stress

Anak :

An.ADK sangat tenang dan jarang rewel ketika diambil darah untuk pemeriksaan laboratorium pasien tidak menangis, koping mekanisme yang dilakukan klien untuk mengatasi masalah dengan didampingi keluarga untuk merilekskan An.ADK

Orang tua :

Sesuatu yang bernilai dalam hidup orang tua An.ADK adalah merupakan semangat dalam hidupnya untuk melakukan segala aktivitas misalnya bekerja.

k. Nilai – pola keyakinan

Anak :

- Ibu pasien mengatakan bahwa anak sering diajak ke mushola oleh ayahnya.

- Sewaktu sebelum sakit pasien mampu mengikuti ayahnya ke mushola namun dalam keadaan sakit, aktivitas untuk beribadah mengikuti ayahnya ada hambatan.

Orang tua :

Orang tua An.ADK percaya bahwa anaknya akan segera sembuh dengan perawatan yang sesuai.

## 9. Pemeriksaan Fisik

- a. Keadaan umum : Sedang Kesadaran : CM
- b. Tanda – tanda vital : N : 120 x/mnt, S : 38,6<sup>0</sup> C, R : 24 x/mnt
- c. Ukuran anthropometri : TB : 85 cm BB : 13 kg LK :
- d. Mata : Cowong, Konjungtiva tidak anemis, pupil simetris 2 mm, reflek cahaya +/+
- e. Hidung : Bersih, tidak ada sekret
- f. Mulut : Tidak sianosis, mukosa kering
- g. Telinga : Simetris, tidak ada sekret, fungsi pendengaran baik
- h. Tengukuk : Tidak ada kaku kuduk
- i. Dada :
  - a) Paru :
    - I : Simetris, tidak ada retraksi dinding dada, iktus cordis tidak tampak.
    - P : Sonor
    - P : Teraba SIC IV – V
    - A : Vesikuler, tidak ada bunyi tambahan.
  - b) Jantung:
    - S1-S2 murni, tak ada murmur, bising (-).
- j. Abdomen :
  - I : Tidak distensi , kembung
  - A : Peristaltik usus meningkat
  - P : Supel, lien tak teraba
  - P : Timpani
- k. Punggung : Tidak ada kelainan
- l. Genetalia : penis normal, anus normal

- m. Ekstremitas : Tidak terdapat kelainan pada ekstremitas atas maupun ekstremitas bawah. Akral hangat, terpasang infus Ashering 12 tpm/mnt di tangan kiri hari ke 1, tidak ada odema,
- n. Kulit : Kulit bersih, turgor kulit elastis, tidak terdapat lesi dan kelainan pada kulit. terdapat petikie.

10. Pemeriksaan Perkembangan

11. Informasi Lain

12. Ringkasan Riwayat Keperawatan

Keluarga mengatakan An.ADK baru pertama ini dirawat (mondok) di rumah sakit.

I. Analisa Data

Tabel 3.3 Analisa Data pada an.ADK.

DATA	MASALAH	ETIOLOGI
DS : Ibu An ADK mengatakan Panas terus menerus Gejala yang menyertai ibu mengatakan anaknya sempat mual dan mutah DO : - Pasien tampak lemah, wajah pucat, turgor kulit tidak elastis - Mukosa mulut kering - DO : S : 38,6 <sup>0</sup> C, N : 120x/ mnt R : 24x/ mnt	Defisit volume cairan	Ketidakeimbangan antara intake dan out put
DS : Ibu mengatakan An"ADK demam terus menerus anaknya diberi obat penurun panas tidak mau turun badan menjadi lemas. - DO : S : 38,6 <sup>0</sup> C, N : 120x/ mnt R : 24x/ mnt Akral teraba hangat	Hipertermia	Proses infeksi virus dengue
DS : ibu An ADK mengatakan tiap kali ada perawat ataupun tim medis lain yang mendekat anaknya selalu nangis  DO : An ADK tampak rewel setiap kali akan disuntik maupun saat ada dokter yang visite	Cemas	Hospitalisasi
DS : - DO : - Trombosit : 130 10 <sup>3</sup> /uL - Hemoglobin : 13,2 gr/dl - Hematocrit : 37,9 %	Resiko perdarahan	Trombositopenia

## II. Diagnosa Keperawatan Prioritas

1. Defisit volume cairan b/d ketidakseimbangan antara intake dan output
2. Hipertermia b/d proses penyakit
3. Cemas b/d hospitalisasi
4. Resiko perdarahan berhubungan dengan trombositopenia

## III. Rencana Intervensi Keperawatan

Tabel 3.4 Rencana Intervensi Keperawatan pada an.ADK.

No Dx	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI
1	Defisit volume cairan b/d ketidakseimbangan antara intake dan output	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan volume cairan adekuat dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada tanda-tanda dehidrasi</li> <li>- Mempertahankan urin output sesuai dengan usia, BB, BJ urin normal, Hematokrit normal</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ukur tanda-tanda vital</li> <li>2. Monitor status hidrasi</li> <li>3. Monitor intake dan output cairan</li> <li>4. beri cairan oralit</li> <li>5. kolaborasi dalam pemberian cairan intra vena</li> </ol>
2	Hipertermi b.d, pening-katan metabolik, viremia	Setelah dilakukan tindak-an perawatan selama 3X 24 jam suhu badan pasien normal, dengan kriteria : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suhu badan normal</li> <li>- Suhu kulit normal 36,1<sup>0</sup>C – 37,1<sup>0</sup>C</li> <li>- Tidak ada sakit kepala/pusing</li> <li>- Nadi, respirasi dbn</li> <li>- Hidrasi adekuat</li> <li>- Tidak menggigil</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor suhu sesuai kebutuhan</li> <li>2. Monitor tekanan darah, nadi dan respirasi</li> <li>3. Monitor suhu dan warna kulit</li> <li>4. Monitor dan laporkan tanda dan gejala hipertermi</li> <li>5. Anjurkan intake cairan dan nutrisi yang adekuat</li> <li>6. Ajarkan klien bagaimana mencegah panas yang tinggi dengan kompres hangat</li> <li>7. Monitor leukosit, hematokrit dan Hb.</li> <li>8. Anjurkan klg klien untuk memberikan baju berbahan dingin, tipis dan menyerap keringat.</li> <li>9. Berikan tempat tidur yang bersih dan nyaman.</li> <li>10. Batasi pengunjung.</li> <li>11. Dorong klien untuk cukup istirahat.</li> <li>12. Kolaborasi pemberian antipiretik dan multivitamin.</li> </ol>
3	Cemas b.d hospitalisasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan anak tidak cemas dengan KH: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anak dapat nyaman</li> <li>- Tidak ada manifestasi perilaku</li> <li>- Tidak ada manifestasi fisik</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji respon cemas anak</li> <li>2. Menerangkan kepada klien/keluargatntang semua pemeiksaan dan pengobatan</li> <li>3. Mndorong ortu untuk selalu menmani anak</li> <li>4. Melibatkan orang tua dalam perawatan dan pengobatan</li> <li>5. Menganjurkan anak untuk tekhnik relaksasi nafas dalam</li> </ol>



4	Resiko perdarahan berhubungan dengan trombositopenia	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan Tidak terjadi tanda-tanda perdarahan lebih lanjut teratasi dengan KH: - Jumlah trombosit meningkat.	1. Monitor tanda penurunan trombosit yang disertai gejala klinis. 2. Anjurkan pasien untuk banyak istirahat. 3. Beri penjelasan untuk segera melapor bila ada tanda perdarahan lebih lanjut. 4. Jelaskan obat yang diberikan dan manfaatnya.
---	--	---	---

#### IV. Pelaksanaan/Implementasi

Tabel 3.5 Pelaksanaan Hari Pertama

Dx	Tgl/Jam	Implementasi	Respon	TTD
1	1/7/2019 14.30	1. Mengukur vital sign 2. Mengukur status hidrasi 3. Kolaborasi dalam pemberian cairan intra vena	S : ibu mengatakan panas anaknya sudah mulai turun setelah di suntik dari UGD O : - Mukosa bibir kering - Turgor kulit tidak elastis - S : 37 <sup>5</sup> °C - Infus Ringer Asshering 12 tpm lancar	
2	17.00	1. Monitor suhu, nadi, respirasi 2. Monitor warna kulit dan tanda gejala hipertermi. 3. Menganjurkan untuk intake cairan dan nutrisi yang adekuat 4. Menganjurkan ibu untuk mengompres anaknya tiap kali panas dengan kompres hangat 5. Memberikan obat OBP 1 sachet dan Trombovit	S : ibu mengatakan anaknya masih panas O : - Akral teraba hangat - S : 37 <sup>5</sup> °C - N : 120x/menit - RR : 24x/menit	
3	15.00	1. Mengkaji rasa takut An. ADK. 2. Membina hubungan saling percaya	S : ibu mengatakan anaknya takut dengan perawat dan dokter O : anak tampak takut dan menangis tiap kali ada perawat yang mendekat	
4	17.00	(1) Monitor tanda penurunan trombosit yang disertai gejala klinis. (2) Anjurkan pasien untuk banyak istirahat. (3) Beri penjelasan untuk segera melapor bila ada tanda perdarahan lebih lanjut. (4) Jelaskan obat yang diberikan dan manfaatnya.	DS : ibu pasien mengatakan anaknya tidak mengalami mimisan atau berak hitam DO : - Trombosit : 130 10 <sup>3</sup> /uL - Hemoglobin : 13,2 gr/dl - Hematocrit : 37,9 %	

Tabel 3.6 Pelaksanaan Hari Kedua

Dx	Tgl/Jam	Implementasi	Respon	TTD
1	2/7/2019 14.30	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur vital sign</li> <li>2. Mengukur status hidrasi</li> <li>3. Melakukan kolaborasi dalam pemberian cairan intra vena</li> <li>4. Menganjurkan ibu memberikan minum sedikit-sedikit tapi sering</li> </ol>	<p>S : ibu mengatakan anaknya sudah tidak demam, mulai mau makan dan minum</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mukosa bibir lembab</li> <li>- Turgor kulit mulai elastis</li> <li>- S : 37<sup>o</sup>C</li> <li>- Pasien terpasang infus Ringer Asshering 12 tpm</li> </ul>	
2	17.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor suhu, nadi, respirasi</li> <li>2. Memonitor warna kulit dan tanda gejala hipertermi.</li> <li>3. Menganjurkan untuk intake cairan dan nutrisi yang adekuat</li> <li>4. Menganjurkan keluarga untuk membatasi pengunjung</li> <li>5. Menganjurkan keluarga untuk memberikan sanmol drops 6 cc bila anaknya panas</li> </ol>	<p>S : ibu mengatakan panas anaknya sudah mulai turun</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Akral teraba hangat</li> <li>- S : 37<sup>o</sup>C</li> <li>- N : 120x/menit</li> <li>- RR : 24x/menit</li> </ul>	
3	15.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji rasa takut An. ADK</li> <li>2. Membina hubungan saling percaya</li> <li>3. Mendorong orang tua untuk selalu menemani anak</li> </ol>	<p>S : ibu mengatakan anaknya masih takut dengan perawat dan dokter</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- anak tampak takut dan menangis tiap kali ada perawat yang mendekat</li> <li>- orang tua tampak selalu menemani anaknya</li> </ul>	
4	15.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Monitor tanda penurunan trombosit yang disertai gejala klinis.</li> <li>(2) Anjurkan pasien untuk banyak istirahat.</li> <li>(3) Beri penjelasan untuk segera melapor bila ada tanda perdarahan lebih lanjut. Jelaskan obat yang diberikan dan manfaatnya</li> </ol>	<p>DS : Ibu pasien mengatakan anaknya tidak mengalami perdarahan baik mimisan ataupun muntah darah</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trombosit : 103 10<sup>3</sup>/uL</li> <li>- Hemoglobin : 12,0 gr/dl</li> <li>- Hematocrit : 34,6%</li> </ul>	

Tabel 3.7 Pelaksanaan Hari Ketiga

Dx	Tgl/Jam	Implementasi	Respon	TTD
1	3/7/16 14.30	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur vital sign</li> <li>2. Mengukur status hidrasi</li> <li>3. Melakukan kolaborasi dalam pemberian cairan intra vena</li> <li>4. Menganjurkan ibu memberikan oralit</li> </ol>	<p>S : ibu mengatakan anaknya sudah tidak demam</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mukosa bibir lembab</li> <li>- Turgor kulit mulai elastis</li> <li>- S : 36<sup>5</sup>°C</li> <li>- Pasien terpasang infus Ringer Asshering 12tpm</li> </ul>	
2	16.30	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor suhu, nadi, respirasi</li> <li>2. Monitor warna kulit dan tanda gejala hipertermi.</li> <li>3. Menganjurkan untuk intake cairan dan nutrisi yang adekuat</li> <li>4. Menganjurkan keluarga untuk membatasi pengunjung</li> <li>5. Menganjurkan keluarga untuk memberikan paracetamol syrup tiap kali anaknya panas</li> </ol>	<p>S : ibu mengatakan anaknya sudah tidak panas</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Akral teraba hangat</li> <li>- S : 36<sup>5</sup>°C</li> <li>- N : 120x/menit</li> <li>- RR : 24x/menit</li> </ul>	
3	17.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji rasa takut An. ADK</li> <li>2. Membina hubungan saling percaya</li> <li>3. Mendorong orang tua untuk selalu menemani anak</li> </ol>	<p>S : ibu mengatakan anaknya masih nangis kalau ada dokter yang periksa</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- anak tampak tidak takut dan menangis tiap kali ada perawat yang mendekat</li> <li>- orang tua tampak selalu menemani anaknya</li> </ul>	
4	18.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Monitor tanda penurunan trombosit yang disertai gejala klinis.</li> <li>(2) Anjurkan pasien untuk banyak istirahat.</li> <li>(3) Beri penjelasan untuk segera melapor bila ada tanda perdarahan lebih lanjut.</li> <li>(4) Jelaskan obat yang diberikan dan manfaatnya</li> </ol>	<p>DS : Ibu pasien mengatakan selama dirawat dirumah sakit tidak mengalami perdarahan</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trombosit : 92 10<sup>3</sup>/uL</li> <li>- Hemoglobin : 12,5 gr/dl</li> <li>- Hematocrit : 37,2 %</li> </ul>	

## V. Evaluasi

Tabel 3.6 Evaluasi

Dx	Tgl/Jam	Evaluasi	Ttd
1	1/7/2019 Jam 15.00.	<p>S : ibu mengatakan panas anaknya sudah mulai turun setelah di suntik dari UGD</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mukosa bibir kering</li> <li>- Turgor kulit tidak elastis</li> <li>- S : 37<sup>5</sup>°C</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan ibu untuk memberikan minum sedikit tapi sering</li> </ul>	
2	1/7/2019 Jam 17.00	<p>S : ibu mengatakan anaknya masih panas</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Akral teraba hangat</li> <li>- S : 37<sup>5</sup>°C</li> <li>- N : 120x/menit</li> <li>RR : 24x/menit</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : pertahankan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajarkan klien bagaimana mencegah panas yang tinggi dengan kompres hangat</li> <li>- Monitor leukosit, hematokrit dan Hb.</li> <li>- Anjurkan klg klien untuk memberikan baju berbahan dingin, tipis dan menyerap keringat.</li> </ul>	
3	1/7//2019 Jam 15.00	<p>S : ibu mengatakan anaknya takut dengan perawat dan dokter</p> <p>O : anak tampak takut dan menangis tiap kali ada perawat yang mendekat</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : pertahankan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mendorong ortu untuk selalu menemani anak</li> <li>- Melibatkan orang tua dalam perawatan dan pengobatan</li> <li>- Mengajarkan anak untuk tehnik relaksasi nafas dalam</li> </ul>	
4	1/7/2019 Jam 17.00	<p>DS : ibu pasien mengatakan anaknya tidak mengalami mimisan atau berak hitam</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trombosit : 130 10<sup>3</sup>/uL</li> <li>- Hemoglobin : 13,2 gr/dl</li> <li>- Hematocrit : 37,9 %</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : pertahankan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tanda penurunan trombosit yang disertai gejala klinis.</li> <li>- Anjurkan pasien untuk banyak istirahat.</li> </ul>	
1	2/7/2019 Jam 15.00	<p>S : ibu mengatakan anaknya sudah tidak demam, mulai mau makan dan minum</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mukosa bibir lembab</li> <li>- Turgor kulit mulai elastis</li> <li>- S : 37° C</li> <li>- Pasien terpasang infus Ringer Asshering 12 tpm</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan ibu untuk memberikan minum sedikit tapi sering</li> </ul>	

2	2/7/2019	<p>S : ibu mengatakan panas anaknya sudah mulai turun</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Akral teraba hangat</li> <li>- S : 37 °C</li> <li>- N : 120x/menit</li> <li>- RR : 24x/menit</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : pertahankan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajarkan klien bagaimana mencegah panas yang tinggi dengan kompres hangat</li> <li>- Monitor leukosit, hematokrit dan Hb.</li> <li>- Anjurkan klg klien untuk memberikan baju berbahan dingin, tipis dan menyerap keringat.</li> </ul>
3	2/7/2017	<p>S : ibu mengatakan anaknya masih takut dengan perawat dan dokter</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- anak tampak takut dan menangis tiap kali ada perawat yang mendekat</li> <li>- orang tua tampak selalu menemani anaknya</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : pertahankan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mendorong ortu untuk selalu menemani anak</li> <li>- Melibatkan orang tua dalam perawatan dan pengobatan</li> <li>- Mengajarkan anak untuk tehnik relaksasi nafas dalam</li> </ul>
4	2/7/2019	<p>DS : ibu pasien mengatakan anaknya tidak mengalami mimisan atau berak hitam</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tromosit : 103 10<sup>3</sup>/uL</li> <li>- Hemoglobin : 12 gr/dl</li> <li>- Hematocrit : 34,6%</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : pertahankan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tanda penurunan trombosit yang disertai gejala klinis.</li> <li>- Anjurkan pasien untuk banyak istirahat.</li> </ul>
1	3/7/2019 15.00	<p>S : ibu mengatakan anaknya sudah tidak demam</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mukosa bibir lembab</li> <li>- Turgor kulit mulai elastis</li> <li>- S : 36<sup>5</sup> °C</li> <li>- Pasien terpasang infus Ringer Asshering 12tpm</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi di hentikan pasien Boleh Pulang</p>
2	3/7/2019 15.00	<p>S : ibu mengatakan anaknya sudah tidak panas</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Akral teraba hangat</li> <li>- S : 36<sup>5</sup> °C</li> <li>- N : 120x/menit</li> <li>- RR : 24x/menit</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>
3	3/7/2019 15.00	<p>S : ibu mengatakan anaknya masih merengsek kalau ada perawat maupun dokter yang mendekat</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- anak tampak takut dan menangis tiap kali ada perawat yang mendekat</li> <li>- orang tua tampak selalu menemani anaknya</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi pasien boleh pulang</p>

---

4	3/7/2019 Jam15.00	DS : Ibu pasien mengatakan selama dirawat dirumah sakit tidak mengalami perdarahan DO : - Trombosit : $92 \cdot 10^3/uL$ - Hemoglobin : 12,5 gr/dl - Hematocrit : 37,2% A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi di hentikan pasien boleh pulang Anjurkan pasien untuk banyak istirahat.
---	----------------------	---

---

‘



## BAB IV PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas tentang tindakan pemberian kompres hangat pada asuhan keperawatan yang mengalami *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) dengan yang sudah dilakukan penulis di Ruang Hafsa RSIA Aisyiyah Klaten. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan proses keperawatan. Proses keperawatan adalah suatu metode sistematis dan ilmiah yang digunakan perawat untuk memenuhi kebutuhan pasien dalam mencapai dan mempertahankan keadaan biologis, psikologis, sosial dan spiritual yang optimal melalui tahap pengkajian, identifikasi diagnosa keperawatan, penentuan rencana keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan, serta mengevaluasi tindakan keperawatan (Suarli, 2012).

### A. Gambaran Rumah Sakit

Rumah sakit tipe B dengan jumlah tenaga kesehatan 112 perawat, 25 dokter dan 54 tenaga lainnya. Dengan pendidikan tenaga kesehatan dari D III sampai dengan S2. Jumlah pasien sebelum 5.678 orang dan kasus terbanyak yang terjadi pada anak adalah DHF.

Pada Bulan Februari 2019 kasus terbanyak di Ruang Hafsa antara lain *Dengue Hemorrhagic Fever* 28,7%, Bronkhopneumonia 19,1%, Diare Cair Akut 15,3 %, *Thyphoid Fever* 11,6% dan diikuti kasus yang lainnya. Dari data tersebut, penulis mengambil kasus DHF di Ruang Hafsa

### B. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal dari proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Lyer dkk, 1996 dalam Setiadi, 2012). Keberhasilan proses keperawatan sangat bergantung pada tahap pengkajian (Yanyan, 2010).

Pengkajian kasus ini dilakukan pada tanggal 1 Juli 2019, pengkajian meliputi nama An. ADK, No RM 1298xx, tanggal lahir 5 Juli 2016, umur 3 tahun, belum sekolah, dengan alamat Ngaran, Mlese, Ceper, Klaten. Penanggung jawab dari pasien nama Bapak Tn SK dan Ny. DSU.

Berdasarkan keluhan pasien orang tua pasien mengatakan anak badannya panas, pusing, mual dan muntah. Keluhan pasien muncul secara tiba-tiba dan ibu tidak mengetahui penyebab anak panas, mual, muntah dan batuk. Menurut jurnal penelitian Zainal dkk (2014) sebagian besar klien DHF masuk rumah sakit dengan keluhan demam (55,34%), mual muntah (18,12%), perut sakit (12,02%), pusing (8,25%), diare (3,23%), konstipasi (3,04%). Gejala awal penyakit DHF biasanya didahului dengan demam tinggi selama 2-7 hari, perdarahan terutama dibawah kulit (*hematoma, ecymosis*), *epitaksis, hematemesis melena, hematuria*, mual, muntah, nafsu makan menurun, diare, konstipasi, nyeri otot, tulang, sendi, abdomen dan ulu hati, sakit kepala, pembesaran hati, limpa dan kelenjar getah bening, tanda-tanda renjatan (Ridha, 2013). Hal ini menunjukkan tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus, yaitu gejala DHF meliputi batuk, mual, muntah.

Berdasarkan pengkajian fungsi gordon menunjukkan bahwa persepsi kesehatan dan manajemen kesehatan ibu mengatakan anak tidak pernah sakit serius dan jika ada anggota keluarga yang sakit, ibu segera membawa ke pusat pelayanan kesehatan terdekat. Dalam pemenuhan nutrisi tidak dapat malnutrisi, eliminasi baik dan motorik dibantu orang tua dan pola tidur baik. Berdasarkan pemeriksaan fisik didapatkan kesadaran CM dan keadaan umum sedang. Tanda-tanda vital N : 120 x/mnt, S : 38,6oC dan R ; 24 x/mnt.

Penulis tidak ditemukan kesenjangan antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka dalam pemeriksaan penunjang, akan tetapi pemeriksaan penunjang yang ada pada tinjauan pustaka tidak semua dilakukan pada kasus dikarenakan hal yang paling penting untuk membedakannya antara DHF dan penyakit lainnya adalah adanya pemeriksaan darah yang menunjukkan trombosit menurun (*trombositopenia*) dan hematokrit (*PCV/HCT*) yang meningkat (*hemokonsentrasi*).

Berdasarkan pemeriksaan laboratorium pada pasien, namun tinjauan pustaka disebutkan bahwa pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada penderita DHF antara lain menurut Cris Tanto (2014) : laboratorium, pemeriksaan, radiologis, dan serologi: uji *hemaglutinasi inhibisi* dilakukan saat fase akut dan fase *konvalens*. Trombosit merupakan senyawa yang berfungsi untuk menghentikan perdarahan dengan membentuk semacam penyumbat pada lesi. Tubuh kita senantiasa mengalami lesi-lesi kecil yang seringkali tidak terlihat, tetapi segera ditutup oleh trombosit dan sistem *hemostasis* lainnya sehingga kita tidak menyadarinya.

Penderita infeksi dengue yang mengalami penurunan jumlah trombosit secara signifikan, fungsi hemostasis tersebut terganggu sehingga muncul manifestasi perdarahan berupa petekie. Serta manifestasi perdarahan tidak hanya terbatas pada petekie saja melainkan dapat berupa ekimosis (perdarahan yang lebih luas dari petekie, seperti memar), epistaksis (mimisan), perdarahan gusi, perdarahan lambung (yang dapat menyebabkan muntah darah dan buang air besar warna hitam) hingga perdarahan otak. Pada prinsipnya, perdarahan dapat terjadi di mana saja di seluruh tubuh. Penurunan trombosit dapat diamati dengan pemeriksaan darah lengkap terutama kadar trombosit darah (Fitantra, 2017)

### C. Diagnosa keperawatan

Setiadi (2012), mengatakan diagnosa keperawatan adalah keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan, sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan perawat. Diagnosa keperawatan biasanya terdiri dari tiga komponen yaitu respon manusia (masalah), faktor berhubungan, tanda dan gejala.

Data pengkajian didapatkan, ibu mengatakan anaknya panas terus menerus disertai dengan mual dan muntah. Pasien tampak lemah, wajah pucat, turgor kulit tidak elastis, mukosa mulut kering, S : 38,6<sup>0</sup>C, N = 120 x/mnt dan R : 24 x/mnt. Hal ini menjadi dasar penulis menegakan diagnosa defisit volume cairan berhubungan dengan ketidakseimbangan antara intake dan output.

Pengkajian yang kedua didapatkan ibu mengatakan anak demam terus menerus, diberi obat penurun panas tidak mau turun dan badan menjadi lemas. Data objektif menunjukkan S : 38,6<sup>0</sup>C, N = 120 x/mnt dan R : 24 x/mnt. Hal ini mendasari penulis menegakan diagnosa hipertemia berhubungan dengan infeksi virus dengue.

Data subjektif menunjukkan ibu mengatakan anak selalu menangis, tiap ada perawat atau tim medis yang datang. Anak selalu rewel tiap kali akan disuntik dan ada dokter Advis. Hal ini mendasari penulis menegakan diagnosa cemas berhubungan dengan hospitlasasi.

Data objektif menunjukkan trombosit 130, hemoglobin 13,2 dan hematokrit 37,9. Hasil ini mendasari penulis menegakan diagnosa risiko perdarahan berhubungan dengan trombositopenia.

Berdasarkan data hasil pengkajian pada pasien, maka didapatkan prioritas diagnosa keperawatan yaitu hipertermi berhubungan infeksi virus dengue. Hipertermia mengacu pada batasan karakteristik yaitu adanya kulit kemerahan, peningkatan suhu tubuh diatas kisaran normal, takikardia, kulit terasa hangat. Hal ini menunjukkan antara hasil studi kasus dan teori tidak ada kesenjangan bahwa batasan karakteristik hipertermia yaitu *konvulsi*, kulit kemerahan, peningkatan suhu tubuh diatas kisaran normal, kejang, *takikardia*, *takipnea* dan kulit terasa hangat (Hermand dkk 2015). Hasil ini sesuai dengan Fahmi (2016) mengatakan diagnosa utama diprioritaskan pada Hipertermi berhubungan dengan infeksi saluran pencernaan.

Penulis memprioritaskan diagnosa hipertermi karena merupakan kebutuhan dasar manusia yang harus dipenuhi, hal ini dapat menyebabkan dehidrasi berat dan dapat merusak bagian-bagian tubuh lainnya bahkan bisa jadi syok, serta dapat beresiko kejang demam. Demikian pada hasil penelitian sesuai dengan teori atau tidak ada kesenjangan antara lain laporan kasus dengan teori. Hipertermi adalah suhu inti tubuh diatas kisaran normal di oral karena kegagalan termoregulasi. Batasan karakteristik : *Apnea*, pada dewasa nafsu makan berkurang, Gelisah, Hipotensi, Kejang, Koma, Kulit kemerahan, Kulit terasa hangat, Latergi, Postur abnormal, Stupor, Takikardi, Takipnea, Vasodilatasi(Nanda, 2015-2017).

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus bahwa pada asuhan keperawatan dengan DHF diagnosa utama yang muncul adalah hipotermia berhubungan dengan infeksi virus dengue.

#### D. Intevensi keperawatan

Perencanaan (intervensi) adalah suatu proses didalam Pemecahan masalah yang merupakan keputusan awal tentang sesuatu, apa yang akan dilakukan, bagaimana dilakukan, kapan dilakukan, siapa yang melakukan dari semua tindakan keperawatan (Dermawan, 2012).

Proses perencanaan keperawatan meliputi penetapan tujuan perawatan, penetapan kriteria hasil, dan pemilihan intervensi yang tepat nantinya akan dilakukan. Tujuan adalah hasil yang ingin dicapai untuk mengatasi masalah diangnosa keperawatan, sedangkan kriteria hasil adalah standar evaluasi yang memberikan petunjuk bahwa tujuan telah tercapai dan di gunakan dalam membuat pertimbangan. Tujuan dan kriteria hasil yang di lakukan oleh penulis berfokus pada pasien, singkat

dan jelas, dapat diobservasikan dan diukur, ada batas waktu, realistik, dan ditentukan oleh perawat dan pasien (Setiadi, 2012).

Berdasarkan diagnose keperawatan hipertermi berhubungan dengan infeksi virus dengue. Tujuan diberikan tindakan keperawatan adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan suhu badan pasien normal dengan kriteria suhu badan normal, suhu kulit normal 36,1-37,1<sup>o</sup> tidak ada sakit kepala atau pusing, suhu tubuh dalam batas normal (36-37<sup>o</sup>C), tekanan darah rentang normal (110/70-120/80 mmHg) nadi dalam rentang normal (110x/ menit), pernapasan dalam rentang normal (20-50x/ menit), akral teraba hangat.

Hasil ini sesuai dengan teori Bulechek (2015) mengatakan bahwa intervensi atau rencana keperawatan yang akan dilakukan pada pasien yaitu yang pertama yaitu monitor tanda-tanda vital (suhu, nadi, pernapasan), yang bertujuan untuk mengetahui adanya peningkatan suhu tubuh, yang kedua yaitu berikan kompres hangat yang bertujuan untuk mengurangi panas secara evaporasi, yang ketiga berikan antipiretik yang bertujuan sebagai penurun suhu tubuh, dan yang keempat anjurkan klien memakai pakaian tipis (Bulechek dkk, 2015). Hasil ini sesuai dengan Chandra (2013) mengatakan setelah tindakan keperawatan dilakukan selama 3 x 24 jam maka didapatkan hasil dengan suhu badan pasien menurun.

Menurut penelitian intervensi keperawatan yang diberikan pada klien hipertermi sudah sesuai dengan teori dan hasil penelitian, sehingga tidak ditemukan kesenjangan antara hasil laporan kasus dengan teori. Dengan kasus yang sama hipertermi antara pasien pada fase ini suhu pasien sama-sama naik turun dengan demikian intervensi yang dilakukan pada pasien yaitu dengan mengobservasi TTV, menurunkan suhu tubuh secara signifikan, serta terapi obat oleh anjuran dokter. Intervensi keperawatan yang diberikan NIC: vital sign status dan NIC: monitor suhu sesering mungkin, monitor warna kulit, monitor tekanan darah, nadi dan RR. Monitor penurunan tingkat kesadaran, berikan antipiretik, berikan pengobatan untuk mengatasi penyebab demam. Selimuti pasien, kolaborasi pemberian cairan intravena (Nanda NIC-NOC 2015-2017).

#### E. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Ada tiga tahap dalam tindakan

keperawatan, yaitu tahap persiapan, tahap intervensi, dan tahap dokumentasi (Setiadi, 2012). Implementasi perencanaan berupa penyelesaian tindakan yang diperlukan untuk memenuhi, kriteria hasil seperti digambarkan dalam rencana tindakan. Tindakan dapat dilakukan oleh perawat, pasien, anggota keluarga, anggota tim kesehatan lain, atau kombinasindari yang disebutkan diatas (Dermawan, 2012).

Implementasi hari pertama tindakan pertama yaitu memonitor tanda-tanda vital yang dilakukan data subjektif ibu mengatakan anaknya masih panas, data objektif akral teraba hangat. Pelaksanaan tindakan yaitu monitor, suhu, nadi, respirasi dengan tujuan agar dapat memantau suhu, nadi dan respirasi. Monitor warna kulit dan tanda gejaa hipertermi, menganjurkan ibu untuk mengompres anaknya tiap kali panas, memberikan obat OBP 1 saceht dan trombosit. Hasil ini sesuai dengan Fahmi (2016) bahwa untuk mengatasi hipertemia diberikan kompres hangat dan obat. Hasil ini tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus yaitu dalam menurunkan panas badan ibu melakukan kompres hangat.

Implementasi pada hari kedua dengan data subjektif ibu mengatakan suhu badan atau panas badan anak mulai turun, akral teraba hangat dengan suhu badan 37 derajat celcius, N = 120 x/mnt dan R = 24 x/mnt. Pelaksanaan tindakan keperawatan meliputi monitor suhu, nadi dan respirasi dengan tujuan untuk memantau suhu badan anak. Memonitor kulit dan gejala hipertermi dengan tujuan agar dapat menurunkan suhu badan. Menganjurkan untuk inatake cairan dan nutrisi yang ade kuat dengan tujuan agar nutrisi seimbang. Menganjurkan keluarga untuk membatasi pengunjung dengan tujuan agar anak dapat beristirahat dengan baik. Menganjurkan keluarga untuk memberikan sanmol drops 6 cc bila anaknya panas. Hasil ini sesuai dengan Fahmi (2016) pelaksanaan keperawatan untuk diagnosa hipertemi dengan menganjurkan inatke nutrisi dan cairan. Hasil ini sesuai dengan teori dan kasus bahwa untuk menurunkan suhu badan dengan memberikan intake cairan dan nutrisi yang adekuat.

Implementasi pada hari ketiga didapatkan data subjektif ibu mengatakan anak sudah tidak panas lagi, akral hangat suhu badan dan tanda vital lainnya dalam batas normal. Pelaksanaan keeperawatan meliputi monitor suhu, nadi dan respirasi dengan tujuan untuk memantau tanda vital, menganjurkan keluarga untuk memberikan paracetamol syrup tiap kali anaknya panas.

Menurut peneliti impementasi yang dilakukan tidak ada perbedaan dengan intervensi yang dibuat, karena peneliti melaksanakan semua intervensi yang

direncanakan, jika keadaan klien sudah membaik dari apa yang di perkirakan kesembuhannya. Implementasi yang merupakan komponen dari proses keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan yang dilakukan dan diselesaikan (Potter & Perry, 2015).

Kenaikan suhu tubuh (hipertermi) berhubungan dengan proses penyakit. Tindakan keperawatan yang telah terlaksana sesuai dengan rencana keperawatan antara lain: memonitor suhu tubuh minimal 2 jam sekali, memberikan kompres hangat pada aksila dan lipatan paha, menganjurkan keluarga untuk membatasi aktifitas klien, berkolaborasi dengan tim medis lain dalam pemberian obat antipiretik dan antibiotik. Implementasi yang penulis lakukan sudah terlaksana sesuai intervensi yang tercantum (Rohmad Adi Candra, 2013).

#### F. Evaluasi

Evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana, tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan yang disesuaikan dengan kriteria hasil pada tahap perencanaan (Setiadi, 2012).

Pada evaluasi penulis sudah sesuai dengan teori yang ada yaitu sesuai SOAP (subjektif, objektif, assessment dan planning). Evaluasi dilakukan setiap hari selama 3x24 jam. Evaluasi hari pertama ibu mengatakan anaknya masih panas, data obyektif akral hangat, suhu  $37^{\circ}\text{C}$ , N = 120 x/mnt, RR = 24 x/mnt, Assesment belum teratasi, Pelaksanaan pertahankan intervensi, ajarkan klien bagaimana mencegah panas yang tinggi dengan kompres hangat, monitor leukosit, hematokrit dan Hb, anjurkan keluarga untuk memberikan baju berbahan dingin, tipis dan menyerap keringat. Hasil ini sesuai dengan penelitian Uliyah dan Hidayat (2014) mengggatakan kompres hangat adalah memberikan rasa hangat untuk memenuhi kebutuhan rasa nyaman, mengurangi atau membebaskan nyeri, mengurangi atau mencegah spasme otot dan memberikan rasa hangat pada daerah tertentu.

Evaluasi pada hari kedua ibu mengataan panas anaknya sudah mulai turun dengan data obyektif akral teraba hangat, S :  $37^{\circ}\text{C}$ , N : 120 x/mnt, R : 24 x/mnt, Assesment masalah belum teratasi, P: pertahankan intervensi, ajarkan klien bagaimana

mencegah panas yang tinggi dengan kompres hangat, monitor leukosit dan hematokrit dan Hb, ajarkan keluarga untuk memberikan baju yang dapat menyerap keringat.

Evaluasi pada hari ketiga didapatkan data subjektif ibu mengatakan anaknya sudah tidak demam, data obyektif akral hangat, nadi, suhu dan respirasi dalam batas normal. Asessment masalah teratasi sebagian dan P hentikan intervensi. Hasil ini sesuai dengan teori Herman (2011) mengatakan karakteristik hipertemi teratasi apabila suhu, respirasi dan nadi dalam batas normal.

Berdasarkan hasil evaluasi maka tidak didapatkan kesenjangan teori dan kasus bahwa dengan kompres hangat, memberikan baju yang dapat menyerap keringat dan akral hangat. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Wahyuni (2009), di RSUP DR Wahidin Sudirohusodo Makassar menunjukkan bahwa pemberian kompres hangat pada daerah aksila dan dahi mempunyai efek dalam menurunkan suhu tubuh pada klien demam.



## BAB V

### PENUTUP

#### A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan pengkajian, penentuan diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan pada asuhan keperawatan dengan diagnosa keperawatan hipertermia berhubungan dengan infeksi virus dengue di ruang Hafisah RSIA Klaten.

##### 1. Pengkajian

Pada tahap pengkajian pada pasien didapatkan data, keluhan utama pasien panas, disertai mual dan muntah, Pasien tampak lemah, wajah pucat, turgor kulit tidak elastis Mukosa mulut kering DO : S : 38,6<sup>0</sup> C, N : 120x/ mnt R : 24x/ mnt, Trombosit : 130 10<sup>3</sup>/Ul, Hemoglobin : 13,2 gr/dl, Hematocrit : 37,9 %

##### 2. Diagnosa keperawatan

Dari data pengkajian yang telah didapatkan penulis, sesuai dengan masalah yang telah dialami pasien penulis merumuskan diagnosa keperawatan Defisit volume cairan b/d ketidakseimbangan antara intake dan output, Hipertermia b/d proses penyakit, Cemas b/d hospitalisasi, Resiko perdarahan berhubungan dengan trombositopenia.

##### 3. Intervensi Keperawatan

Intervensi yang dibuat oleh penulis pada diagnosa keperawatan hipertermia berhubungan dengan peningkatan laju metabolisme, yaitu memonitor tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan, memberikan kompres hangat, memberikan antipiretik, memonitor suhu.

##### 4. Implementasi Keperawatan

Dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF). Penulis melakukan implementasi berdasarkan perencanaan yang telah penulis tetapkan sebelumnya yaitu memonitor tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan, memberikan kompres hangat, memberikan antipiretik sanmol drops 5 cc, memonitor suhu, menganjurkan klien memakai pakaian tipis. Penulis menekankan pengaruh tindakan pemberian kompres hangat sebagai upaya dalam menurunkan suhu tubuh serta kolaborasi pemberian obat sanmol drops 5 cc.

## 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi akhir pada pasien adalah respon ibu mengatakan anaknya sudah tidak demam, selama dirawat dirumah sakit tidak mengalami perdarahan respon obyektif mukosa bibir lembab, turgor kulit elastic, N: 120 x/menit, S: 36°C, RR: 24 x/menit, Trombosit :  $92 \times 10^3/uL$ , Hemoglobin : 12,5 gr/dl, Hematocrit : 37,2%

Analisa Evaluasi Keperawatan:

1. Defisit volume cairan b/d ketidakseimbangan antara intake dan output masalah teratasi sebagian, intervensi dihentikan pasien boleh pulang.
2. Hipertermia b/d proses penyakit masalah teratasi sebagian, intervensi dihentikan.
3. Cemas b/d hospitalisasi masalah teratasi sebagian intervensi pasien boleh.
4. Resiko perdarahan berhubungan dengan trombositopenia masalah teratasi intervensi dihentikan pasien boleh pulang, anjurkan untuk banyak istirahat.

## B. Saran

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* ( DHF ) penulis akan memberikan usulan dan masukan yang positive khususnya dibidang kesehatan antara lain :

### 1. Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit)

Rumah sakit dapat memberikan pelayanan kesehatan dan mempertahankan hubungan kerjasama baik antara tim kesehatan maupun dengan klien, sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan asuhan keperawatan yang optimal pada umumnya dan khususnya bagi klien *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF).

### 2. Bagi Tenaga Kesehatan Khususnya Perawat

Hendaknya para perawat memiliki tanggung jawab dan ketrampilan yang baik dan selalu berkoordinasi dengan tim kesehatan yang lain dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya pada klien *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF), keluarga, perawat dan tim kesehatan lain mampu membantu dalam kesembuhan klien serta memenuhi kebutuhan dasarnya.

### 3. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat meningkatkan mutu pelayanan pendidikan yang lebih berkualitas sehingga dapat menghasilkan perawat yang profesional, terampil, inovatif dan bermutu dalam memberika asuhan keperawatan secara komprehensif berdasarkan ilmu dan kode etik keperawatan.

4. Bagi penulis

Diharapkan dapat meningkatkan kualitas kesehatan khususnya pada penderita *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF), baik klien maupun keluarga serta bisa memberikan tindakan pengelolaan selanjutnya pada klien dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) dalam pemberian terapi non farmakologi mengajarkan teknik pemberian kompres hangat untuk menurunkan suhu tubuh.

## DAFTAR PUSTAKA

- Bulechek, G.M., Butcher H.K., Dotcherman J.M. 2016. *Nursing Interventions Classification (NIC) 6th Indonesian Edition*. Elsevier. Singapore
- Chris tanto, et al., (2014), *Kapita Selekta Kedokteran*. Ed IV. Jakarta : Media Aeskulapius.
- Depkes RI. 2012. *Profil Kesehatan*. Depkes RI
- Dermawan, D. (2012). *Proses Keperawatan Penerapan Konsep & Kerangka Kerja (1st ed.)*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Djuwariyah. 2016. *Mengenal DHF*. Jakarta
- Hadinegoro, Sri R dan Hindra Irawan S., (2012). *Demam Berdarah Dengue. Naskah Lengkap, Pelatihan bagi Pelatih Dokter Spesialis Anak dan Dokter Spesialis Penyakit Dalam dalam Tatalaksana Kasus DBD*. Jakarta: Balai Penrbit FKUI
- Hendarwanto. 2012. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jilid III; 2773-2779. Edisi Kelima. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Herman Surya. 2011. *Buku Asuhan Keperawatan Jiwa*. Nuha Medika, Yogyakarta.
- Herdman, T. Heather. 2015. Nanda International Inc. *Diagnosis Keperawatan: Definisi & Klasifikasi 2015-2017* Ed. 10. EGC. Jakarta
- Hidayat & Musrifatul Uliyah. ( 2014 ). *Pengantar kebutuhan dasar manusia*. Edisi 2. Jakarta : Salemba medika
- Iyer, P.W. (2004). *Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Maharani, S., (2011). *Mengenal dan memahami gangguan kesehatan anak*. Jogjakarta : Katahati.
- Mansjoer, A., (2009). *Kapita selekta kedokteran*, Edisi II. Jakarta : Aesculapius Media.
- Marni. (2016). *Asuhan Keperawatan Anak pada penyakit tropis*. Jakarta: Erlangga.
- Ngastiyah. (2015). *Perawatan anak sakit*, Edisi II. Jakarta : EGC.
- NANDA Internasional, (2012-2014). *Diagnosa Keperawatan: Definisi Klasifikasi*. Jakarta: EGC
- Padila. (2013). *Asuhan Keperawatan Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Price, S.A., Wilson, L., 2013. *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. ed. 4. Jakarta: EGC, pp. 68, 96-98, 264-75

- Riskesdas. 2018. *Profil Kesehatan Daerah*. Riskesdas.
- Ridha. (2013). *Fakultas Kedokteran Universitas Lampung*, 1(2), 79–88
- Setiawati, Budi. (2011) *Diare Akut Karena Infeksi*. Dalam: Aru W. Sudoyo, Bambang Setiyohadi, dkk. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Ed. V Jilid III. Jakarta: Interna Publishing. 2009
- Setiadi. (2012). *Konsep dan Penulisan Dokumentasi Proses Keperawatan Teori dan Praktik*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sitorus dan Fransisca. (2018). Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan dan sikap cuci tangan pakai sabun pada siswa SD Negeri 157 Kota Palembang Tahun 2014. *Artikel Ilmiah*.
- Smeltzer & Bare . (2011). *Textbook of Medical Surgical Nursing*. Vol.2.Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Smeltzer, S. C., & Bare B. G. (2012). *Keperawatan Medikal Bedah* Brunner & Suddarth (Edisi 12 Volume 1). Jakarta: EGC Warsidi, E. (2012). *Bahaya dan Pencegahan DBD*. Bekasi : Penerbit Mitra Husada
- Suarli, S dan Bahtiar. (2012). *Manajemen keperawatan dengan pendekatan praktis*. Jakarta: Erlangga
- Sudoyo, Aru W, dkk. (2007). *Buku Ajar Ilmu penyakit Dalam*. Edisi 4, Jilid 1. Jakarta : Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI.
- Supartini, Y. 2014. *Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak*. Jakarta : EGC.
- Sylvia, Lorraine Mc. Carty Wilson, 2006, *Patofisiologi : Konsep Klinis Proses-proses Penyakit*, Edisi 6, (terjemahan), Peter Anugrah, EGC, Jakarta.
- Wong D. L.,Whaly (2004). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*, Alih bahasa Sunarno, Agus dkk.Edisi 6 Volume 1.Jakarta :EGC. Wong D. L., Huckenberry M.J.(2008).
- Wong's *Nursing care of infants and children*. Mosby Company, St Louis Missouri
- World Health Organization (WHO). 2009. *Dengue, Dengue Hemorrhagic Fever and Dengue Shock Syndrome in the Context of the Integrated Management of Childhood Illness*. [www.searo.who.int](http://www.searo.who.int). Diakses Agustus 2011.
- Yanyan & Suarli. S. (2010). *Manajemen Keperawatan dengan Pendekatan Praktis*. Jakarta: Erlangga
- (Warsidi, 2012).
- (Uliyah & Hidayat, 2014).
- Suriadi dan Yuliani (2011)





LEMBAR PENGUJIAN

Nama :                     

NPM :                     

Kelas :                     

Paralel :                     

No	Tanggal	MATERI YANG DIUJIKAN	MATERI YANG DIJAWAB	TANGGAP GURU
4	27/02-2023		Menganalisis dalam praktik praktik awal siswa	
5	27/02-2023	Menganalisis dalam praktik praktik awal siswa	Menganalisis dalam praktik praktik awal siswa	



LEMBAR KONSULTASI

Nama : FAHRUDIN

Nim : PB 1901013

Judul KIAM :

Pembimbing I : FITRIANA NK., M.Kep.

Pembimbing II :

NO	TANGGAL	MATERI KONSULTASI	MASUKAN PEMBIMBING	TANDA TANGAN
1.	17/12-19	Topik KIAM	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Alur tulisan penyusunan KIAM dg topik Askep Anak dg RIF</li> </ul>	fk
2.	18/12-19	Bab 1-11	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Perbaiki cover</li> <li>□ konsisten dg istilah DMF/SBO</li> <li>□ Y data prevalensi perbaiki data minimal 3 th terakhir</li> <li>□ data anak DMF di RSLA th 2009? Apa tidak terlalu lama?</li> <li>□ perbaiki penulisan sesuai EHD</li> <li>□ Bab 11, perbaiki referensi. Dapat diperimbangkan / cari sumber dari WHO, IDAI, Depkes.</li> <li>□ Tinjauan Meas dapat diambil dari Buku Agar Penyakit Infeksi Tipes PMS, dan tambah jurnal</li> <li>□ Tinjauan Kep dapat diambil dari Buku Agar Keperawatan pediatri</li> </ul>	fk
3.	18/12-19		<p>Ditambahkan dan detail</p> <p>Maide dan Guro dan</p> <p>menyaji jurnal, menyajikan</p> <p>kebersihan dan kesehatan</p>	fk

lll



