

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. Q USIA 7 TAHUN DENGAN  
DIAGNOSA MEDIS DENGUE HAEMORAGIC FEVER GRADE 1  
DIRUANG V RUMKITAL Dr. RAMELAN  
SURABAYA**



Oleh :

**BRIGITA PUTRI AYU LARASATY**  
NIM. 152.0012

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH  
SURABAYA  
2018**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. Q USIA 7 TAHUN DENGAN  
DIAGNOSA MEDIS DENGUE HAEMORAGIC FEVER GRADE 1  
DI RUANG V RUMKITAL Dr. RAMELAN  
SURABAYA**

**Karya Tulis ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat  
Untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**



**Oleh :**

**BRIGITA PUTRI AYU LARASATY  
NIM. 152.0012**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH  
SURABAYA  
2018**

## SURAT PERNYATAAN

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

Jika kemudian hari ternyata sayamelakukantindakanplagiatsayaakanbertanggungjawabsepenuhnyaadanmeneri masanksi yang dijatuhkanoleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 19 Juli 2018



BRIGITA PUTRI AYU LARASATY  
NIM. 152.0012

## HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksadanamati, selakupebimbingmahasiswa:

Nama : BRIGITA PUTRI AYU LARASATY

NIM : 152.0012

Program Studi : DIII KEPERAWATAN

Judul :ASUHAN KEPERAWATAN ANAK PADA An.Q USIA  
7 TAHUN DENGAN DIAGNOSA MEDIS DENGUE  
HAEMORAGIC FEVER GRADE 1 DI RUANG V  
RUMKITAL Dr. RAMELAN SURABAYA

Sertaperbaikan-perbaikansepenuhnya,maka kami  
menganggapdapatmenyetujuibahwakaryatulisinidiajukandalamsidangguname  
menuhisebagianpersyaratanuntukmemperolehgelar :

### AHLI MADYA KEPERAWATAN (AMd.Kep)

Surabaya, 19 Juli 2018

### AHLI MADYA KEPERAWATAN (AMd.Kep)

Surabaya, 19 Juli 2018

Pembimbing



Dyah Arini, S.Kep., Ns., M.Kes

NIP. 03.003

Mengetahui,  
Stikes Hang Tuah Surabaya  
Ka Prodi D-III Keperawatan



Dya Subtrami, S.kep., Ns., M.Kes.

NIP. 03.007

## MOTTO DAN PERSEMBAHAN

“Kemenangan bukan untuk DITUNGGU, tapi untuk di perjuangkan dengan

KERJA KERAS“

Dengan pujisyukur kepada ALLAH SWT

penulismempersembahakankaryatulisilmiahini kepada :

1. Allah SWT atas segala limpahan rahmat, nikmat, dan karunianya sehingga saya diberikan kesehatan dan bisa menyelesaikan tugas akhirku.
2. Papa, Mama, kakakku dan saudara kembarkutercinta yang telah membimbing,  
dan memberikan semangat dalam mengerjakan Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Saudara kembarku Brigeta dan sahabatku Erina, Icha, dan Firza yang selalu memberikan semangat dan senantiasa membantu menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
4. Seseorang teman terdekatku yang selalu memberikan semangat dan senantiasa membantu menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Sahabat-sahabat seperjuangan DIII angkatan 21 yang telah memberikan dorongan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan.

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan program Ahli Madya Keperawatan. Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

1. Laksamana pertama TNI Dr. IDG. Nalendra, Sp.B.,Sp.BTKV (K) selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya yang telah memberikan izin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Stikes Hang Tuah Surabaya.
2. Ibu Wiwiek Liestyningrum, Skp, M.Kep selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Stikes Hang Tuah.
3. Ibu Dya Sustrami, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku Kepala Program Studi D-III Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Diyah Arini, S.Kep.,Ns.M.Kes selaku Pembimbing sekaligus penguji ketua, yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan

pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

5. Ibu Meyta Kurniasari, S.Kep.,NS selaku Penguji, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
6. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
7. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terimakasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdoa semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

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

Surabaya, 19 Juli 2018

Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
MOTTO DAN PERSEMBAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
DAFTAR SINGKATAN.....	xii

### **BAB 1 PENDAHULUAN**

1.1 Latar belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penulisan.....	5
1.4 Manfaat penulisan.....	6
1.5 Metode penulisan.....	6
1.6 Sistematika penulisan.....	8

### **BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA**

2.1 Konsep Penyakit.....	9
2.1.1 Pengertian Dengue Haemorrhagic Fever.....	9
2.1.2 Etiologi Dengue Haemorrhagic Fever.....	10
2.1.3 Klasifikasi Derajat Penyakit Virus Dengue.....	10
2.1.4 Manifestasi Klinik.....	11
2.1.5 Patofisiologi.....	13
2.1.6 Diagnosa Banding Dengue Haemorrhagic Fever.....	14
2.1.7 Komplikasi.....	14
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang.....	15
2.1.9 Penatalaksanaan.....	16
2.1.10 Pencegahan Dengue Haemorrhagic Fever.....	17
2.1.11 Ciri-Ciri Nyamuk Aedes Aegypti.....	20
2.2 Konsep Anak.....	21
2.2.1 Tumbuh Kembang Anak Usia 7 Tahun.....	21
2.2.2 Hospitalisasi.....	25
2.2.3 Imunisasi.....	27
2.3 Asuhan Keperawatan.....	30
2.3.1 Pengkajian.....	30
2.3.2 Analisa Data.....	34
2.3.3 Diagnosa Keperawatan.....	34
2.4.4 Intervensi.....	35
2.4.5 Pelaksanaan.....	43
2.6.6 Evaluasi.....	45
2.4 Kerangka Masalah.....	45

### **BAB 3 TINJAUAN KASUS**



3.1 Pengkajian.....	47
3.2 Analisa Data.....	59
3.3 Prioritas Masalah.....	60
3.4 Rencana Keperawatan.....	61
3.5 Implementasi Dan Evaluasi.....	64
 <b>BAB 4 PEMBAHASAN</b>	
4.1 Pengkajian.....	73
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	74
4.3 Perencanaan.....	78
4.4 Pelaksanaan.....	81
4.5 Evaluasi.....	84
 <b>BAB 5 PENUTUP</b>	
5.1 Simpulan.....	86
5.2 Saran.....	88
 <b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>90</b>
Lampiran.....	91

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Diagnosis Banding Dengue Haemorrhagic Fever.....	14
Tabel 2.2 Periode Perkembangan Anak.....	24
Tabel 3.1 Pemeriksaan Laboratorium.....	58
Tabel 3.2 Terapi Obat.....	58
Tabel 3.3 Analisa Data.....	59
Tabel 3.4 Prioritas Masalah.....	60
Tabel 3.5 Rencana Keperawatan.....	61
Tabel 3.6 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan .....	64

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Perjalanan Penyakit Infeksi Dengue.....	12
Gambar 2.2 Patofisiologi Penyakit Demam Berdarah.....	14
Gambar 2.2 Nyamuk Aedes Aegypti.....	20
Gambar 2.3 Kerangka Masalah.....	45
Gambar 3.1 Genogram.....	49

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 Satuan Acara Penyuluhan Demam Dengue.....	91
Lampiran 2 SOP Pernapasan.....	102
Lampiran 3 SOP Mengukur Suhu Aksila.....	105
Lampiran 4 SOP Mengukur Nadi.....	107
Lampiran 5 SOP Oral Hygiene.....	109
Lampiran 6 SOP Pemeriksaan Rumpel Lead .....	111

## DAFTAR SINGKATAN

An	: Anak
ASI	: Air Susu Ibu
BB	: Berat Badan
BAK	: Buang Air Kecil
BAB	: Buang Air Besar
BCG	: Bacille Calmette Guerin
°C	: Derajat Celcius
cc	: Centimeter Cubik
CFR	: Case Fatality Rate
Cm	: Centimeter
CVP	: Central Venous Pressure
DBD	: Demam Berdarah Dengue
DHF	: Dengue Haemorrhagic Fever
DIC	: Disseminated Intravascular Coagulation
DO	: Data objek
DPT	: Difteria Pertusis Tetanus
DS	: Data subjek
DSS	: Dengue Shock Syndrome
DX	: Diagnosa
GCS	: Glasgow Coma Scale
gr	: Gram
Hb	: Hemoglobin
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
IGFs	: Insulin Like Growth Faktors
IPV	: Inactivated Polio Vaccine
IV	: Intra Vena
Kg	: Kilogram
KLB	: Kejadian Luar Biasa
KRS	: Keluar Rumah Sakit
M	: Meter
ml	: Mililiter
Mg	: Miligram
MMR	: Mumps, Measles dan Rubella
mmHg	: Milimeter Merkuri Hidragyrum
MRS	: Masuk Rumah Sakit
N	: Nadi
NSAID	: Non Steroidal Anti Inflammatory Drugs
OPV	: Oral Polio Vaccin
PPNI	: Persatuan Perawat Nasional Indonesia
PSN	: Program Pemberantasan Sarang Nyamuk
ROM	: Range Of Motion
RR	: Respiration Rate
RS	: Rumah Sakit
RSAL	: Rumah Sakit Angkatan Laut
S	: Suhu
S1 S2	: Suara 1 Suara 2

SMRS	: Sebelum Masuk Rumah Sakit
SSD	: Sindrome Syok Dengue
TB	: Tinggi Badan
TBC	: Tubercullosis
TD	: Tekanan Darah
TPM	: Tetes Permenit
TTV	: Tanda Tanda Vital
WIB	: Waktu Indonesia Barat

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Demam berdarah (InfoDatin Kementerian Kesehatan, 2016) adalah penyakit yang disebabkan oleh virus dengue yang tergolong Arthropod-borne Virus, genus flavivirus, dan family flaviviridae dan memiliki 4 serotipe, yaitu DEN-1, DEN-2, DEN- 3, DEN 4. DBD ditularkan melalui gigitan nyamuk dari *Aedes aegypti*, *Aedes pulonesiensis*, dan beberapa vektor lain. Penyakit DBD dapat muncul sepanjang tahun dan dapat menyerang seluruh kelompok umur. Munculnya penyakit ini berkaitan dengan kondisi lingkungan dan perilaku masyarakat. Masa inkubasi dengue haemorrhagic fever pada nyamuk adalah 8-12 hari diikuti oleh tambahan 3-14 hari di host manusia. Ini adalah diikuti dengan penyakit klinis berlangsung 3-7 hari (Solis, 2010). Membatasi penyebaran penyakit DBD diperlukan gerakan pemberantasan nyamuk (PSN), pengasapan (fogging), dan memberikan penyuluhan kepada masyarakat untuk membersihkan tempat perindukan nyamuk, tindakan 3M (menguras, menutup dan mengubur) dan mensosialisasikan tanda-tanda DBD kepada masyarakat agar mengenal terjadinya proses penyakit DBD [ CITATION Wid111 \l 1057 ]. Berdasarkan pengkajian klinis penulis di RSAL Ruang V penderita DHF awalnya demam tinggi datang ke RSAL untuk berobat setelah dilakukan pemeriksaan laboratorium cek darah lengkap adanya trombositopenia ( $< 100$  ribu), hemakosentrasi (HCT meningkat  $>20\%$ ) dari normal dan dari hasil yang didapat klien terdiagnosa DHF grade 1 dan 2 dengan masalah keperawatan yang muncul pada penderita DHF adalah Hipertermi, resiko pendarahan, resiko hipovolemia.

Infeksi virus dengue merupakan masalah kesehatan global keempat virus dengue meninfeksi manusia didaerah afrika dan asia tenggara sejak 100-800 tahun yang lalu. pada tahun 2013 dilaporkan terdapat sebanyak 2,35 juta kasus di amerika, dimana 37.687 kasus merupakan DBD berat. Saat ini bukan hanya terjadi peningkatan jumlah kasus DBD, tetapi penyebaran di luar daerah tropis dan subtropis, contohnya di eropa, transmisi lokal pertama kali dilaporkan di prancis dan kroasia pada tahun 2010. Pada tahun 2012, terjadi lebih dari 2000 pada lebih dari 10 negara di Eropa. Setidaknya 500.000 penderita DBD memerlukan rawat inap setiap tahunnya, dimana proporsi penderita sebagian besar adalah anak-anak dan 2,5 % diantaranya dilaporkan meninggal dunia. Dari data Kementerian Kesehatan RI menyebutkan bahwa golongan terbanyak yang mengalami DBD di Indonesia adalah pada usia 5-14 tahun. Dari profil kesehatan Republik Indonesia pada tahun 2014 dengan incidence rate provinsi Jawa Timur atau angka kesakitan DBD mengalami penurunan yakni 39,80 per 100.000 penduduk pada tahun 2013 sebesar 45,85 per 100.000 penduduk. Pada tahun 2014 angka kematian 1,16%. Pada tahun 2015 dilaporkan sebanyak 129.650 kasus dengan jumlah kematian sebanyak 1.071 orang (*Incidence Rate*) sebesar 50,75 per 100.000 penduduk. Sedangkan CFR pada KLB dengue hemorarrgic fever pada tahun 2015 adalah 0,83%. Provinsi dengan angka kesakitan DBD tertinggi tahun 2015 yaitu Bali sebesar 257,75, Kalimantan Timur sebesar 188,46, dan Kalimantan Utara sebesar 112.00 per 100.000 penduduk. Membatasi penyebaran penyakit DBD dan pemeriksaan sedini mungkin pada saat mengetahui tanda-tanda DHF untuk mengurangi terjadinya keterlambatan penanganan, Berdasarkan studi pendahuluan, pada kenyataan di RSAL di Ruang V pada anak menderita DHF



awalnya datang ke RSAL dengan kondisi demam tinggi setelah dilakukan pemeriksaan laboratorium cek darah lengkap adanya trombositopenia ( $< 100$  ribu), hemakosentrasi (HCT meningkat  $>20\%$ ) dengan DHF grade 1 dan 2. Di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya jumlah klien yang di Ruang V pada tahun 2016 terdapat 30 kasus Dengue Haemorrhagic Fever, pada tahun 2017 mencapai 64 kasus Dengue Haemorrhagic Fever, sedangkan pada tahun 2018 bulan Januari sampai dengan Mei terdapat 32 kasus Dengue Haemorrhagic Fever masalah keperawatan yang sering muncul adalah hipertermia, resiko pendarahan, dan resiko hipovolemia.

Penularan penyakit infeksi dengue fever disebabkan Virus dengue masuk ke peredaran darah manusia melalui gigitan nyamuk dari genus *Aedes*, seperti *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus* termasuk genus Flavivirus, keluarga flaviride. Terdapat serotipe 4 serotipe, yaitu DEN-1, DEN-2, DEN- 3, DEN 4. mengakibatkan peningkatan suhu tubuh atau demam, mual, muntah, malaise, anoreksia, yang diikuti nyeri kepala, nyeri perut, mialgia/nyeri otot, suara serak, batuk, dan disuria. Pada kondisi parah ditandai dengan adanya perdarahan dibawah kulit karena kebocoran plasma, epitaksis, hemoptisis, pembesaran hati, ekimosis, purpura, perdarahan gusi, hematemesis, dan melena. Masalah yang perlu diperhatikan adalah peningkatan suhu tubuh (hipertermi), resiko kekurangan volume cairan dan resiko pendarahan akibat trombositopenia. Penyakit Dengue Hemorrhagic Fever atau Demam Berdarah Dengue jika tidak ditangani dengan cepat maka akan menimbulkan komplikasi yang lebih lanjut, yaitu perdarahan masif dan *dengue shock syndrome* (DSS) atau sindrome syok dengue (SSD) sampai berakibat kematian penderita (Marni, 2016).

Penyakit Dengue haemorrhagic Fever (DHD) tidak dapat dicegah dengan vaksin untuk mencegah risiko terjangkitnya demam berdarah di daerah endemic yang bertujuan menurunkan morbiditas dan mortalitas penyakit DHD. Namun, saat ini satu-satunya cara untuk mencegah mengendalikan atau mencegah penularan virus demam berdarah adalah dengan memberantas vektor nyamuk demam berdarah, memberikan penyuluhan sangat penting untuk mendiseminasi informasi kepada masyarakat untuk membersihkan tempat perindukan nyamuk dan melindungi diri dari gigitan nyamuk. Oleh karena itu, peran perawat dapat meningkatkan pengetahuan keluarga dengan masyarakat tentang penyakit dengue fever dengan memberikan penyuluhan tentang pentingnya menjaga kebersihan lingkungan dari tempat perindukan nyamuk dan melindungi diri dari gigitan nyamuk.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Untuk mengetahui lebih lanjut dari pengawasan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan dengue haemorrhagic fever dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimana asuhan keperawatan pada anak dengan diagnosa dengue haemorrhagic fever di Ruang V anak Rumkital Dr. Ramelan Surabaya”

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa dengue haemorrhagic fever di Ruang V anak Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengkaji klien dengan diagnosa medis dengue haemorrhagic fever di Ruang V anak Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada klien dengan diagnosa medis dengue haemorrhagic fever di Ruang V anak Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
3. Merencanakan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis dengue haemorrhagic fever di Ruang V anak Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis dengue haemorrhagic fever di Ruang V anak Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
5. Mengevaluasi klien dengan diagnosa medis dengue haemorrhagic fever di Ruang V anak Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis dengue haemorrhagic fever di Ruang V anak Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

#### **1.4 Manfaat**

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat :

1. Akademis, hasil karya tulis ilmiah ini meruaka sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada klien dengue haemoragic fever.
2. Secara praktis tugs akhir ini akan bermanfaat bagi:
  - a. Bagi karya tulis ilmiah ini, dapat menjadikan masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan klien dengue haemoragic feverdengan baik.
  - b. Bagi peneliti  
Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujuan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan karya tulis ilmiah pada asuhan keperawatan pada klien dengue haemoragic fever.
  - c. Bagi profesi kesehatan  
Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada klien dengue haemoragic fever.

#### **1.5 Metode Penulisan**

##### **1. Metode**

Metode dekriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan

proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

## 2. Teknik Pengumpulan Data

### a. Wawancara

Data diambil/diperoleh melalui percakapan baik dengan klien, keluarga maupun tim kesehatan lain

### b. Observasi

Data yang diambil melalui percakapan baik dengan klien, keluarga, maupun tim kesehatan lain.

### c. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

## 3. Sumber Data

### a. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari klien

### b. Data sekunder

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

## 4. Studi Kepustakaan

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

## **1.6 Sistematika Penulisan**

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami karya tulis ilmiah ini secara keseluruhan dibagi menjadi 3 bagian yaitu :

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

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

BAB 2: Tinjauan Pustaka berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa dengue haemorrhagic fever serta kerangka masalah.

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

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

BAB 5: Penutup berisi tentang simpulan dan saran.

3. Bagian akhir terdiri dari daftar pustaka dan lampiran

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan anak dengue haemorrhagic fever. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi, dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit dengue haemorrhagic fever dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

#### **2.1 Konsep Penyakit**

##### **2.1.1 Pengertian Dengue Haemorrhagic Fever**

Demam berdarah adalah penyakit yang disebabkan oleh virus dengue yang tergolong Arthropod-borne Virus, genus flavivirus, dan family flaviviridae dan memiliki 4 serotipe, yaitu DEN-1, DEN-2, DEN- 3, DEN 4. DBD ditularkan melalui gigitan nyamuk dari *Aedes aegypti*, *Aedes polonesiensis*, dan beberapa vektor lain (InfoDatin Kementerian Kesehatan, 2016).

Dengue Haemorrhagic fever adalah penyakit yang menyerang pada anak dan orang dewasa yang disebabkan oleh virus dengan manifestasi berupa demam akut, pendarahan, nyeri otot dan sendi. Dengue adalah suatu infeksi Arbovirus (Arthropod borne Virus) yang akut ditularkan oleh nyamuk *Aedes Aegypti* atau *Aedes Aebopictus* [ CITATION tit16 \l 1057 ].

Demam berdarah dengue atau dengue hemorrhagic fever merupakan suatu penyakit infeksi yang disebabkan virus dengue dan termasuk golongan Arbovirus (arthropod – borne virus) yang ditularkan melalui vektor nyamuk *Aedes aegypti*

dan *Aedes albopictus* serta penyebarannya sangat cepat [ CITATION mar16 \l 1057 ].

### **2.1.2 Etiologi**

Penyakit DBD/DHF disebabkan oleh virus dengue. Di Indonesia, virus tersebut sampai saat ini telah diisolasi menjadi 4 serotipe virus dengue yang termasuk dalam grup B arthropodborne virus (arboviruses), yaitu DEN -1, DEN-2, DEN-3, dan DEN-4. Virus dengue dibawa oleh nyamuk *Aedes aegypti* masuk ke tubuh manusia melalui gigitan nyamuk tersebut [ CITATION tit16 \l 1057 ].

Penyakit ini disebabkan oleh salah satu dari 4 virus asam ribonukleat berantai tunggal dari famili Flaviviridae yang ditularkan oleh vektor nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*. Masa inkubasi penyakit ini berakhir 4-5 hari setelah timbulnya demam [ CITATION mar16 \l 1057 ].

### **2.1.3 Klasifikasi**

- a) Derajat I : Demam disertai gejala klinis lain atau perdarahan spontan, uji tourniquet positif, trombositopenia dan hemokonsentrasi.
- b) Derajat II : Derajat 1 disertai perdarahan spontan di kulit dan atau perdarahan lain.
- c) Derajat III : Kegagalan sirkulasi : nadi cepat dan lemah, hipotensi, kulit dingin lembab, gelisah.
- d) Derajat IV : Renjatan berat, denyut nadi dan tekanan darah tidak dapat diukur. Yang disertai dengan dengue syok sindrom [ CITATION tit16 \l 1057 ].

### **2.1.4 Manifestasi Klinik**



Penyakit ini sering kali menyerang anak yang berusia kurang dari 10 tahun, terutama pada anak sekolah. Keluhan yang sering kali dirasakan pada awalnya yaitu demam, mual, muntah, malaise, anoreksia, yang diikuti nyeri kepala, nyeri perut, mialgia/nyeri otot, suara serak, batuk, dan disuria. Demam tinggi mendadak biasanya terjadi 2-7 hari dan jika tidak terjadi syok, maka demam akan turun sendiri dan pasien akan sembuh dengan sendirinya (*self limiting*) dalam waktu 5 hari. Sifat demam pada pasien DBD/DHF ini biasanya demam tinggi dan terus menerus serta tidak responsif terhadap antipiretik. Antipiretik hanya dapat menurunkan sedikit demam, setelah itu demam naik lagi. Pada kondisi parah, penyakit ini ditandai dengan adanya perdarahan dibawah kulit karena kebocoran plasma, epitaksis, hemoptisis, pembesaran hati, ekimosis, purpura, perdarahan gusi, hematemesis, dan melena [ CITATION mar16 \l 1057 ].

Gambaran klinis penderita DBD terdiri atas tiga fase yaitu fase febris, fase kritis, fase pemulihan [ CITATION mas17 \l 1057 ].

1. Fase febris

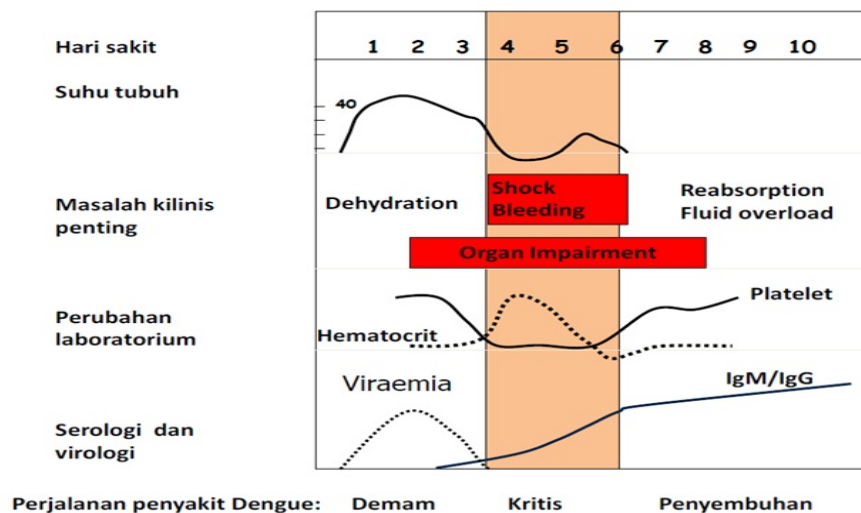
Biasanya demam mendadak tinggi 2-7 hari, disertai muka kemerahan, eritemia kulit, nyeri seluruh tubuh, mialgia, artralgia dan sakit kepala. Beberapa kasus ditemukan nyeri tenggorokan, anoreksia, mual, dan muntah. Fase tersebut dapat pula ditemukan tanda pendarahan seperti ptekie, perdarahan mukosa, walaupun jarang dapat pula terjadi pendarahan pervaginam dan pendarahan gastrointestinal.

2. Fase kritis

Terjadi pada hari 3-7 sakit dan ditandai dengan penurunan suhu tubuh disertai kenaikan permeabilitas kapiler dan timbulnya kebocoran plasma yang biasanya berlangsung selama 24-48 jam. Kebocoran plasma sering didahului oleh leukopeni progresif disertai penurunan hitung trombosit. Fase tersebut dapat terjadi syok.

### 3. Fase pemulihan

Bila fase kritis terlewati maka terjadi pengembalian cairan dari ekstravaskuler ke intravaskuler secara perlahan pada 49-72 jam setelahnya. Keadaan umum penderita membaik, nafsu makan pulih kembali, hemodinamik stabil dan diuresis membaik.



Gambar 2.1 Perjalanan penyakit infeksi dengue

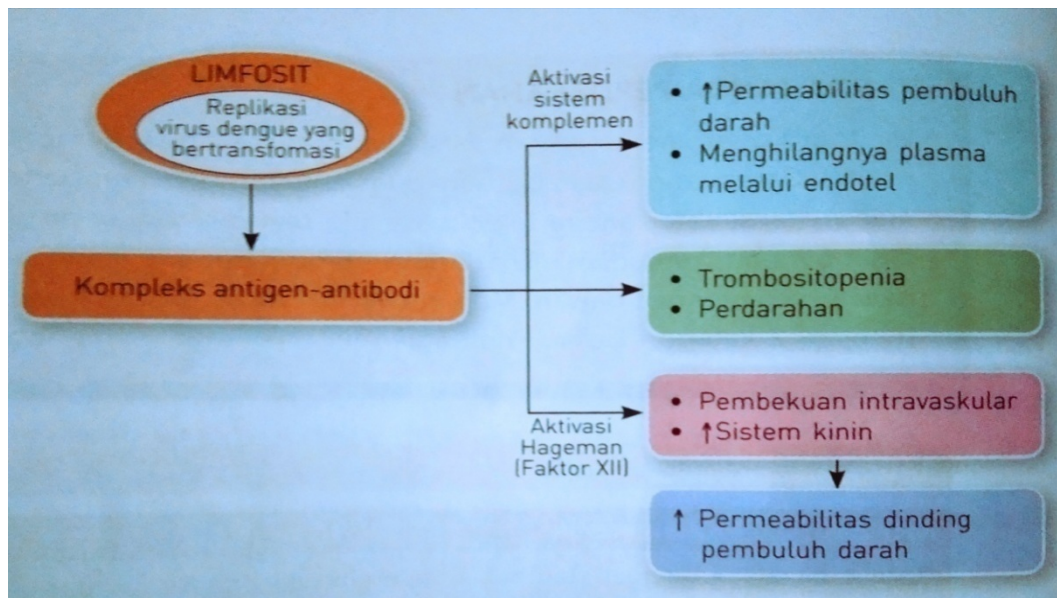
Sumber: [ CITATION mas17 \l 1057 ]

### 2.1.5 Patofisiologi

Virus dengue masuk ke dalam tubuh melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*, maka tubuh pasien membentuk kekebalan penyakit. Apabila tubuh pasien diserang untuk kedua kalinya, maka tubuh akan aman. Akan tetapi, apabila virus yang masuk itu mempunyai tipe yang berbeda, maka akan mengakibatkan reaksi imunologi proliferasi dan transformasi limfosit imun yang dapat meningkatkan titer antibodi IgG antidengue. Dalam limfosit, terjadi replikasi virus dengue yang bertransformasi akibat virus yang berlebihan. Kondisi ini menyebabkan terbentuknya kompleks antigen-antibodi.

Kemudian, antigen-antibodi tersebut akan mengaktifkan sistem komplemen dengan melepaskan C3a dan C5a yang mengakibatkan peningkatan permeabilitas pembuluh darah dan hilangnya plasma melalui endotel. Renjatan (syok) yang tidak segera ditangani akan menyebabkan anoksia jaringan, asidosis metabolik, dan kematian.

Trombosit kehilangan fungsi agregasi dan mengalami metamorfosis yang dapat menyebabkan trombositopenia hebat dan perdarahan. Aktivasi hageman (faktor XII) dapat menyebabkan pembekuan intravaskuler yang luas dan mengaktifkan sistem ini, sehingga permeabilitas dinding pembuluh darah meningkat. Kerusakan hati dan menurunnya faktor koagulasi menyebabkan semakin hebatnya perdarahan yang terjadi [ CITATION mar16 \l 1057 ].



**Gambar 2.2 Patofisiologi Penyakit Demam Berdarah**

Sumber: [ CITATION mar16 \l 1057 ].

### 2.1.6 Diagnosa Banding Dengue Haemorrhagic Fever

**Tabel 2.1 Diagnosis Banding Dengue Haemorrhagic Fever (Sumber: Ginting et al., 2011).**

Infeksi Virus	: Virus Chikungunya dan penyakit infeksi virus lain seperti campak, campak Jerman, dan virus lain yang menimbulkan ruam; virus eipstein-barr, enterovirus, influenza, hepatitis A dan hantavirus,
Infeksi Bakteri	: Meningokokus, leptospirosis, demam tifoid, meloidosis, penyakit riketsia, demam skarlet.
Infeksi Parasit	: Malaria

### 2.1.7 Komplikasi

Komplikasi yang terjadi pada anak yang mengalami demam berdarah dengue atau dengue hemorrhagic fever yaitu perdarahan masif dan *dengue shock syndrome* (DSS) atau sindrome syok dengue (SSD). Syok sering terjadi pada anak berusia kurang dari 10 tahun. Syok ditandai dengan nadi yang lemah dan cepat sampai tidak teraba, tekanan nadi menurun menjadi 20 mmHg atau sampai nol,

tekanan darah menurun di bawah 80 mmHg atau sampai nol, terjadi penurunan kesadaran, sianosis di sekitar mulut dan kulit ujung jari, hidung, telinga, dan kaki teraba dingin dan lembab, pucat dan oliguri atau anuria [ CITATION mar16 \l 1057 ].

### **2.1.8 Pemeriksaan Penunjang**

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien demam berdarah dengue yaitu pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan radiologi antara lain:

1. Foto rontgen thoraks biasanya didapatkan efusi pleura
2. Terjadi penurunan trombosit  $\leq 100.000/\text{mm}^3$  dan peningkatan hematokrit  $\geq 20\%$ . Nilai normal hematokrit yaitu 3 kali nilai hemoglobin terjadi penurunan leukosit (leukopenia) serta waktu perdarahan dan waktu protrombing memanjang
3. IgM (antibodi imunoglobulin M) untuk mengetahui adanya virus dengue dan pemeriksaan M antibodi capture enzyme-linked immunosorbent assay (MAC ELISA).

Apabila terjadi syok, maka akan terjadi hiponetrimia, hiperkalemia, protein plasma yang menurun, peningkatan transaminase serum, dan pada sediaan asupan darah tepi terdapat fragmentosit yang mendapatkan adanya hemolisis, pada pemeriksaan foto rontgen thorax biasanya didapatkan efusi pleura [ CITATION mar16 \l 1057 ].

### **2.1.9 Penatalaksanaan**

Prinsip pengobatan pada penyakit DHF yaitu simptomatis dan suportif.

Penanganan pertama pada penyakit ini diantaranya[ CITATION mar16 \l 1057 ]:

1. Memenuhi kebutuhan cairan, yaitu dengan memberikan cairan oral 1-2 liter untuk mengatasi dehidrasi dan rasa haus akibat demam tinggi. Selain air putih dapat diberikan teh manis, susu, sirup, jus buah, dan oralit.
2. Dapat dikompres dengan air biasa.
3. Pemberian obat antipiretik dari golongan asetaminofen(paracetamol). Pasien tidak boleh diberikan antipiretik golongan salisilat karena akan menimbulkan perdarahan yang semakin parah.
4. Demam tinggi pada anak-anak akan mengakibatkan kejang. Untuk mengatasi kejang, dapat diberikan antikonvulsi misal diazepam, stesolid, fenobarbital.
5. Jika syok dalam kondisi parah atau berat, maka dapat diatasi dengan memberikan resusitasi cairan parenteral melalui infus. Jika pemberian cairan infus tidak memberikan respon maka dapat diberikan plasma ekspander sebanyak 20-30 mL/kg BB. Plasma ekspander merupakan suatu sediaan larutan steril yang digunakan untuk mengganti plasma darah yang hilang akibat perdarahan, misal whole blood (darah lengkap yang diambil dari donor manusia). Bila pasien mengalami renjatan hebat, maka pemberian infus harus diguyur dengan cara membuka klem infus. Namun, jika vena kolaps yang menyebabkan tetesan tidak mencapai harapan, maka cairan diberikan secara paksa dengan spuit sebanyak 100-200 mL, kemudian diguyur. Pasien yang mengalami syok yang berat perlu dipasang CVP(central venous pressure) atau penekanan tekanan vena central untuk

mengukur tekanan vena sentral melalui vena safena magna atau vena jugularis dan pasien dirawat di ICU. Transfusi perlu diberikan apabila terjadi perdarahan gastrointestinal yang dapat diketahui dari tanda-tanda pasien muntah darah atau terjadi penurunan nilai hemoglobin dan hematokrit.

6. Pengendalian vektor dilakukan pada lingkungan yang berisiko, misalnya lingkungan rumah dan sekolah, dengan secara rutin membersihkan air penampungan, misalnya kamar mandi, tempayan, air tampungan di belakang lemari pendingin, AC. Setelah penampungan air dibersihkan, maka perlu diberikan bubuk untuk pemberantas jentik nyamuk yaitu bubuk ABATE.

#### **2.1.10 Pencegahan**

1. Pencegahan Primer

Menyebutkan tidak ada vaksin untuk mencegah risiko terjangkitnya demam berdarah (demam dengue). Namun, saat ini satu-satunya cara untuk mencegah mengendalikan atau mencegah penularan virus demam berdarah adalah dengan memberantas vektor nyamuk demam berdarah, memberikan penyuluhan sangat penting untuk mendiseminasi informasi kepada masyarakat untuk membersihkan tempat perindukan nyamuk dan melindungi diri dari gigitan nyamuk dengan memasang kawat kasa, perlindungan dengan pakaian dan menggunakan obat gosok anti nyamuk. Di Indonesia, dikenal dengan istilah 3 M plus dalam pencegahan primer DBD :

- a. Menguras penampungan air dan membersihkannya secara berkala seminggu sekali karena proses pematangan telur nyamuk aedes 3-4 hari dan menjadi larva hari ke 5-7.
- b. Menutup tempat penampungan air sehingga nyamuk-nyamuk tidak bertelur disana.
- c. Mengubur/membuang benda-benda yang dapat digenangi air.
- d. Plus yang bisa dilakukan tergantung kreatifitas anda, Misalnya :
  - 1) Menerapkan penggunaan penyemprotan insektisida selama wabah berlangsung dengan fogging/pengasapan.
  - 2) Menggunakan alat perlindungan individual di rumah tangga seperti penutup jendela, baju lengan panjang, kelambu, bahan insektisida, lotion nyamuk dll.

## 2. Pencegahan Sekunder

Pengobatan dengan dokter dan perawat yang berpengalaman, pengobatan medik dapat menurunkan angka kematian lebih dari 20% sampai 1 %.

## 3. Pencegahan Tersier

Dengan menerapkan pencegahan primer dengan sempurna dan memberikan nasihat kepada orangtua untuk pasien rawat jalan

- a. Anak harus istirahat



- b. Cukup minum selain air putih dapat diberikan susu, jus buah, cairan elektrolit dan air tajin. Cukup minum ditandai dengan frekuensi buang air kecil setiap 4-6 jam.
- c. Paracetamol 10mg/kg/BB/kali diberikan apabila suhu > 38°C dengan interval 4-6 jam, hindari pemberian aspirin/NSAID/Ibuprofen dan berikan kompres hangat.
- d. Pasien rawat jalan harus kembali berobat setiap hari dan dinilai oleh petugas kesehatan sampai melewati fase kritis, mengenai ; pola demam, jumlah cairan yang masuk dan keluar (misalnya muntah, buang air kecil), tanda- tanda perembesan plasma dan perdarahan, serta pemeriksaan darah perifer lengkap.
- e. Pasien harus segera dibawa ke rumah sakit jika ditemukan satu atau lebih keadaan berikut: pada saat suhu turun keadaan anak memburuk, nyeri perut hebat, muntah terus-menerus, tangan dan kaki dingin dan lembab, letargi atau gelisah/rewel, anak tampak lemas, perdarahan (misalnya BAB berwarna hitam atau muntah hitam), sesak napas, tidak buang air kecil lebih dari 4- 6 jam, atau kejang.

[ CITATION Wid11 \l 1057 ]menyebutkan pencegahan dapat dilakukan

dengan cara sebagai berikut :

- 1. Pembersihan jentik
  - a. Program pemberantasan sarang nyamuk (PSN)
  - b. Larvasidasi
  - c. Menggunakan ikan (ikan kepala timah, cupang dan sepat)
- 2. Pencegahan gigitan nyamuk

- a. Menggunakan kelambu
- b. Menggunakan obat nyamuk (bakar dan oles)
- c. Tidak melakukan kebiasaan berisiko (tidur siang dan menggantungkan baju)
- d. Penyemprotan

#### 2.1.11 Ciri- Ciri Nyamuk *Aedes Aegypti*

1. Sayap dan badannya belang – belang atau bergaris putih
2. Berkembang biak di air jernih yang tidak beralasan tanah seperti bak mandi, WC, tempayan, drum, dan barang-barang yang menampung air seperti kaleng, ban bekas, pot tanaman air, serta tempat minum burung
3. Jarak terbang  $\pm 100$  m
4. Nyamuk betina bersifat multiple biters atau menggigit beberapa orang karena sebelum nyamuk tersebut kenyang sudah berpindah tempat
5. Tahan dalam suhu panas dan kelembapan tinggi[ CITATION wid11 \l 1057 ].



**Gambar 2.3 Nyamuk *Aedes aegypti*[ CITATION Wid11 \l 1057 ].**

## **2.2 Konsep Anak**

### **2.2.1 Tumbuh Kembang Anak Usia 7 Tahun**

Menurut Wong (2008), usia sekolah adalah anak pada usia 6-12 tahun, Periode pada usia sekolah anak-anak dianggap mulai bertanggung jawab atas perilakunya sendiri dalam hubungan dengan orang tua mereka, teman sebaya, dan orang lainnya. Usia sekolah merupakan masa anak memperoleh dasar-dasar pengetahuan untuk keberhasilan penyesuaian diri pada kehidupan dewasa dan memperoleh keterampilan tertentu. Perkembangan anak usia sekolah disebut juga perkembangan masa pertengahan dan akhir anak yang merupakan kelanjutan dari masa awal anak. Permulaan masa pertengahan dan akhir ini ditandai dengan terjadinya perkembangan fisik, motorik, kognitif, dan psikososial anak.

#### **1. Perkembangan Fisik**

Perkembangan fisik pada masa ini lambat dan relatif seragam sampai mulai terjadi perubahan-perubahan pubertas. Peningkatan berat badan anak lebih banyak daripada panjang badannya. Peningkatan berat badan anak selama masa ini terjadi terutama karena bertambahnya ukuran sistem rangka dan otot, serta ukuran beberapa organ tubuh (Wong, 2008).

#### **2. Perkembangan Motorik**

Perkembangan motorik pada usia ini menjadi lebih halus dan lebih terkoordinasi dibandingkan dengan awal masa anak-anak. Anak-anak terlihat lebih cepat dalam berlari dan makin pandai meloncat. Anak juga mampu menjaga keseimbangan badannya. Untuk memperhalus keterampilan-keterampilan motorik, anak-anak terus melakukan berbagai aktifitas fisik yang terkadang

bersifat informal dalam bentuk permainan. Di samping itu, anak-anak juga melibatkan diri dalam aktifitas permainan olahraga yang bersifat formal seperti senam dan berenang (Wong, 2008).

### 3. Perkembangan Kognitif

kemampuan kognitifnya turut mengalami perkembangan yang pesat, karena dengan masuk sekolah dan dengan meluasnya minat maka bertambah pula pengertian tentang manusia dan objek-objek yang sebelumnya kurang berarti bagi anak. Pola perkembangan anak dibagi menjadi 4 tahapan stadium sensorimotorik (0-18 atau 24 bulan), stadium praoperasional (1-7 tahun), stadium operasional konkrit (7-11 tahun), stadium operasional formal (11-15 tahun atau lebih). Pemikiran anak usia sekolah dasar disebut stadium operasional konkret artinya aktifitas mental yang difokuskan pada objek-objek peristiwa nyata atau konkret. Dalam upaya memahami alam sekitarnya, mereka tidak lagi terlalu mengandalkan informasi yang bersumber dari panca indera, karena ia mulai mempunyai kemampuan untuk membedakan apa yang tampak oleh mata dengan kenyataan sesungguhnya. Hanya saja, apa yang dipikirkan oleh anak masih terbatas pada hal-hal yang ada hubungannya dengan sesuatu yang konkret, suatu realitas secara fisik, benda-benda yang benar-benar nyata. Sebaliknya, benda-benda atau peristiwa-peristiwa yang tidak ada hubungannya secara jelas dan konkrit dengan realitas, masih sulit dipikirkan oleh anak (Wong, 2008).

### 4. Perkembangan Psikososial

Anak dapat menghadapi dan menyelesaikan tugas atau perbuatan yang dapat membuahkan hasil, sehingga dunia psikososial anak menjadi kompleks.

Anak lebih memahami dirinya melalui karakteristik internal daripada karakteristik eksternal dan dapat memilah apa yang baik bagi dirinya, maupun memecahkan masalahnya sendiri dan mulai melakukan identifikasi terhadap tokoh tertentu yang menarik perhatiannya (Wong, 2008).

Periode school (6-12 tahun) adalah sebagai berikut :

1. Perkembangan psikososial (fase industry vs inferiority)

Ciri khas fase ini anak ingin diibaratkan dalam aktivitas karena ingin menghasilkan sesuatu, jika ada tugas ingin diselesaikan. Anak juga belajar aturan dan kompetensi. Jika pada fase ini terganggu akan timbul rasa tidak percaya diri, tidak mampu, inferior dan takut terhadap kompetensi.

2. Perkembangan psikointelektual

Ciri pada fase ini adalah anak berfikir lebih logis dan terarah dapat menggolongkan dan mengorganisasi fakta anak sudah mampu berfikir dari sudut pandang orang lain. Dapat mengatasi persoalan menurut persepsinya.

3. Tugas perkembangan

- a. Belajar kemampuan fisik dapat bermain dan berolahraga
- b. Membentuk sikap tertentu dan pribadi mulai berkembang
- c. Belajar bergaul dengan teman seumur
- d. Mengembangkan kemampuan membaca, menulis dan berhitung
- e. Mengembangkan nurani, moralitas dan skala nilai
- f. Memperoleh kebebasan pribadi
- g. Membentuk sikap terhadap kelompok sosial dan institusi

4. Perkembangan motorik

Pertumbuhan dicirikan dengan kenaikan BB2-3 kg/tahun dan kenaikan TB 6-7 cm/tahun.

Ciri perkembangan motoriknya antara lain:

- a. Mampu menggunakan otot kasar daripada otot halus
  - b. Memukul lebih baik daripada menulis dan melukis
  - c. Pada akhir masa sekolah motorik halus lebih berkembang
  - d. Anak laki-laki lebih aktif daripada anak perempuan
5. Perkembangan emosi
- a. Mencari lingkungan lebih luas (pergi dari rumah untuk bermain dengan teman)
  - b. Saat ini sekolah sangat berperan dalam membentuk kepribadian anak
  - c. Di sekolah anak harus berinteraksi dengan orang lain selain keluarga, karena itu peran guru sangat besar [ CITATION Put14 \l 1057 ].

Tahapan tumbuh kembang anak, maka masa anak dibagi-bagi ke dalam masa-masa kehidupan sebagai berikut :

**Tabel 2.2 Periode Perkembangan Anak [ CITATION Put14 \l 1057 ].**

PERIODE	SUB PERIODE	WAKTU
Masa Prnatal	a. Embrio b. Fetus	a. Konsepsi – 8 minggu b. Fetus muda (8-28 minggu) Fetus tua (28 minggu-lahir)
Masa Postnatal	a. Neonatal b. Bayi	a. Lahir-28 hari b. 1-12 bulan
Awal masa anak	a. Toddler b. Pra sekolah	a. 1-3 tahun b. 3-6 tahun
Pertengahan masa anak	a. Usia sekolah	a. 6-12 tahun

### 2.2.2 Hospitalisasi

Hospitalisasi merupakan suatu proses yang memiliki alasan yang berencana/darurat sehingga mengharuskan anak untuk tinggal di rumah sakit, menjalani terapi dan perawatan sampai pemulangnya kembali kerumah. Selama proses tersebut, anak dapat mengalami berbagai kejadian menunjukkan pengalaman yang sangat trauma dan penuh dengan stress. Perasaan yang sering muncul yaitu cemas, marah, sedih, takut dan rasa bersalah [ CITATION Put14 \l 1057 ].

#### 1. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Hospitalisasi Pada Anak

##### a. Perkembangan Usia

Reaksi anak terhadap sakit berbeda-beda sesuai tingkat perkembangan anak. Pada usia sekolah reaksi perpisahan adalah kecemasan karena berpisah dengan orang tua dan kelompok sosialnya. Pasien anak usia sekolah umumnya takut pada dokter dan perawat.

##### b. Pola Asuh Keluarga

Pola asuh keluarga yang terlalu protektif dan selalu memanjakan anak juga dapat mempengaruhi reaksi takut dan cemas anak dirawat dirumah sakit. Beda dengan keluarga yang suka memandirikan anak untuk aktivitas sehari-hari anak akan lebih kooperatif bila dirumah sakit.

##### c. Keluarga

Keluarga yang terlalu khawatir atau stress anaknya yang dirawat dirumah sakit akan menyebabkan anak menjadi semakin stress dan takut.

##### d. Pengalaman Dirawat Dirumah Sakit Sebelumnya

Apabila anak pernah mengalami pengalaman tidak menyenangkan dirawat dirumah sakit sebelumnya akan menyebabkan anak takut dan trauma. Sebaliknya

apabila anak dirawat dirumah sakit mendapatkan perawatan yang baik dan menyenangkan anak akan lebih kooperatif pada perawat dan dokter.

e. Support System Yang Tersedia

Anak mencari dukungan yang ada dari orang lain untuk melepaskan tekanan akibat penyakit yang dideritanya. Anak biasanya akan minta dukungan kepada orang terdekat dengannya misalnya orang tua atau saudara. Perilaku ini biasanya ditandai dengan permintaan anak untuk ditunggu selama selama dirawat dirumah sakit, didampingi saat dilakukan perawatan padanya, minta dipeluk saat merasa takut dan cemas bahkan saat merasa kesakitan[ CITATION Dia13 \l 1057 ].

2. Reaksi Anak Terhadap Proses Hospitalisasi

a. Reaksi Terhadap Penyakit

- 1) Anak usia sekolah menganggap kekuatan dari luar sebagai penyebab penyakit.
- 2) Mereka menyadari perbedaan tingkat keparahan penyakit, misalnya sakit kanker lebih serius daripada sakit flu.

b. Reaksi Terhadap Hospitalisasi

- 1) Mekanisme pertahanan utama anak usia sekolah adalah reaksi formasi, suatu mekanisme pertahanan yang tidak disadari, anak menganggap suatu tindakan adalah berlawanan dengan dorongan hati yang mereka sembunyikan. Biasanya anak menyatakan bahwa mereka berani saat anak merasa sangat ketakutan.
- 2) Anak bereaksi terhadap perpisahan dengan menunjukkan kesendirian, kebosanan, isolasi, dan depresi. Mereka mungkin juga memperlihatkan



agresi, iritabilitas, dan ketidakmampuan dalam berhubungan dengan saudara dan teman sebaya.

c. Stressor Umum Pada Hospitalisasi

- 1) Perpisahan
- 2) Kehilangan kendali
- 3) Perubahan gambaran diri
- 4) Nyeri dan rasa takut [ CITATION Dia13 \l 1057 ].

### 2.2.2 Imunisasi

1. Pengertian Imunisasi

Imunisasi adalah upaya yang dilakukan dengan sengaja memberikan kekebalan (imunitas) pada bayi atau anak dengan memasukan vaksin kedalam tubuh sehingga terhindar dari penyakit. Sedangkan, yang dimaksud vaksin adalah bahan yang digunakan untuk merangsang pembentukan zat yang dimasukan kedalam tubuh melalui suntikan (misalnya, vaksin BCG, DPT, dan campak) dan mulut vaksin polio [ CITATION May12 \l 1057 ].

Imunisasi dasar balita adalah imunisasi yang wajib diberikan pada anak meliputi imunisasi Hepatitis B (HBV), DPT, Polio, Campak, dan BCG.

- a. BCG diberikan 1 kali (pada usia 1 bulan)
- b. DPT diberikan 3 kali (pada usia 2, 3 dan 4 bulan)
- c. POLIO diberikan 4 kali (pada usia 1, 2, 3, dan 4 bulan)
- d. Campak diberikan 1 kali (pada usia 9 bulan)
- e. Hepatitis B diberikan 1 kali (pada usia 0-7 hari)

## 2. Tujuan Imunisasi

Imunisasi bertujuan memberikan kekebalan (imunuitas) aktif maupun pasif terhadap suatu penyakit dengan aktif buatan jalan memberikan vaksin virus/bakteri yang dilemahkan atau dimatikan/toksoid). Vaksin adalah bahan yang dipakai untuk merangsang pembentukan zat inti yang dimasukkan kedalam tubuh melalui suntikan[ CITATION May12 \l 1057 ].

## 3. Jenis Vaksin

### a. Vaksin BCG (Bacillus Calmette Guerin)

Pemberian vaksin ini memberikan kekebalan aktif terhadap penyakit tuberculosis (TBC). BCG diberikan 1 kali sebelum umur 2 bulan dosis untuk anak <1tahun diberikan 0,05 ml. BCG ulangan tidak dianjurkan karena keberhasilannya diragukan.

### b. Vaksin DPT (Difteria Pertusis Tetanus)

Imunisasi DPT adalah suatu vaksin 3-in1 (tiga vaksin dalam satu sediaan) yang melindungi tubuh terhadap difteria, pertusis, dan tetanus. Imunisasi DPT diberikan sebanyak 3 kali, yaitu pada saat anak umur 2 bulan (DPT I), 3 bulan (DPT II), dan 4 bulan (DPT III), selang waktu tidak kurang dai 4 minggu. Imunisasi DPT ulang diberikan 1 tahun setelah DPT III dan pada usia pra sekolah (5-6 tahun). Jika anak mengalami reaksi alergi terhadap vaksin pertusis, maka sebaiknya diberikan DT bukan DPT.

### c. Vaksin polio

Pemberian vaksin polio ini menimbulkan kekebalan aktif terhadap penyakit poliomyelitis yang bisa menyebabkan kelumpuhan pada anak. Imunisasi dasar vaksin polio diberikan 4 kali (polio I, II, III, dan IV) dengan interval tidak

kurang 4 minggu vaksin diberikan 2 tetes peroral. Imunisasi polio ulang diberikan 1 tahun sejak imunisasi polio IV, kemudian saat masuk sekolah ( 5-6 tahun ) dan saat meninggalkan sekolah dasar (12 tahun).

**d. Vaksin Hepatitis B**

Pemberian vaksin ini memberikan kekebalan aktif terhadap penyakit hepatitis B imunisasi ini diberikan sedini mungkin 12 jam setelah bayi lahir. Imunisasi dasar diberikan 3 kali dengan jarak waktu satu bulan antara suntikan 1 dan 2, dan lima bulan antara suntikan 2 dan 3.

**e. Vaksin Campak**

Pemberian vaksin ini menimbulkan kekebalan aktif terhadap penyakit campak (tampek). Imunisasi campak diberikan satu dosis pada umur 9, jika sampai 12 bulan anak belum mendapatkan imunisasi campak, maka anak harus segera diimunisasi MMR (measles, mump, dan rubella) [ CITATION May12 \l 1057 ].

**4. Lokasi Pemberian**

**a. Oral**

Melalui mulut diberikan secara oral pada jenis vaksin polio OPV (oral poliomyelitis), polio IPV (Inactivated Poliomyelitis Vaccine).

**b. Intrakutan**

Diberikan intrakutan pada regio deltoid kanan jenis vaksin BCG

**c. Subkutan**

Pada lengan atas belakang jenis vaksin Campak dan MMR

**d. Intramuskuler**

Hepatitis B di daerah deltoid kiri atau kanan pada anak, dan sedangkan pada bayi di paha anterolateral (antero: otot-otot bagian depan, lateral: otot bagian luar)[ CITATION May12 \l 1057 ].

## **2.3 Asuhan keperawatan**

Proses keperawatan adalah metode pengorganisasian yang sistematis dalam melakukan asuhan keperawatan pada individu, kelompok, dan masyarakat yang berfokus pada identifikasi dan pemecahan masalah dari respon pasien terhadap penyakitnya. Proses keperawatan digunakan untuk membantu perawat melakukan praktik keperawatan secara sistematis dalam memecahkan masalah keperawatan.

Dengan menggunakan metode ini, perawat dapat mendemonstrasikan tanggung gugat dan tanggung jawab pada klien, sehingga kualitas praktik keperawatan dapat meningkat.

### **2.3.1 Pengkajian**

Pengkajian adalah tahap pertama dalam proses keperawatan. Tahap ini sangat penting dan menentukan dalam tahap-tahap selanjutnya. Data yang komprehensif dan valid akan menentukan penetapan diagnosis keperawatan dengan tepat dan benar, serta selanjutnya akan berpengaruh dalam perencanaan keperawatan. Tujuan dari pengkajian adalah didapatkannya data yang komprehensif yang mencakup data biopsiko dan spiritual.

#### **1. Pengumpulan data**

Pada tahap ini merupakan kegiatan dalam himpunan informasi (data-data) dari pasien yang meliputi umur bio, psiko, spiritual yang komprehensif secara

lengkap dan relevan untuk mengenal pasien agar dapat memberi arahan kepada tindakan keperawatan.

a. Identitas

Nama pasien, jenis kelamin, jumlah saudara, alamat pada tempat pemukiman yang padat khususnya pada daerah perkotaan dan lingkungan kurang bersih, pada penyakit DHF dapat menyerang semua orang baik laki-laki maupun perempuan sebagian besar adalah laki-laki paling sering menyerang pada anak-anak dengan usia <10 tahun [ CITATION mar16 \l 1057 ].

b. Keluhan utama

Alasan atau keluhan yang menonjol pada pasien DHF untuk datang ke rumah sakit adalah panas tinggi selama 2-7 hari dan anak lemah [ CITATION mar16 \l 1057 ].

c. Riwayat penyakit sekarang

Didapatkan adanya keluhan panas mendadak dan saat demam kesadaran kompos mentis. Demam 2-7 hari yang timbul mendadak tinggi, terus-menerus, bifasik, disertai sakit kepala, mialgia/nyeri otot, retro orbital, dan persendian, mual dan muntah serta adanya manifestasi pendarahan pada kulit (ptekie), gusi (grade III,IV) melena atau hematemesis [ CITATION mar16 \l 1057 ].

d. Riwayat Penyakit yang Pernah Diderita

Penyakit apa saja yang pernah di derita, meliputi penyakit waktu kecil, apa pernah dirawat dirumah sakit, obat yang bisa digunakan, alergi. Pada DHF anak bisa mengalami serangan ulang DHF dengan tipe virus yang lain [ CITATION mar16 \l 1057 ].

e. Pemeriksaan Fisik

- 1) Keadaan umum dan tanda– tanda vital : adanya peningkatan suhu tubuh 2-7 hari dan perlu diwaspadai dengan suhu tubuh yang tinggi.

Berdasarkan tingkatan (grade) DHF, keadaan fisik anak adalah sebagai berikut :

- a) Derajat I : Demam disertai gejala klinis lain atau perdarahan spontan, uji tourniquet positif, trombositopenia dan hemokonsentrasi.
  - b) Derajat II : Derajat 1 disertai perdarahan spontan di kulit dan atau perdarahan lain.
  - c) Derajat III : Kegagalan sirkulasi : nadi cepat dan lemah, hipotensi, kulit dingin lembab, gelisah.
  - d) Derajat IV : Renjatan berat, denyut nadi dan tekanan darah tidak dapat diukur. Yang disertai dengan dengue syok sindrom [ CITATION tit16 \l 1057 ].
- 2) Pernafasan ( B1 : Breath )

Pada foto thorax pada demam dengue tidak ditemukan masalah apabila terdapat adanya aliran yang tertimbun pada paru sebelah kanan (efusi pleura), rates ronchi, yang biasanya terdapat pada DHF grade III danIV [ CITATION mar16 \l 1057 ].

- 3) Cardiovasculer (B2 : Blood)

Kuku sianosis atau tidak, jika ada menandakan sirkulasi tidak lancar disebabkan kebutuhan CO<sub>2</sub> tidak terpenuhi. Pada Derajat III kegagalan sirkulasi : nadi cepat dan lemah, hipotensi, derajat IV renjatan berat, denyut nadi dan tekanan darah tidak dapat diukur, epitaksis, hemoptisis, ekimosis, purpura, perdarahan gusi, hematemesis, dan melena, terdapat sianosis di sekitar mulut dan kulit ujung jari; hidung, telinga, dan kaki pada grade IV [ CITATION mar16 \l 1057 ]

#### 4) Persarafan (B3 : Brain )

Kesadaran compos mentis terdapat nyeri retro orbital, sakit kepala, mialgia/nyeri otot dan persendian, hidung terkadang mengalami perdarahan pada grade II,III,IV, muka tampak kemerahan karena demam[ CITATION mar16 \l 1057 ].

#### 5) Perkemihan/eliminasi urien (B4 : Bladder)

Eliminasi alvi (buang air besar) kadang-kadang pada demam dengue, anak mengalami diare. Sementara DHF pada grade III-IV bisa terjadi melena. Eliminasi urine (buang air kecil) perlu dikaji apakah sering kencing, sedikit/banyak, sakit/tidak. Pada DHF grade IV sering terjadi hematuria. Warna urine berubah pekat merupakan tanda dehidrasi, dehidrasi terjadi karena penguapan panas dalam tubuh[ CITATION mar16 \l 1057 ].

#### 6) Pencernaan (B5 : Bowel)

Mual, muntah, malaise, anoreksia, nyeri perut, nyeri telan, diare atau konstipasi, mukosa bibir kering, tenggorokan mengalami hyperemi pharing dan

terjadi perdarahan telings pada grade II,III,IV, terjadi perdarahan gusi, pada DHF grade III, IV dapat terjadi melena[ CITATION mar16 \l 1057 ].

7) Muskuluskeletal dan Integumen (B6 : Bone)

Pada grade I uji turniket positif, pada grade II terdapat perdarahan spontan perdarahan dibawah kulit ditemukan ruam maculopapular karena kebocoran plasma, Pada grade III : kulit dingin lembab, pada grade IV akral dingin, turgor kulit menurun dan kuku sianosis.

8) Pemeriksaan tingkat perkembangan

Tumbuh kembang BB sesuai dengan usia 6-12 tahun menurut rumus Behraman ( $n$  (tahun)  $\times$  7- 5 : 2)TB, tumbuh kembang sesuai usia. Adaptasi sosial, bahasa, motorik halus dan motorik kasar [ CITATION Dia13 \l 1057 ]

9) Dan tumbang sesuai dengan usia 6-12 tahun sebagai berikut :

- (a) Perkembangan motorik kasar: Berjalan- jalan sendiri, mampu mngendarai sepeda angin, melompat dengan satu kaki tanpa berpegangan.
- (b) Perkembangan motorik halus:Menggambar garis silang, menggambar lingkaran, membuat coretan dikertas, berhitung dan menyusun gambar.
- (c) Perkembangan bahasa: Menyebut namanya, menyebutkan jenis kelaminnya, banyak bertanya mengenai sebab akibat,soal waktu, mampu berbicara dengan lancar dan memiliki rasa ingin tahu.
- (d) Perkembangan adaptasi sosial: Menangis jika dimarahi, menunjukkan rasa kasih sayang kepada saudara-saudaranya, dapat melakukan tugas-tugas sederhana.

### 2.3.2 Analisa Data



Dari hasil pengkajian kemudian data tersebut dikelompokkan lalu dianalisa sehingga dapat ditarik kesimpulan masalah yang timbul dan untuk selanjutnya dapat merumuskan diagnosa keperawatan.

### **2.3.3 Diagnosa keperawatan**

Adapun diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien Dengue Haemorrhagic Fever [ CITATION Tim17 \l 1057 ] adalah sebagai berikut :

1. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit
2. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi (anoreksia)
3. Resiko hipovolemia berhubungan dengan kurangnya asupan cairan dan peningkatan suhu tubuh, mual, muntah
4. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan nafas
5. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (penekanan intra abdomen)
6. Resiko pendarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi (trombositopenia)
7. Resiko syok (hipovolemik) berhubungan dengan perdarahan yang berlebihan

### **2.3.4 Intervensi**

1. Diagnosa Keperawatan 1 :

Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 diharapkan suhu tubuh stabil

Kriteria hasil : Suhu tubuh normal  $36^{\circ}\text{C}$ – $37,5^{\circ}\text{C}$  dengan tubuh tidak teraba panas, dan haus berkurang

Intervensi :

- a. Observasi suhu tubuh, pernafasan, denyut nadi, dan tekanan darah setiap 4 jam

Rasional: Peningkatan denyut nadi, penurunan tekanan vena sentral dan penurunan tekanan darah dapat mengindikasikan hipovolemik yang mengarah pada penurunan perfusi jaringan. Peningkatan frekuensi pernapasan berkompensasi pada hipoksia jaringan

- b. Turunkan panas yang berlebihan dengan melepas selimut dan pasang kain sebatas pinggang

Rasional: Tindakan tersebut meningkatkan kenyamanan dan menurunkan temperatur

- c. Kaji pengetahuan pasien dan keluarga tentang hipertermia

Rasional: Pengkajian semacam ini berfungsi sebagai dasar untuk memulai penyuluhan

- d. Kompres dengan air biasa tanpa es (suhu ruangan)

Rasional: kompres air biasa akan mendinginkan permukaan tubuh dengan cara konduksi

- e. Kolaborasikan dengan dokter pemberian obat antipiretik jika perlu

Rasional: Antipiretik efektif dalam menurunkan demam [ CITATION Cyn10 \l 1057 ].

2. Diagnosa keperawatan 2 :

Defisit nutrisi kurang berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi (anoreksia)

Tujuan : Setelah dilakukan diberikan tindakan asuhan keperawatan selama 3x 24 jam kebutuhan nutrisi terpenuhi

Kriteria hasil : Berat badan stabil, pasien nafsu makan, tidak mual dan muntah

Intervensi :

- a. Observasi apakah klien pernah muntah  
Rasional: Untuk mengkaji konsumsi zat gizi dan perlunya pemberian suplemen
  - b. Jelaskan pentingnya nutrisi bagi tubuh  
Rasional: karena nutrisi berguna sebagai proses metabolik pada anak
  - c. Berikan makanan yang disertai suplemen untuk kebutuhan gizi  
Rasional: Membantu memenuhi kebutuhan nutrisi
  - d. Timbang berat badan setiap 3 hari jika memungkinkan  
Rasional: Tindakan ini memberikan tanda akurat dan memberikan pengendalian pada pasien tentang makanan yang dimakan dan status nutrisinya
  - e. Kolaborasikan pemberian obat suplemen  
Rasional: memperbaiki nafsu makan [ CITATION Cyn10 \l 1057 ].
3. Diagnosa keperawatan 3 :

Resiko hipovolemia berhubungan dengan kurangnya asupan cairan dan peningkatan suhu tubuh, mual dan muntah

Tujuan : setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tidak terjadi kekurangan volume cairan.

Kriteria hasil : volume cairan anak terpenuhi ditandai dengan anak tidak kehausan, turgor kulit elastis, ubun- ubun tidak cekung, urin normal, mukosa bibir lembap.

Intervensi :

- a. Observasi tanda-tanda kurang cairan (bibir pecah-pecah, produksi urinturun, turgor kulit tidak elastis).

Rasional: Untuk mendeteksi tanda awal bahaya pada pasien.

- b. Observasi tanda- tanda vital suhu tiap 4 jam

Rasional: peningkatan denyut nadi, penurunan tekanan vena sentral, dan penurunan tekanan darah dapat mengindikasikan hipovolemia yang mengarah pada penurunan perfusi jaringan. Peningkatan frekuensi pernapasan berkompensasi pada hipoksia jaringan.

- c. Anjurkan orangtua untuk memotivasi dan memberikan minum pada anak

Rasional: Membuat anak ingin selalu patuh terhadap terapi yang diberikan medis.

- d. Pantau usapan dan pengeluaran

Rasional: Untuk mengetahui keseimbangan cairan pada pasien

- e. Berikan cairan parenteral sesuai petunjuk

Rasional: untuk memberikan cairan secara preteral [ CITATION Cyn10 \l 1057 ].

4. Diagnosa keperawatan 4 :

Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan nafas

Tujuan : setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pola nafas membaik

Kriteria hasil :frekuensi pernafasan dalam batas normal (19-21 x/menit), tidak ditemukan suara nafas tambahan, tanda-tanda vital dalam batas normal suhu (36,5°C- 37,5°C), Nadi (70-110x/menit).

Intervensi :

a. Observasi kecepatan, irama, kedalaman pernafasan

Rasional: memantau pola pernafasan

b. Perhatikan pergerakan dada, amati kesimetrisan dan penggunaan otot bantu nafas

Rasional: melakukan pemeriksaan fisik pada paru dapat mengetahui kelaian yang terjadi pada pasien

c. Auskultasi bunyi nafas dan suara nafas tambahan

Rasional: adanya bunyi nafas tambahan dan mengetahui ada gangguan pada pernafasan

d. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi

Rasional: pemberian terapi dapat mempercepat kesembuhan[ CITATION Cyn10 \l 1057 ].

5. Diagnosa keperawatan 5 :

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (penekanan intra abdomen)

Tujuan: setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri akut dapat berkurang

Kriteria hasil: pasien tenang, nyeri berkurang dengan skala nyeri 1 (0-10), ekspresi wajah tidak menunjukkan kesakitan.

Intervensi:

- a. Kaji tingkat nyeri yang dialami pasien  
Rasional : untuk mengetahui berapa berat nyeri yang dialami pasien
  - b. Observasi tanda-tanda vital (nadi dan pernafasan)  
Rasional: Untuk melihat keadaan umum klien
  - c. Observasi petunjuk nyeri non verbal dengan menunjukkan ekspresi wajah dengan scale (0-10)  
Rasional: Membantu dalam mengidentifikasi derajat skala nyeri dari ekspresi wajah
  - d. Berikan posisi yang nyaman, usahakan situasi ruangan yang tenang  
Rasional : Untuk mengurangi rasa nyeri
  - e. Alihkan perhatian pasien dari rasa nyeri  
Rasional : Dengan melakukan aktivitas lain pasien dapat melupakan perhatiannya terhadap nyeri yang dialami
  - f. Berikan obat-obat analgetik  
Rasional: Analgetik dapat menekan atau mengurangi nyeri pasien[ CITATION Cyn10 \l 1057 ].
6. Diagnosa keperawatan 6 :

Resiko pendarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi (trombositopenia)

Tujuan: setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tidak terjadi resiko pendarahan

Kriteria hasil: hasil pemeriksaan Trombosit normal 150.000-400.000 dan hematokrit normal 35-49, tidak ada tanda-tanda pendarahan ptekie, gusi berdarah, dan pendarahan pada hidung.

Intervensi:

- a. Monitor tanda penurunan trombosit yang disertai gejala klinis  
Rasional: penurunan trombosit merupakan tanda kebocoran pembuluh darah.
- b. Anjurkan pasien untuk banyak istirahat  
Rasional: aktivitas pasien yang tidak terkontrol dapat menyebabkan perdarahan
- c. Beri penjelasan untuk segera melapor bila ada tanda perdarahan lebih lanjut  
Rasional: membantu pasien mendapatkan penanganan sedini mungkin
- d. Edukasi kepada keluarga pasien untuk mengantisipasi dengan menganjurkan menggunakan sikat gigi yang lunak dan memelihara kebersihan mulut

Rasional: Mencegah terjadinya pendarahan lebih lanjut karena trombositopenia rentan terhadap terjadinya cedera/pendarahan[ CITATION Cyn10 \l 1057 ].

#### 7. Diagnosa keperawatan 7

Resiko terjadinya syok hipovolemik berhubungan dengan pendarahan yang berlebihan

Tujuan : Setelah dilakukan perawatan 3 x 24 jam diharapkan tidak terjadi syok hipovolemik.

Kriteria hasil : tanda-tanda vital dalam batas normal RR 19-21 x/menit, Nadi 70-110 x/menit, Turgor kulit baik, Haluaran urin tepat secara individu, Kadar elektrolit dalam batas normal tidak ada peningkatan hematokrit.

Intervensi:

##### a. Monitor keadaan umum pasien

Rasional: memantau kondisi pasien selama masa perawatan terutama pada saat terjadi perdarahan sehingga segera diketahui tanda syok dan dapat segera ditangani.

##### b. Observasi tanda-tanda vital tiap 2 sampai 3 jam

Rasional: tanda-tanda vital normal menandakan keadaan umum baik

##### c. Monitor tanda perdarahan

Rasional: perdarahan cepat diketahui dan dapat diatasi sehingga pasien tidak sampai syok hipovolemik

##### d. Melakukan pemeriksaan laboratorium (hemoglobin, hematokrit dan trombosit)



Rasional: untuk mengetahui tingkat kebocoran pembuluh darah yang dialami pasien sebagai acuan melakukan tindakan lebih lanjut.

- e. Berikan transfusi sesuai program dokter

Rasional: untuk menggantikan volume darah serta komponen darah yang hilang

- f. Lapor dokter bila tampak tanda-tanda syok hipovolemik

Rasional: untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut segera mungkin (Taylor, 2010).

### **2.3.5 Pelaksanaan**

Pelaksanaan rencana keperawatan adalah kegiatan atau tindakan yang diberikan kepada klien sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan tergantung pada situasi dan kondisi klien saat itu.

Pada diagnosa keperawatan hipertermi berhubungan dengan proses penyakit dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 3 x 24 jam dengan intervensi Observasi suhu tubuh, pernafasan, denyut nadi, dan tekanan darah setiap 4 jam, Turunkan panas yang berlebihan dengan melepas selimut dan pasang kain sebatas pinggang, memberikan kompres air biasa tanpa es dan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian cairan dan obat antipiretik.

Pada diagnosa keperawatan Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi (anoreksia) dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan intervensi Observasi apakah klien pernah

muntah, Jelaskan pentingnya nutrisi bagi tubuh, Berikan makanan yang disertai suplemen untuk kebutuhan gizi, Timbang berat badan setiap 3 hari jika memungkinkan dan kolaborasikan pemberian obat suplemen untuk menambah nafsu makan.

Pada diagnosa keperawatan resiko hipovolemia berhubungan dengan kurangnya asupan cairan dan peningkatan suhu tubuh, mual, muntah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam dengan intervensi observasi tanda-tanda kurang cairan (bibir pecah-pecah, produksi urin turun, turgor kulit tidak elastis, Observasi tanda-tanda vital suhu tiap 4 jam, Anjurkan orangtua untuk memotivasi dan memberikan minum pada anak, Pantau usapan dan pengeluaran, Berikan cairan parenteral sesuai petunjuk.

Pada diagnosa keperawatan Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan nafas dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 dengan intervensi observasi kecepatan, irama, kedalaman pernafasan, Perhatikan pergerakan dada, amati kesimetrisan dan penggunaan otot bantu nafas, Auskultasi bunyi nafas dan suara nafas tambahan dan Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi.

Pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan agen pencedera fisiologis (penekanan intra abdomen) dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam dengan intervensi kaji tingkat nyeri yang dialami pasien, Observasi tanda-tanda vital (nadi dan pernafasan), Observasi petunjuk nyeri non verbal dengan menunjukkan ekspresi wajah dengan scale (0-10), Berikan posisi yang nyaman, usahakan situasi ruangan yang tenang, Alihkan perhatian pasien dari rasa nyeri dan berikan obat-obat analgetik.

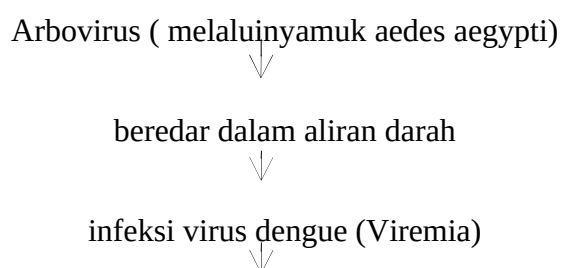
Pada diagnosa keperawatan resiko pendarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi (trombositopenia) dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam dengan intervensi anjurkan pasien untuk banyak istirahat, Beri penjelasan untuk segera melapor bila ada tanda perdarahan lebih lanjut, Edukasi kepada keluarga pasien untuk mengantisipasi dengan menganjurkan menggunakan sikat gigi yang lunak dan memelihara kebersihan mulut.

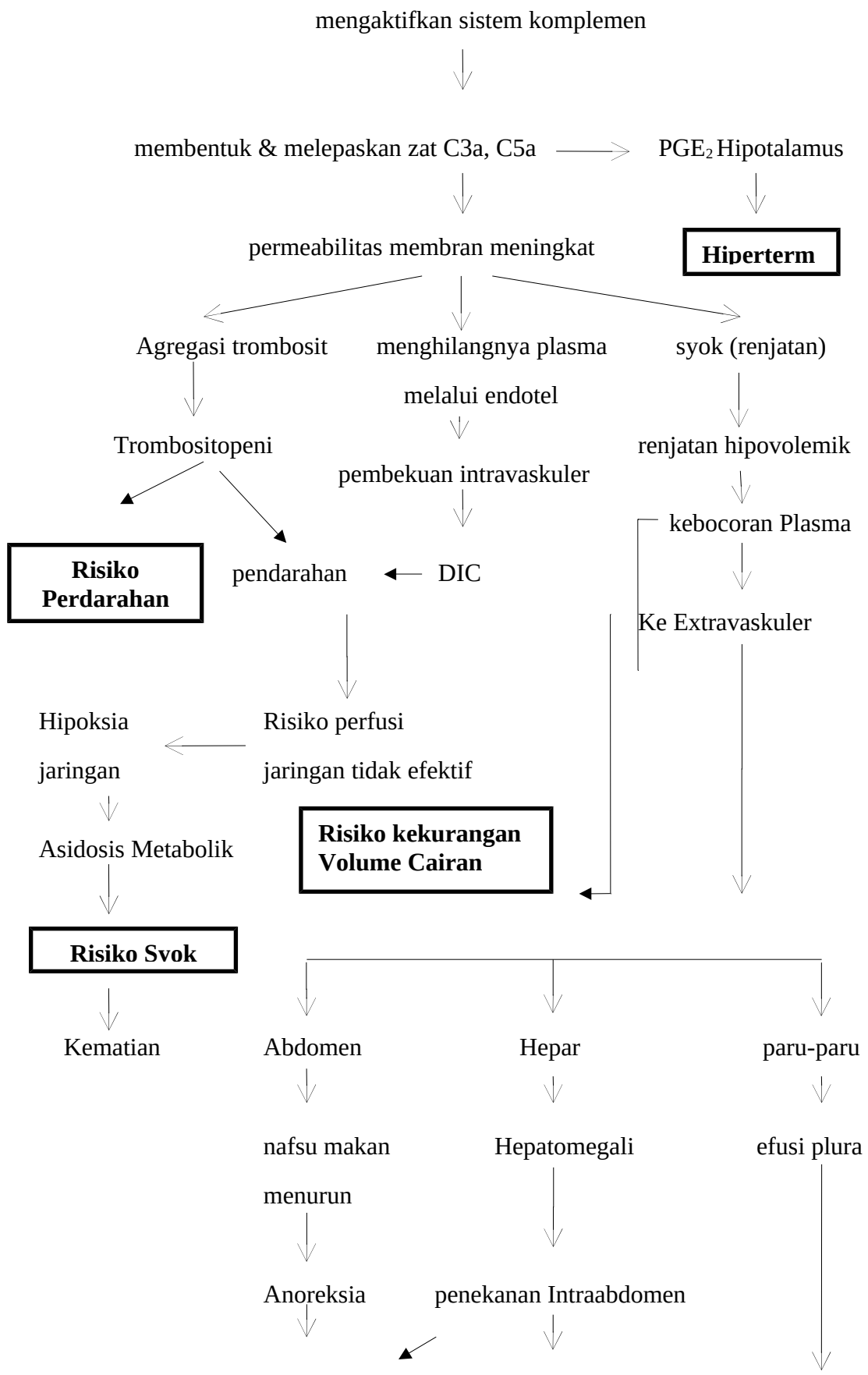
Pada diagnosa keperawatan resiko terjadinya syok hipovolemik dilakukan perawatan 3 x 24 jam dengan intervensi monitor keadaan umum pasien, Observasi tanda-tanda vital tiap 4 jam, Monitor tanda perdarahan, Melakukan pemeriksaan laboratorium ( hemoglobin, hematokrit dan trombosit), Berikan transfusi sesuai program dokter, Lapor dokter bila tampak tanda-tanda syok hipovolemik.

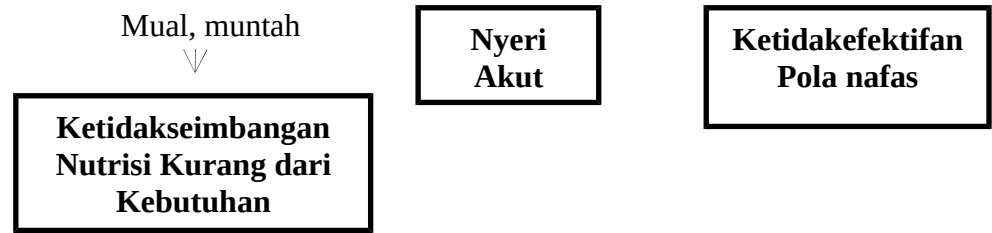
### **2.3.6 Evaluasi**

Dilaksanakan suatu penilaian terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan atau dilaksanakan dengan berpegang teguh pada tujuan yang ingin dicapai. Pada bagian ini ditentukan apakah rencana atau intervensi sudah tercapai atau belum, dapat juga timbul masalah baru. Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan hipertermi teratasi, defisit nutrisi terpenuhi, tidak terjadi kekurangan volume cairan, pola nafas dapat efektif, nyeri dapat terkontrol, tidak terjadi resiko pendarahan, tidak terjadinya resiko syok (hipovolemik).

### **2.4 Kerangka Masalah**







**Gambar 2.3 kerangka Masalah sumber[ CITATION Ami15 \l 1057 ].**

## **BAB 3**

### **TINJAUANKASUS**

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Dengue Haemorrhagic Fever, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 05 Juni 2018 sampai 07 Juni 2018. Dengan data pengkajian pada tanggal 05 Juni 2018 pukul 18.30 WIB. Anamnesa diperoleh dari pasien dan keluarga pasien serta file No. Register 55.xx.xx sebagai berikut :

#### **3.1 PENGKAJIAN**

##### **3.1.1 Identitas**

Pasien adalah seorang anak dengan berjenis kelamin perempuan bernama An. Q berusia 7 tahun, beragama Islam, bahasa yang sering dipakai bahasa Indonesia, klien merupakan anak kedua dari 3 bersaudara, klien tinggal bersama orang tua yang bertempat tinggal di Driyorejo kota Gresik, pasien masuk rumah sakit pada tanggal 05 Juni 2018 pukul 17.15 WIB, dengan diagnosa medis pasien adalah Dengue Haemorrhagic Fever grade 1.

##### **3.1.2 Keluhan Utama**

Ibu pasien mengatakan An. Q badannya lemas.

##### **3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang**

Ibu px mengatakan An. Q pada tanggal 30 Mei 2018 mengeluh badannya panas dan diukur suhu dengan hasil 39,5°C. Pada tanggal 31 Mei 2018 An.Q dibawah ke Klinik Radegan Sari Gresik dengan keluhan badannya panas disertai gusi berdarah, dan nyeri ulu hati dan di sarankan untuk opname. Pada tanggal 05 Juni 2018 An. Q dirujuk di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada pukul 13.30

datang di IGD Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dengan keluhan badan lemas, tidak mual dan muntah, tidak ada pendarahan pada gusi, tidak ada epistaksis dan nyeri pada ulu hati. Hasil observasi TTV IGD suhu tubuh 36,5 °C, nadi 100 x/menit, Rr 21 x/menit. Pasien mendapatkan terapi infus D5 ½ NS 1000 cc/24 jam dan injeksi antrain 200 mg. Dari IGD pasien dianjurkan masuk rumah sakit dan pasien di pindahkan ke Ruang V di kamar 6 pada tanggal 05 Juni 2018 pukul 17.15 WIB. Dengan hasil observasi suhu 36 °C, nadi 98 x/menit Rr 20 x/menit. Pasien mendapatkan terapi D5 ½ NS 1000 cc/24 jam. Perkembangan An. Q saat pengkajian pada tanggal 05 Juni 2018 pukul 18.30 WIB ibu pasien mengatakan badan lemas, hasil observasi suhu 36,4 °C, nadi 97 x/menit Rr 20 x/menit tidak ada bintik bintik merah di kulit, nyeri pada ulu hati saat ditekan pada perut bagian kuadran 1 regio epigastrium ± 1 menit dengan ekspresi wajah sedikit meringis skala nyeri 2 (1-10) nyeri seperti ditekan, makan hanya habis 2-3 sendok terdapat stomatitis pada mulut, lidah kotor, dan terpasang cairan infus D5 ½ NS 1000 cc/24 jam ditangan sebelah kanan.

#### **3.1.4 Riwayat kehamilan dan Persalinan**

##### **1. Prenatal Care**

Ibu pasien mengatakan selama mengandung An.Q selalu rutin memeriksakan kandungan di daerah Driyorejo dan selama mengandung mengeluh mual saat usia kehamilan 1 bulan.

##### **2. Natal Care**

Ibu pasien mengatakan An. Q dilahirkan secara sectio caesar tanpa indikasi medis karena ibu pasien takut melahirkan secara spontan dengan usia

kehamilan 41 minggu ditolong oleh dokter dengan panjang 49 Cm, dan berat badan 3600 gram.

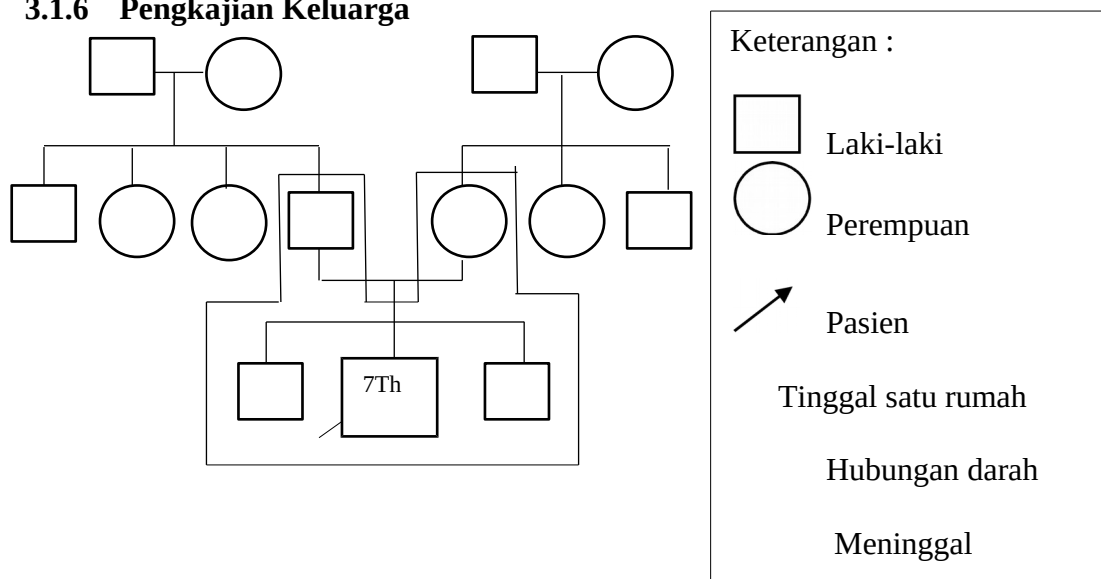
### 3. Post Natal

Ibu pasien mengatakan An. Q diasuh oleh kedua orang tuanya dan diberikan ASI Eksklusif selama 6 bulan dan mendapatkan ASI selama 2 tahun mulai umur 6 bulan An. Q diberikan makanan tambahan dan sampai sekarang An. Q tidak mengkonsumsi susu formula.

#### 3.1.5 Riwayat Penyakit Dahulu

Ibu pasien mengatakan An. Q sakit saat kecil yaitu demam, batuk dan pilek. An. Q tidak pernah dirawat di rumah sakit, dan setiap sakit ibu pasien hanya memberikan obat-obatan sesuai advis dokter di rumah sakit, An. Q selama ini tidak pernah mengalami kecelakaan dan tindakan operasi. An. Q tidak mempunyai alergi terhadap obat-obatan dan makanan. Ibu pasien mengatakan An. Q sudah menjalani imunisasi lengkap sesuai jadwal Hb0, Polio 1 dan BCG saat lahir, DPT, Hib 1, dan polio 2 saat umur 3 bulan, DPT 2, Hib 2 dan polio 3 saat umur 4 bulan, DPT 3, Hib 3 dan polio 4 saat umur 5 bulan, campak saat usia 9 bulan, dan suntik difteri pada usia 6 tahun.

#### 3.1.6 Pengkajian Keluarga





### **Gambar 3.1 Genogram**



#### 1. Psikososial Keluarga

Orang tua pasien mengatakan bahwa bekerja swasta sebagai staf sebuah perusahaan swasta. Dan ibu pasien sudah tidak bekerja dan menjadi ibu rumah tangga karena menemani ke tiga anaknya.

### **3.1.7 Riwayat Sosial**

#### 1. Yang Mengasuh Anak

Sehari-hari An. Q diasuh oleh kedua orangtuanya secara langsung sejak kecil sampai sekarang tidak pernah diasuh oleh orang lain, ayah klien bekerja swasta sedangkan ibunya sebagai ibu rumah tangga dan sudah tidak bekerja lagi karena mengasuh ketiga anaknya.

#### 2. Hubungan Dengan Anggota Keluarga

Hubungan dengan anggota keluarga sangat baik dan ada komunikasi antara anggota keluarga orang terdekat An. Q adalah ibunya dan orang terdekat setelahnya adalah kakak dan adik kandungnya. Ibu pasien An. Q mengatakan selalu memberikan dukungan kepada anaknya saat sakit di rumah sakit.

#### 3. Hubungan Dengan Teman Sebaya

Pasien An. Q pada saat sebelum masuk rumah sakit mampu berinteraksi dengan teman-teman sebayanya di sekolah dan sekitar rumah, namun selama di rumah sakit hanya berinteraksi dengan ibu dan ayahnya.

#### 4. Pembawaan Secara Umum

An. Q terlihat lemas, dan berbaring di tempat tidur. Klien memiliki kepribadian yang malu, diam dan tidak bisa menerima kehadiran orang lain terkadang juga menangis saat perawat menghampirinya melakukan tindakan.

### 3.1.8 Kebutuhan Dasar

#### 1. Pola Presepsi Sehat – Pelaksanaan Sehat

Ibu pasien mengatakan bahwa lingkungan daerah rumahnya kurang bersih karena depan daerah rumah terdapat selokan dan An. Q sering bermain di lingkungan rumah. Ibu pasien mengatakan akan menjaga lingkungan rumah, sekitar luar rumah tetap bersih, dan menjaga pola makan An Q dan kedua anaknya agar dapat menjaga kesehatan keluarganya.

#### 2. Pola Nutrisi

Ibu pasien mengatakan An. Q makan sesuai porsi yang diberikan ibunya, dan lebih suka makanan yang berkuah seperti sayuran, dibandingkan makanan daging sapi, An. Q lebih suka mengemil makanan serta habis air putih 5 gelas dalam sehari, sedangkan saat dirumah sakit nafsu makan menurun karena An. Q memiliki stomatitis dan lidah kotor sehingga makan hanya menghabiskan 2-3 sendok sisa hanya lauknya saja karena An. Q tidak suka makanan daging yang disajikan oleh rumah sakit, dan minum air putih  $\pm$  1200 cc atau 5 gelas.

#### 3. Pola Tidur

Ibu pasien mengatakan sebelum sakit An. Q terjadwal saat siang tidur pukul 13.00-15.00 WIB, dan saat malam hari tidur pukul 20.00-05.00 WIB dan sering ditemani ibunya saat tidur. Selama masuk rumah sakit lebih sering istirahat saat siang tidur pukul 12.00-15.00 WIB saat malam hari tidur pukul 20.00-06.00 WIB dan An.Q selalu ditemani oleh ibunya saat tidur.

#### 4. Pola Aktivitas/ Bermain

Ibu pasien mengatakan An. Q sebelum sakit selalu melakukan aktivitas seperti bersekolah, bermain dengan teman sekolahnya, sekitar rumah dan saudara kandungnya dirumah. Saat di rumah sakit An. Q selalu di temani oleh kedua orang tuanya dan bermain boneka.

5. Pola Eliminasi

Ibu pasien mengatakan An. Q sebelum sakit Bak  $\pm$  5 x/ hari berwarna kuning jernih dan berbau khas, Bab 1 x/hari dengan konsistensi lembek berwarna kuning kecoklatan dan berbau khas. Saat di rumah sakit An. Q Bak  $\pm$  5 x/hari berwarna kuning dan berbau khas, saat di rumah sakit anak belum BAB

6. Pola Seksual Reproduksi

Pasien An. Q mengerti bahwa ia berjenis kelamin perempuan

7. Pola Peran Hubungan

Ibu pasien mengatakan An. Q merupakan anak ke dua dari tiga bersaudara saat dirumah ibu mengasuh ketiga anaknya. Saat di rumah sakit ibu pasien mengatakan memiliki peran lebih untuk merawat An. Q dan kedua anaknya dirumah serta membagi tugas antara ibu dan ayah untuk merawat ketiga anaknya.

8. Pola Presepsi Diri-Konsep Diri

Ibu pasien mengatakan An. Q mengerti bahwa ia anak perempuan dari tiga bersaudara, dan memiliki sifat terbuka dan malu saat bertemu dengan orang yang tidak dikenal. An. Q mengerti bahwa ia sedang sakit dan dirawat dirumah sakit. An. Q lebih suka menata rambutnya dengan mengkuncir rambut, saat dirumah sakit An. Q sering mengatakan pada ibunya ingin segera pulang dan ingin bertemu teman dan sudaranya.

9. Pola Kognitif Preseptual

Ibu pasien mengatakan An. Q lebih susah makan dan perlu rayu saat makan, lebih diperhatikan dari biasanya sebelum sakit, dan merasakan nyeri pada ulu hati, dan badan merasa pegal pegal ibu An. Q selalu memijatnya daerah yang pegal, mengkompres dengan air hangat pada daerah yang nyeri bagian perut, memberikan minum air hangat dan selalu mendoakan An. Q segera sembuh berkumpul dengan saudaranya.

#### 10. Pola Keyakinan

Ibu pasien mengatakan An. Q saat dirumah jarang melaksanakan sholat dan setiap sore melaksanakan kegiatan mengaji. Orang tua An. Q sering mendoakan anaknya akan segera sembuh dan pulang kerumah berkumpul dengan keluarganya.

#### 11. Pola Koping Toleransi Stress

Ibu pasien mengatakan An. Q merupakan pertama kalinya sakit dan dirawat dirumah sakit, dan anaknya lebih minta perhatian, dan selalu ditemani oleh orang tuanya karena merasa kesepian. An. Q sering mengatakan kepada ibunya ingin pulang dan ibu An. Q membujuknya dan memberikan motivasi bahwa akan segera pulang dan selalu menemani anaknya.

### **3.1.9 Keadaan Umum (Penampilan Umum)**

#### 1. Cara Masuk

Ibu pasien mengatakan An. Q datang dari RS. Radegan Sari Gresik yang dirujuk di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dan masuk melalui IGD pada tanggal 05 Juni 2018 pukul 18.30 WIB dengan menggunakan ambulans. Klien diantarkan ke Ruang V menggunakan kursi roda .

#### 2. Keadaan Umum

Klien terlihat lemas, kesadaran Composmentis, akral hangat kering kemerahan

### 3.1.10 Tanda-Tanda Vital

Saat diobservasi pada tanggal 05 Juni 2018 pukul 18.30 WIB tanda-tanda vital klien suhu 36,4°C, nadi 97 x/menit, RR 20 x/menit, TB 119 cm, BB sebelum masuk rumah sakit 20 kg, pada saat masuk rumah sakit 20 kg. BB rumus menurut Behrman perkiraan berat badan pada umur 6-12 tahun adalah:

$$\left( \frac{n \text{ tahun} \times 7 - 5}{2} \right) = \frac{7 \times 7 - 5}{2} = \frac{49 - 5}{2} = \frac{44}{2} = 22 \text{ kg}$$

### 3.1.11 Pemeriksaan Fisik

#### 1. Pemeriksaan Kepala dan Rambut

Rambut berwarna hitam, pendek sebahu, lurus, tidak rontok, bersih, bentuk kepala mesofal, tidak ada benjolan, tidak ada lesi.

#### 2. Mata

Bentuk mata simetris segaris dengan telinga, tidak adaa ikerus pada mata, konjungtiva tidak anemis, sklera berwarna putih, tidak ada benjolan pada kelopak mata.

#### 3. Hidung

Septum nasi ditengah, tidak ada polip, tidak ada epistaksis, tidak ada sekret.

#### 4. Telinga

Bentuk telinga kanan dan kiri simetris, tidak menggunakan alat bantu dengar, tidak ada tumpukan serumen, kebersihan telinga cukup bersih.

5. Mukosa dan Tenggorakan

Membran mukosa bibir lembab, terdapat stomatitis, lidah kotor, tidak ada pendarahan pada gusi, gigi depan terdapat karies, tidak ada peradangan pada tenggorakan, tidak ada gangguan menelan dan tidak ada pembesaran tonsil.

6. Tengkok dan Leher

Leher simetris terpusat pada posisi kepala, tidak ada lesi pada leher, tidak terlihat adanya pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada kelenjar getah bening, dan tidak ada pemebesaran vena jugularis.

7. Pemeriksaan Thorax/Dada

Bentuk dada normochest, pergerakan dada simetris pada saat inspirasi dan ekspirasi, tidak menggunakan otot bantu nafas tambahan, tidak ada lesi pada dada.

8. Paru

Bentuk dada normochest, pola nafas teratur, pergerakan dada simetris, tidak ada nyeri tekan pada dada RR: 20 x/menit, saat perkusi suara sonor, dan pada saat auskultasi suaran nafas vesikuler tidak terdapat suaran nafas tambahan seperti ronchi dan wheezing.

9. Jantung

Tidak ada sianosis, tidak ada oedema pada ekstremitas atas maupun bawah, palpasi ictus cordis tidak teraba, pada saat perkusi terdapat suara sonor, dan saat auskultasi tidak ada bunyi jantung tambahan, bunyi jantung S1 dan S2 tunggal, irama reguler.

10. Punggung

Tidak terdapat dekubitus, tidak ada benjolan pada punggung, tidak ada ruam, tidak ada lesi, tidak ada kelainan pada tulang belakang.

#### 11. Pemeriksaan Abdomen

Bentuk abdomen supel, tidak ada ruam pada abdomen, tidak ada lesi, pasien terlihat sedikit meringis pada ulu hati pada perut bagian kuadran 1 regio epigastrium saat ditekan nyeri timbul  $\pm 1$  menit seperti ditekan dengan ekspresi wajah sedikit meringis dengan skala nyeri 2 (1-10), turgor kulit elastis, suara abdomen tympani, suara bising usus 6 x/menit.

#### 12. Pemeriksaan Kelamin dan Daerah Sekitarnya

Tidak ada kelainan pada anus, tidak ada melena pada Bab, berjenis kelamin perempuan, tidak ada ruam pada daerah sekitar kelamin, kebersihan genetalia bersih, tidak ada benjolan, tidak ada pembesaran hemoroid, tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih.

#### 13. Pemeriksaan Muskuluskeletal

Keadaan umum lemah, kemampuan gerak sendi bebas, terdapat nyeri otot dan merasa pegal-pegal, kekuatan otot tangan kanan dan kiri maksimal, kekuatan otot kaki kanan dan kiri maksimal.

Kekutan otot:	5555	5555
	5555	5555

#### 14. Pemeriksaan Neurologi

Keadaan umum klien lemah, kesadaran composmetis, GCS eye 4 verbal 5 motorik 6, tidak terdapat kejang pada An.Q, tidak pusing.

#### 15. Pemeriksaan Integumen

Warna kulit kuning langsung, tidak terdapat lesi, tidak ada ruam pada tubuh, tidak terdapat bintik-bintik merah pada tubuh (ptekie), akral hangat kering kemerahan, turgor kulit elastis, kuku bersih dan terpasang infus D5 ½ NS 1000cc/24 jam (14 tetes/menit) ditangan sebelah kanan.

### **3.1.12 Tingkat Perkembangan**

#### **1. Adaptasi Sosial**

Anak Q berusia 7 tahun dan merupakan usia sekolah. Anak Q tipe anak yang malu dan ragu saat menggunakan keterampilan barunya, takut terhadap orang asing yang baru kenal. An.Q lebih banyak berada di lingkungan sekolah dan berinteraksi dengan yang lain.

#### **2. Bahasa**

An.Q mampu berbicara bahasa indonesia dengan jelas, pengucapan saat bicara tidak terbatah batah, mampu bicara dengan kalimat bertanya, soal waktu, sebab akibat, kapan, dimana mengapadan memiliki rasa ingin tahu. An.Q tipe anak aktif bertanya tetapi malu pada saat bertanya kepada orang yang baru dikenal.

#### **3. Motorik Halus**

An.Q mampu menulis, membaca dengan lancar, mampu yang berkaitan dengan angka seperti berhitung, menyusun dan menggambar.

#### **4. Motorik Kasar**

Ibu pasien mengatakan dirumah An.Q mampu mengendarai sepeda angin, melompat dengan satu kaki tanpa pegangan.

#### **5. Kesimpulan**



An.Q tidak ada keterlambatan atau delay terhadap fase tumbuh kembang anak, tidak terdapat kebutuhan khusus, tidak ada permasalahan khusus, semua dalam batas normal sesuai dengan tingkat perkembangannya.

### 3.1.13 Pemeriksaan Penunjang

Tabel 3.1 Pemeriksaan Laboratorium

No	Pemeriksaan Penunjang	Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
1	Laboratorium darah (DL) tanggal 05 Juni 2018	Hb	12.3	12.0-16.0 g/dL
		Leukosit	3,600	4.00-12.00 $10^3/uL$
		Hematokrit	36,1	35.0-49.0%
		Trombosit	49.000	150.000– 400.000 $10^3/uL$
		Eritrosit	4,84	3,50-5,20 $10^3/uL$

### 3.1.14 Penatalaksanaan

Tabel 3.2 Terapi Obat

Terapi Obat	Dosis	Indikasi
D5 ½ NS	1000cc/24jam (14tpm)	Mengatasi dehidrasi, menambah kalori, dan mengembalikan keseimbangan elektrolit
Elkana sirup	1x1 sendok teh	Pencegahan/penyembuhan kekurangan vitamin dan kalsium

Surabaya, 05 Juni 2018

**bR**

( Brigita Putri Ayu Larasaty)

### 3.2 Analisa Data

Tabel 3.3 Analisa Data

Nama pasien : An. Q

Ruang/kamar : Ruang V/kamar 6

Umur : 7 tahun

No. Register : 55.XX.XX

NO	DATA	PENYEBAB	MASALAH
1.	DS: Ibu pasien mengatakan An. Q tidak ada pendarahan pada gusi dan hidung. DO: a. Keadaan umum lemah b. Kesadaran compos mentis c. Tidak ada bintik-bintik merah (ptekie) d. Tidak ada pendarahan pada hidung e. Hasil pemeriksaan laboratorium: Trombosit           49.000 $10^3/uL$ f. Hasil observasi TTV : Nadi 97x/mnt RR: 20 x/menit Suhu : 36,4°C g. Akral hangat, kering kemerahan.	Koagulopati Inheren (Trombositopenia)	Resiko Pendarahan
2.	DS : Ibu mengatakan An. Q mengeluh nyeri pada ulu hati dan nyeri pada otot a. P: Trombositopenia b. Q: Nyeri seperti ditekan c. R: Nyeri pada perut bagian kuadran 1 regio epigastrium d. S: Ekspresi wajah sedikit meringis dengan skala nyeri 2 ( 1-10)	Agen Pencedera Fisiologi	Nyeri Akut

	<p>e. T : Nyeri timbul saat ditekan <math>\pm</math> 1 menit</p> <p>DO :</p> <p>a. Keadaan umum lemah</p> <p>b. Pasien sakit saat perut ditekan pada kuadran 1 regio epigastrium</p> <p>c. Hasil observasi TTV : Nadi 97x/menit RR: 20 x/menit</p>		
3.	<p>DS : Ibu mengatakan An. Q makan habis 2-3 sendok</p> <p>DO :</p> <p>A: BB SMRS: 20 Kg, MRS: 20 Kg, TB: 119 cm</p> <p>B: Hasil laboratorium Hb: 12,3 g/dL</p> <p>C: Pasien lemas, terdapat stomatitis, lidah kotor, tidak mual dan muntah</p> <p>D: Diit TKTP</p>	Ketidakmampuan Menelan Makanan	Defisit Nutrisi

### 3.3 Prioritas Masalah

Tabel 3.4 Prioritas Masalah

NO	MASALAH KEPERAWATAN	TANGGAL		PARAF
		DITEMUKAN	TERATASI	
1	Resiko Pendarahan	05- 06-2018	07-06-2018	<b>bR</b>
2	Nyeri Akut	05- 06-2018	07-06-2018	<b>bR</b>
3	Defisit Nutrisi	05- 06-2018	06-06-2018	<b>bR</b>

### 3.4 Rencana Keperawatan

Tabel 3.5 Rencana Keperawatan

No.	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Resiko pendarahan berhubungan dengan koagulopati inheren (trombositopenia)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan tidak terjadi pendarahan dengan kriteria hasil: a. Tidak ada tanda-tanda pendarahan pada hidung, gusi, hematemesis dan melena b. Hasil trombosit dalam batas normal (150.000-440.000 $10^3/uL$ ), hematokrit 35.0-49,0%, hemoglobin 12,0-16,0 g/dL. c. Hasil observasi dalam batas normal Nadi : 70-110 x/menit RR: 19-21 x/menit Suhu : 36,5-37,5 °C	1) Observasi tanda-tanda terjadinya pendarahan dan penurunan trombosit 2) Observasi pemeriksaan laboratorium pada trombosit, hematokrit dan hemoglobin 3) Observasi pemeriksaan tanda-tanda vital (nadi, suhu, dan pernafasan) 4) Berikan penjelasan kepada orang tua klien untuk melaporkan segera bila ada tanda pendarahan lebih lanjut 5) Edukasi kepada keluarga pasien untuk mengantisipasi dengan menganjurkan menggunakan sikat gigi yang lunak dan memelihara kebersihan mulut	1) Penurunan trombosit merupakan tanda kebocoran pembuluh darah/plasma 2) Untuk menilai peningkatan atau penurunan sehingga dapat menentukan intervensi 3) Menilai keadaan umum dan mencegah terjadinya tanda-tanda syok 4) Membantu memndapatkan penanganan selanjutnya dan mencegah terjadinya pendarahan lebih lanjut 5) Mencegah terjadinya pendarahan lebih lanjut karena trombositopenia rentang terhadap terjadinya cedera/ pendarahan
2.	Nyeri akut berhubungan dengan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24	1) Kaji keluhan penyebab nyeri, lokasi, karakteristik, dan	1) Untuk melihat penyebab nyeri dan merencanakan intervensi

	agen pencedera fisiologi	jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil: a. Pasien tenang b. Skala nyeri berkurang dengan skala nyeri 1 c. Ekspresi wajah tidak menunjukkan kesakitan d. Hasil observasi TTV Nadi : 70-110 x/menit RR: 19-21 x/menit	intestinal 2) Observasi petunjuk nyeri non verbal dengan menunjukkan ekspresi wajah wong baker face pain rating scale (0-10) 3) Observasi tanda-tanda vital (nadi dan pernafasan) 4) Ajarkan teknik manajemen nyeri non farmakologi dengan mengkompres air hangat menggunakan kantong kompres berisi air hangat di bagian yang nyeri	keperawatan selanjutnya 2) Membantu dalam mengidentifikasi derajat skala nyeri dari ekspresi wajah 3) Untuk melihat keadaan umum klien 4) Membantu mengurangi rasa nyeri yang sering muncul
3	Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nutrisi dapat terpenuhi dengan kriteria hasil: a. Nafsu makan meningkat b. Tidak ada penurunan berat badan c. Tidak mual dan muntah d. Hasil laboratorium dalam batas normal hemoglobin 12,0-16,0 g/dL	1) Observasi penyebab terjadinya anoreksia 2) Melakukan dan ajarkan kepada orang tua klien tentang cara melakukan perawatan kebersihan mulut (oral hygiene) 3) Berikan makanan kepada klien sesuai selera dan berikan makanan sedikit tapi sering 4) Jelaskan kepada orang tua klien tentang pentingnya nutrisi bagi tubuh 5) Kolaborasi pemberian obat	1) Untuk melihat dan merencanakan intervensi selanjutnya 2) Untuk memberikan rasa nyaman dan kebersihan mulut sehingga meningkatkan nafsu makan 3) Untuk meningkatkan nafsu makan dan memenuhi kebutuhan asupan nutrisi 4) Meningkatkan pengetahuan tentang nutrisi sebagai proses metabolik 5) Untuk memperbaiki kebutuhan

			suplemen elkana sirup 1 sendok makan	nutrisi yang dibutuhkan
--	--	--	---	-------------------------

### 3.5 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.6 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

No Dx	Waktu Tgl&jam	Tindakan keperawatan	TTD	waktu tgl&jam	Evaluasi	TTD
2	05-06-2018 18.30	Membina hubungan saling percaya pada keluarga	bR	05-06-2018 21.00	<b><u>DX 1</u></b> S: ibu mengatakan An. Q tidak ada pendarahan pada gusi dan hidung O: a. Pasien lemas b. Hasil trombosit 49.000 $10^3$ /uL, hematokrit 36,1 %, Hb: 12,3 g/dL c. Hasil observasi TTV Nadi: 97 x/menit Suhu: 36,4 °C RR: 20 x/menit A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan No 1,2,3,,4, dan 5. <b><u>DX 2</u></b> S: ibu mengatakan An. Q mengeluh nyeri pada ulu hati dan badan pegal-pegal O: a. Pasien lemas b. Ekspresi wajah sedikit meringis dengan skala nyeri 2 (1-10) c. Pasien kesakitan saat perut ditekan bagian kuadran 1 regio epigastrium d. Hasil observasi TTV Nadi: 97x/menit RR: 20 x/menit A: Masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan No 1,2,3, dan 4 <b><u>DX 3</u></b> S: ibu mengatakan An. Q makan habis 2-3 sendok O: a. Terdapat stomatitis b. Lidah kotor c. Tidak mual dan muntah A: masalah belum teratasi	64
	18.35	Memperkenalkan diri dan tujuan tindakan keperawatan yang akan dilakukan	bR			bR
	18.45	Menanyakan keluhan kepada orang tua pasien Hasil: ibu mengatakan An. Q mengeluh nyeri pada ulu hati dan merasa badannya pegal-pegal. nyeri pada saat perut ditekan pada perut bagian kuadran 1 regio epigastrium Ekspresi wajah sedikit meringis dengan skala nyeri 2 ( 1-10)	bR			bR
	18.50	Mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil Nadi: 97 x/menit Suhu: 36,4 °C RR: 20 x/menit	bR			bR
	20.00	Mengobservasi tanda-tanda pendarahan Hasil: ibu mengatakan An. Q tidak ada pendarahan pada hidung dan gusi (tidak ada bintik-bintik kemerah/ptekie)	bR			bR
3	20.00	Mengobservasi penyebab terjadinya anoreksia dengan hasil: Ibu mengatakan An. Q makan 2-3 sendok (terdapat stomatitis dan lidah kotor)				bR
						64
						bR

---

## BAB 4

### PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Dengue Haemorrhagic Fever di Ruang V Rumkital Dr. Ramelan Surabaya yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

#### 4.1 Pengkajian

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada klien sehingga klien dan keluarga terbuka dan mengerti serta kooperatif.

- e) Pada pengkajian antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus banyak kesenjangan yaitu pada kasus dengue haemorrhagic fever di ruang V Rumkital Dr. Ramelan Surabaya terdapat keluhan utama pada pasien badan lemas. Menurut Marni (2016) keluhan yang menonjol pada pasien DHF saat datang ke rumah sakit panas tinggi selama 2-7 hari, disertai sakit kepala, mialgia/nyeri otot dan anak lemah. Tetapi pada pasien mengalami badan lemas karena sudah perawatan selama 6 hari dan rujukan dari rumah sakit. Pada pengkajian di tinjauan pustaka per sistem dengan tanda klinis di dapatkan adanya keluhan panas mendadak dan saat demam kesadaran kompos mentis. Demam 2-7 hari yang timbul mendadak tinggi, terus-menerus, bifasik, disertai sakit kepala, mialgia/nyeri otot, retro orbital, dan persendian, mual dan muntah uji tourniquet positif, trombositopenia dan



hemokonsentrasi (Lestari, 2016). Pada tinjauan kasus pasien mengalami nyeri pada ulu hati saat ditekan pada perut bagian kuadran 1 regio epigastrium  $\pm$  1 menit dengan ekspresi wajah sedikit meringis skala nyeri 2 (1-10) nyeri seperti ditekan, tidak terdapat tanda-tanda pendarahan titik bintik (petekie) hanya dari pemeriksaan laboratorium terdapat hasil trombosit  $49.000 \times 10^3/uL$ , makan hanya habis 2-3 sendok terdapat stomatitis pada mulut, lidah kotor dan badan lemas, sehingga memiliki kesenjangan antara teori pada kasus dengue haemorrhagic fever tanda klinis utama adalah panas tinggi 2-7 hari Marni (2016). pada hari 3-7 sakit dan ditandai dengan penurunan suhu tubuh disertai kenaikan permeabilitas kapiler dan timbulnya kebocoran plasma yang biasanya berlangsung selama 24-48 jam. Kebocoran plasma sering didahului oleh leukopeni progresif disertai penurunan hitung trombosit [ CITATION mas17 \l 1057 ]. pada kasus pasien suhu  $36,4^{\circ}C$  karena merupakan perawatan hari ke 6 rujukan dari rumah sakit dan sudah melewati kritis fase menuju fase penyembuhan. Analisa data pada tinjauan pustaka hanya menguraikan teori saja sedangkan pada kasus nyata disesuaikan dengan keluhan yang dialami klien, karena penulis menghadapi klien secara langsung kesenjangan lainnya yaitu tentang diagnosa keperawatan.

#### **4.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa berdasarkan yang diperoleh pada kasus di ruangan V RSAL Dr. Ramelan terdapat diagnosa yang muncul Resiko Pendarahan berhubungan dengan Koagulopati Inheren (Trombositopenia) yang ditandai dengan tanda-tanda klinis tidak ada pendarahan pada gusi dan hidung, Keadaan umum lemah, Kesadaran

compos mentis, Tidak ada bintik-bintik merah (ptekie), Hasil pemeriksaan laboratorium: Trombosit  $49.000 \times 10^3/uL$ , Hasil observasi TTV nadi  $97x/mnt$ , RR:  $20 x/menit$ , Suhu :  $36,4^{\circ}C$  dengan Akral hangat, kering kemerahan. Menurut [ CITATION Tim17 \l 1057 ] masalah keperawatan Resiko pendarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi (trombositopenia) dengan tujuan setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tidak terjadi resiko pendarahan memiliki batasan kriteria hasil dengan hasil pemeriksaan Trombosit normal  $150.000-400.000$ , tidak ada tanda-tanda pendarahan ptekie, gusi berdarah, dan pendarahan pada hidung. Diagnosa keperawatan berdasarkan yang diperoleh dari tinjauan kasus memiliki perbedaan tidak terjadinya pendarahan pada gusi, hidung dan muncul binti-bintik merah ptekie karena pada kasus anak memiliki tanda-tanda dengue haemorrhagic fever pada grade 1 yaitu terjadinya penurunan trombosit karena pasien mengalami fase kritis menuju fase penyembuhan. Pada diagnosa keperawatan kedua di tinjauan kasus nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis pada saat pengkajian ditandai nyeri pada ulu hati saat ditekan pada perut bagian kuadran 1 regio epigastrium dengan skala nyeri 2 dan nyeri otot, pegal-pegal pada seluruh tubuh. Menurut [ CITATION Tim17 \l 1057 ] masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (penekanan intra abdomen) dengan tujuan setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri akut dapat berkurang ditandai dengan kriteria hasil pada pasien tenang, nyeri berkurang dengan skala nyeri 1 (0-10), ekspresi wajah tidak menunjukkan kesakitan, Hasil observasi TTV dalam batas normal Nadi  $70-110 x/menit$ , RR  $19-21 x/menit$ . Diagnosa keperawatan berdasarkan yang diperoleh

dari tinjauan kasus memiliki kesenjangan sehingga dapat mengambil nyeri akut berhubungan dengan agen pencendera fisiologi dengan ditandai dengan nyeri pada bagian epigastrium karena terjadinya trombositopeni. Pada tinjauan kasus diagnosa keperawatan ketiga Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makan. Karena pada pasien kurang asupan makanan, anoreksia ditandai dengan saat pengkajian lidah terlihat kotor dan terdapat stomatitis sehingga terjadinya anoreksia. Menurut [ CITATION Tim17 \l 1057 ] Defisit nutrisi kurang berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi (anoreksia) bertujuan Setelah dilakukan diberikan tindakan asuhan keperawatan selama 3x 24 jam kebutuhan nutrisi terpenuhi dengan memiliki kriteria hasil Berat badan stabil, pasien nafsu makan, tidak mual dan muntah. Pada tinjauan kasus memiliki perbedaan dengan masalah faktor lain yang dialami karena kurang kebersihan pada daerah mulut dan terdapat stomatitis sehingga anak anoreksia.

Sedangkan diagnosa keperawatan tidak muncul pada kasus nyata dan tetap pada tinjauan pustaka menurut [ CITATION Ami15 \l 1057 ]. Dengan diagnosa keperawatan [ CITATION Tim17 \l 1057 ] Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit dengan kriteria hasil Suhu tubuh normal  $36^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$  dengan tubuh tidak teraba panas, dan haus berkurang. Sedangkan pada tinjauan kasus pasien tidak mengalami hipertermi dengan suhu  $36,4^{\circ}\text{C}$  karena pasien sudah melewati fase febris selama 4 hari saat perawatan di rumah sakit sebelumnya di rujuk di RSAL sehingga tidak mengambil masalah keperawatan tersebut dan menurut teori (Masriadi, 2017) pada fase febris terjadinya demam 1-3 hari dan dilajut dengan fase kritis pada hari 3-7 sakit ditandai dengan terjadinya penurunan suhu tubuh disertai kenaikan permeabilitas kapiler dan timbulnya kebocoran

plasma yang biasanya berlangsung selama 24-48 jam. Masalah keperawatan [ CITATION Tim17 \l 1057 ] Resiko hipovolemia berhubungan dengan kurangnya asupan cairan dan peningkatan suhu tubuh, mual, muntah dengan kriteria hasil tanda-tanda vital dalam batas normal RR 19-21 x/mnt, Nadi 70-110 x/mnt, Turgor kulit baik, Haluaran urin tepat secara individu, Kadar elektrolit dalam batas normal tidak ada peningkatan hematokrit. Sedangkan pada tinjauan kasus tidak ada tanda-tanda seperti kekurangan volume cairan dengan tanda peningkatan suhu tubuh, turgor kulit baik, haluran urin tidak pekat, pasien memiliki rasa haus yang berat dan tidak ada peningkatan hematokrit sehingga tidak mengambil diagnosa tersebut melihat dari batasan karakteristik yang dapat menunjang diagnosa keperawatan tersebut. Diagnosa keperawatan pola nafas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan nafas dengan kriteria hasil frekuensi pernafasan dalam batas normal (19-21 x/mnt), tidak ditemukan suara nafas tambahan, tanda-tanda vital dalam batas normal suhu (36,5°C- 37,5°C), Nadi (70-110x/mnt) dan dilihat dari pemeriksaan photo rotgen didapatkan efusi pleura. Pada tinjauan kasus tidak memiliki kesenjangan dengan tanda klinis yang dapat menunjang diagnosa keperawatan tersebut. Diagnosa keperawatan Resiko syok (hipovolemik) berhubungan dengan perdarahan yang berlebihan tanda-tanda vital dalam batas normal RR 19-21 x/mnt, Nadi 70-110 x/mnt, Turgor kulit baik, Haluaran urin tepat secara individu, tidak terdapat sianosis, kesadaran kompos mentis, tidak ada tanda perdarahan yang berlebihan pada hidung, gusi dan hematemesis dan melena, Kadar elektrolit dalam batas normal tidak ada peningkatan hematokrit. Sehingga pada tinjauan kasus tidak memiliki kesenjangan pada batasan klinis dialami oleh pasien yang dapat menunjang

diagnosa keperawatan tersebut dan yang dialami oleh pasien merupakan dengue haemorrhagic fever pada derajat 1. Tidak semua diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka muncul pada tinjauan kasus atau pada kasus nyata bahkan tidak muncul pada kedua-duanya, karena diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka merupakan diagnosa keperawatan pada klien dengan diagnosa medis Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) secara umum, sedangkan pada kasus nyata diagnosa keperawatan disesuaikan dengan kondisi klien secara nyata.

### **4.3 Rencana Keperawatan**

Pada perumusan tujuan pustaka, perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan. Sedangkan pada tinjauan kasus perencanaan menggunakan sasaran dan intervensinya dengan alasan penulis ingin berupaya memandirikan pasien dan keluarga dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (kognitif), keterampilan mengenai (psikomotor) dan perubahan tingkah laku pasien (afektif).

Dalam tujuan pada tinjauan kasus dicantumkan kriteria hasil karena pada kasus nyata keadaan klien secara langsung. Intervensi diagnosa keperawatan yang disampaikan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan namun, masing- masing intervensi tetap mengacu sasaran, data, dan kriteria hasil yang ditetapkan.

Pada tinjauan pustaka diagnosa keperawatan pada resiko pendarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi (trombositopenia) dengan tujuan: setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tidak terjadi resiko pendarahan, Kriteria hasil: hasil pemeriksaan Trombosit normal 150.000-400.000, tidak ada tanda-tanda pendarahan ptekie, gusi berdarah,

dan pendarahan pada hidung, (Taylor, 2010) Intervensi Monitor tanda penurunan trombosit yang disertai gejala klinis, Anjurkan pasien untuk banyak istirahat, Beri penjelasan untuk segera melapor bila ada tanda perdarahan lebih lanjut, Edukasi kepada keluarga pasien untuk mengantisipasi dengan menganjurkan menggunakan sikat gigi yang lunak dan memelihara kebersihan mulut. Pada tinjauan kasus nyata pada diagnosa keperawatan resiko pendarahan berhubungan dengan koagulopati (trombositopenia) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan tidak terjadi pendarahan dengan kriteria hasil Tidak ada tanda-tanda pendarahan, Tidak ada bintik-bintik merah (ptekie), Tidak ada pendarahan pada hidung dan gusi, Hasil trombosit dalam batas normal ( $150.000-440.000 \text{ } 10^3/\text{ul}$ ), Hasil observasi dalam batas normal Nadi 70-110 x/menit, RR: 19-21 x/menit, Suhu : 36,5-37,5 °C dengan intervensi Observasi tanda-tanda terjadinya pendarahan dan penurunan trombosit, Observasi pemeriksaan laboratorium pada trombosit, Observasi pemeriksaan tanda-tanda vital (nadi, suhu, dan pernafasan), Berikan penjelasan kepada orang tua klien untuk melaporkan segera bila ada tanda pendarahan lebih lanjut, Edukasi kepada keluarga pasien untuk mengantisipasi dengan menganjurkan menggunakan sikat gigi yang lunak dan memelihara kebersihan mulut dengan tinjauan kasus dan pustaka memiliki kesenjangan yang sama dalam melakukan rencana keperawatan sehingga rencana keperawatan tersebut berhasil. Pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (penekanan intra abdomen) bertujuan: setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri akut dapat berkurang dengan kriteria hasil: pasien tenang, nyeri berkurang dengan skala nyeri 1 (0-10), ekspresi wajah tidak menunjukkan

kesakitan, Hasil observasi TTV dalam batas normal Nadi 70-110 x/menit, RR 19-21 x/menit. (Taylor, 2010) Intervensi Kaji tingkat nyeri yang dialami pasien, Observasi tanda-tanda vital (nadi dan pernafasan), Observasi petunjuk nyeri non verbal dengan menunjukkan ekspresi wajah dengan scale (0-10), Berikan posisi yang nyaman, usahakan situasi ruangan yang tenang, Alihkan perhatian pasien dari rasa nyeri, Berikan obat-obat analgetik. Pada tinjauan kasus diagnosa keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil Pasien tampak tenang, Nyeri berkurang dengan skala nyeri 1 (0-10), Ekspresi wajah tidak menunjukkan kesakitan, Hasil observasi TTV Nadi : 70-110 x/menit, RR: 19-21 x/menit dilakukan intervensi Kaji keluhan penyebab nyeri, lokasi, karakteristik, dan intestinal, Observasi petunjuk nyeri non verbal dengan menunjukkan ekspresi wajah wong baker face pain rating scale (0-10), Observasi tanda-tanda vital (nadi dan pernafasan), Ajarkan teknik manajemen nyeri non farmakologi dengan mengompres air hangat menggunakan kantong kompres berisi air hangat di bagian yang nyeri. Pada tinjauan kasus dan pustaka ada perbedaan dengan teknik manajemen non farmakologi mengompres air hangat dengan kantong kompres sesuai dengan kondisi yang dialami oleh pasien untuk mengurangi rasa nyeri. Pada tinjauan pustaka pada diagnosa keperawatan Defisit nutrisi kurang berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi (anoreksia) bertujuan : Setelah dilakukan diberikan tindakan asuhan keperawatan selama 3x 24 jam kebutuhan nutrisi terpenuhi dengan kriteria hasil : Berat badan stabil, pasien nafsu makan, tidak mual dan muntah dilakukan Intervensi(Taylor, 2010) Observasi apakah klien pernah muntah, Jelaskan pentingnya nutrisi bagi

tubuh, Berikan makanan yang disertai suplemen untuk kebutuhan gizi, Timbang berat badan setiap 3 hari jika memungkinkan, Kolaborasikan pemberian obat suplemen. Pada tinjauan kasus diagnosa keperawatan Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nutrisi dapat terpenuhi dengan kriteria hasil Nafsu makan meningkat, Tidak terdapat stomatitis, Lidah bersih, Tidak mual dan muntah dilakukan tindakan keperawatan Observasi penyebab terjadinya anoreksia, Melakukan dan ajarkan kepada orang tua klien tentang cara melakukan perawatan kebersihan mulut (oral hygiene), Berikan makanan kepada klien sesuai selera dan berikan makanan sedikit tapi sering, Jelaskan kepada orang tua klien tentang pentingnya nutrisi bagi tubuh, Kolaborasi pemberian obat suplemen elkana sirup 1 sendok makan. Pada tinjauan pustaka dan kasus memiliki perbedaan tindakan keperawatan melakukan kebersihan mulut untuk meningkatkan nafsu makan sehingga tindakan keperawatan tersebut berhasil dilihat dari faktor pemicu untuk memilih tindakan keperawatan yang sesuai.

#### **4.4 Pelaksanaan**

Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat direalisasikan karena hanya membahas teori asuhan kepeawatan. Sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada klien dan ada dokumentasian dan intervensi keperawatan. Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinasi dan terintegrasi untuk pelaksanaan diagnosa pada kasus tidak semua sama tinjauan pustaka. Hal itu karena disesuaikan dengan kondisi pasien yang



sebenarnya. Dalam melaksanakan pelaksanaan ini pada faktor penunjang maupun dari faktor penghambat yang penulis alami. Hal-hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan yaitu antara lain: adanya kerja sama yang baik antara perawat maupun dokter ruangan dan tim tenaga kesehatan lainnya, tersedianya sarana dan prasarana diruangan yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerimaan adanya penulis.

(Taylor, 2010) Intervensi Monitor tanda penurunan trombosit yang disertai gejala klinis, Anjurkan pasien untuk banyak istirahat, Beri penjelasan untuk segera melapor bila ada tanda perdarahan lebih lanjut, Edukasi kepada keluarga pasien untuk mengantisipasi dengan menganjurkan menggunakan sikat gigi yang lunak dan memelihara kebersihan mulut. Pada tinjauan pustaka rencana keperawatan Resiko perdarahan berhubungan dengan koagulopati inheren (trombositopenia) dilakukan tindakan keperawatan Observasi tanda-tanda terjadinya perdarahan dan penurunan trombosit, Observasi pemeriksaan laboratorium pada trombosit, Observasi pemeriksaan tanda-tanda vital, Berikan penjelasan kepada orang tua klien untuk melaporkan segera bila ada tanda perdarahan lebih lanjut, dan edukasi kepada keluarga pasien untuk mengantisipasi dengan menganjurkan menggunakan sikat gigi yang lunak dan memelihara kebersihan mulut. Pada tinjauan pustaka dan kasus memiliki kesenjangan yang sama sehingga dapat mengimplemtasikan rencana keperawatan sesuai teori. Pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (penekanan intra abdomen) dilaukana Intervensi (Taylor, 2010) Kaji tingkat nyeri yang dialami pasien, Observasi tanda-tanda vital (nadi dan pernafasan), Observasi

petunjuk nyeri non verbal dengan menunjukkan ekspresi wajah dengan scale (0-10), Berikan posisi yang nyaman, usahakan situasi ruangan yang tenang, Alihkan perhatian pasien dari rasa nyeri, Berikan obat-obat analgetik. Pada tinjauan kasus pada diagnosa keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi dilakukan tindakan keperawatan Kaji keluhan penyebab nyeri, lokasi, karakteristik, dan intestinal, Observasi petunjuk nyeri non verbal dengan menunjukkan ekspresi wajah wong baker face pain rating scale (0-10), Observasi tanda-tanda vital (nadi dan pernafasan), dan Ajarkan teknik manajemen nyeri non farmakologi dengan mengkompres air hangat di bagian yang nyeri. Pada tinjauan pustaka dan kasus memiliki perbedaan implementasi yaitu dilakukan teknik non manajemen nyeri non farmakologi komprs air hangat untuk mengurangi rasa nyeri dan tidak diberikan obat analgetik sesuai tinjauan pustaka karena dilihat dari skala nyari yang tunjukan oleh pasien. Pada tinjauan pustaka pada diagnosa keperawatan Defisit nutrisi kurang berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrisi (anoreksia) dilakukan Intervensi (Taylor, 2010) Observasi apakah klien pernah muntah, Jelaskan pentingnya nutrisi bagi tubuh, Berikan makanan yang disertai suplemen untuk kebutuhan gizi, Timbang berat badan setiap 3 hari jika memungkinkan, Kolaborasikan pemberian obat suplemen. Pada tinjauan kasus nyata defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan Observasi penyebab terjadinya anoreksia dilakukan tindakan keperawatan Melakukan dan ajarkan kepada orang tua klien tentang cara melakukan perawatan kebersihan mulut (oral hygiene), Berikan makanan kepada klien sesuai selera dan berikan makanan sedikit tapi sering, Jelaskan kepada orang tua klien tentang pentingnya nutrisi bagi tubuh dan kolaborasi pemberian obat

suplemen elkana syrup 1 sendok makan. Pada tinjauan pustaka dan kasus memiliki perbedaan dalam melakukan tindakan yaitu melakukan perawatan kebersihan mulut (oral hygiene) yang bertujuan untuk meningkatkan nafsu makan karena kebersihan mulut pada pasien kotor.

#### **4.5 Evaluasi**

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilaksanakan karena merupakan kasus semu sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan kerana dapat diketahui keadaan atau kondisi pasien dan masalahnya secara langsung.

Pada waktu dilaksanakan evaluasi hari ketiga resiko pendarahan berhubungan dengan koagulopati inheren (trombositopenia). Hasil pemeriksaan trombosit dengan hasil  $109.000 \cdot 10^3/uL$  dan tidak ada pendarahan pada gusi dan ptekie. Klien sudah terpenuhi selama 3x24 jam karena tindakan yang tepat dan telah berhasil dilaksanakan dan masalah teratasi pada tanggal 07 Juni 2018 . Pada diagnosa kedua nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi. Pasien tidak nyeri saat di tekan pada uluh hati bagian perut kuadran 1 regio epigastrium, pasien rilek tidak menunjukkan ekspresi kesakitan. Nyeri teratasi 3x24 jam karena tindakan tepat dan telah berhasil dilaksanakan dan masalah teratasi sebagian pada tanggal 07 Juni 2017. Pada diagnosa yang ketiga yaitu defisit nutrisi berhubungan ketidakmampuan menelan makanan. Pasien mempunyai selera makan dan menghabiskan makanan 1 porsi, lidah bersih, masih terdapat stomatitis tidak mual dan muntah. Defisit nutrisi teratasi selama 3x24 jam karena tindakan tepat dan

telah berhasil dilaksanakan dan masalah teratasi sebagian pada tanggal 06 Juni 2018.

Pada akhirnya evaluasi semua tujuan dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara pasein, keluarga pasien dan tim kesehatan. Hasil evaluasi pada An. Q sebagian sudah sesuai dengan harapan masalah teratasi dan klien KRS pada tanggal 07 Juni 2018.

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

Berdasarkan hasil pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan diagnosa medis Dengue Haemorrhagic Fever di Ruang V Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan klien dengan Dengue Haemorrhagic Fever.

#### **5.1 Simpulan**

Berdasarkan hasil uraian yang telah didapat tentang asuhan keperawatan pada pasien dengue haemorrhagic fever, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian pada pasien dengan dengue fever ditemukan adanya resiko pendarahan, nyeri akut dan defisit nutrisi. Didapatkan data fokus klien badan lemas, nyeri saat ditekan pada ulu hati bagian perut kuadran 1 regio epigastrium dengan ekspresi wajah sedikit meringis skala nyeri 2 (1-10), tidak ada bintik bintik merah di kulit, tidak ada pendarahan pada gusi dan hidung hasil trombosit  $49.000 \cdot 10^3/uL$ , makan hanya habis 2-3 sendok terdapat stomatitis pada mulut, lidah kotor, dan terpasang cairan infus D5  $\frac{1}{2}$  NS 1000 cc/24 jam.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengue fever ditemukan ada 3 yaitu :  
  
Resiko pendarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi (trombositopenia), Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera

fisiologis dan Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan.

3. Intervensi yang diberikan pada pasien dengan dengue fever penanganan Resiko pendarahan dilakukan tindakan keperawatan Observasi tanda-tanda terjadinya pendarahan dan penurunan trombosit, Observasi pemeriksaan laboratorium pada trombosit, Observasi pemeriksaan tanda-tanda vital, Berikan penjelasan kepada orang tua klien untuk melaporkan segera bila ada tanda pendarahan lebih lanjut, dan edukasi kepada keluarga pasien untuk mengantisipasi dengan menganjurkan menggunakan sikat gigi yang lunak dan memelihara kebersihan mulut. Nyeri akut dilakukan tindakan keperawatan Kaji keluhan penyebab nyeri, lokasi, karakteristik, dan intestinal, Observasi petunjuk nyeri non verbal dengan menunjukkan ekspresi wajah Wong-Baker face pain rating scale (0-10), Observasi tanda-tanda vital (nadi dan pernafasan), dan Ajarkan teknik manajemen nyeri non farmakologi dengan mengompres air hangat di bagian yang nyeri. Defisit nutrisi dilakukan Observasi penyebab terjadinya anoreksia dilakukan tindakan keperawatan Melakukan dan ajarkan kepada orang tua klien tentang cara melakukan perawatan kebersihan mulut (oral hygiene), Berikan makanan kepada klien sesuai selera dan berikan makanan sedikit tapi sering, Jelaskan kepada orang tua klien tentang pentingnya nutrisi bagi tubuh dan kolaborasi pemberian obat suplemen elkana syrup 1x1 sendok makan.
  4. Pelaksanaan yang diberikan pada pasien dengan dengue fever dilaksanakan sesuai perencanaan dengan berdasarkan pada pengetahuan
-

dan konsep teori. Pada diagnosa keperawatan resiko pendarahan adalah observasi tanda-tanda terjadinya pendarahan, observasi pemeriksaan laboratorium pada trombosit dan mengantisipasi dengan menganjurkan menggunakan sikat gigi yang lunak dan memelihara kebersihan mulut. Kemudian untuk implementasi yang dilakukan pada diagnosa nyeri akut ialah mengobservasi petunjuk nyeri non verbal dengan menunjukkan ekspresi wajah wong baker face pain rating scale (0-10), mengobservasi tanda-tanda vital (nadi dan pernafasan), dan melakukan teknik manajemen nyeri non farmakologi dengan mengkompres air hangat di bagian yang nyeri, Sedangkan diagnosa defisit nutrisi melakukan perawatan kebersihan mulut (oral hygiene), Berikan makanan kepada klien sesuai selera dan berikan makanan sedikit tapi sering, pemberian obat suplemen elkana sirup 1 sendok makan.

5. Pada akhirnya semua tujuan dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara klien, keluarga dan tim kesehatan. Hasil evaluasi An. Q sudah sesuai dengan harapan masalah teratasi dan klien KRS pada tanggal 07 Juni 2018.

## **5.2 Saran**

Sesuai dengan kesimpulan, maka penulis menyampaikan saran-saran sebagai berikut :

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan pasien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.
2. Perawat sebagai petugas kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, ketrampilan yang cukup serta dapat bekerja sama dengan tim kesehatan

lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dengan DHF.

3. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang professional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada pasien.
4. Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal khususnya pengetahuan dalam bidang keperawatan.
5. Kembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara kompherensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.



## DAFTAR PUSTAKA

- Adriani, D. (2013). *Tumbuh Kembang Dan Terapi Bermain Pada Anak Edisi Revisi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Amin, H. N. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Diagnosa Medis Dan Nanda Nic-Noc*. Yogjakarta: Mediaction.
- Donna L. Wong. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Pedriatik Edisi 6 Volume 1*. Jakarta: EGC
- Ginting, F., Ginting, J., Kembaren, T., Rahimi, A., Sembiring, E., & Saragih, R. (2011). *Pedoman Diagnostik dan Tatalaksana Infeksi Dengue dan Demam Berdarah Dengue Menurut Pedoman WHO 2011, 1–42*.
- InfoDatin Kementerian Kesehatan. (2016). *Situasi DBD di Indonesia. InfoDATIN*. <https://doi.org/ISSN 2442-7659>
- Lestari, T. (2016). *Asuhan Keperwatan Anak*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Masriadi. (2017). *Epidemiologi Penyakit Menular Edisi 1 Cetakan Ke 2*. Depok: Rajawali Pers.
- Marni. (2016). *Asuhan Keperawatan Anak Pada Penyakit Tropis*. Jakarta: Erlangga.
- Maya, F.D. (2012). *Pengantar Ilmu Kesehatan Anak*. Yogyakarta: Dmedika
- PPNI, T. P. ( 2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia Cetakan 2*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Putra, D. S. (2014). *Keperawatan Anak Dan Tumbuh Kembang Pengkajian Dan Pengukuran*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Solis, K. (2010). *Ethical, Legal, and Professional Challenges Posed by “Controlled Medication Seekers” to Healthcare Providers, Part 2. American Journal of Clinical Medicine (Vol. 7)*.
- Taylor, C.M (2010) *Diagnosa Keperawatan Dengan Rencana Asuhan Edisi 10*. Jakarta: EGC
- Widoyono. (2011). *Penyakit Tropis Epidemiologi, Penularan, Pencegahan & Pemberantasan, Edisi Kedua*. Semarang: Erlangga.

**Lampiran 1****SATUAN ACARA PENYULUHAN  
DENGUE HAEMORAGIC FEVER**

---

Pokok bahasan	: DengueHaemoragic Fever (DHF)
Sub pokok bahasan	: Pencegahan DengueHaemoragic Fever (DHF)
Sasaran	:Keluarga Pasien An. Q di Ruang V RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya
Hari / tanggal	: Kamis, 07 Juni 2018
Tempat	: Ruang V RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya
Pukul	: 09.00 - 09.30 WIB

**A. TUJUAN**

## 1. Tujuan Umum

Setelah diberikan penyuluhan selama 30 menit tentang Dengue Haemoragic Fever (DHF) diharapkan keluarga pasien mengetahui tentang cara pencegahan Demam Haemoragic Fever.

## 2. Tujuan Khusus

Setelah diberikan penyuluhan selama 30 menit diharapkan keluarga pasien mampu :

1. Menjelaskan pengertian DengueHaemoragic Fever
2. Mengetahui penyebabDengueHaemoragic Fever
3. Menyebutkan tanda dan gejala Dengue Haemoragic Fever

## 4. Mengetahui cara pencegahan Dengue Haemorrhagic Fever

**B. MATERI (Terlampir)****C. METODE**

1. Ceramah
2. Tanya jawab

**D. MEDIA**

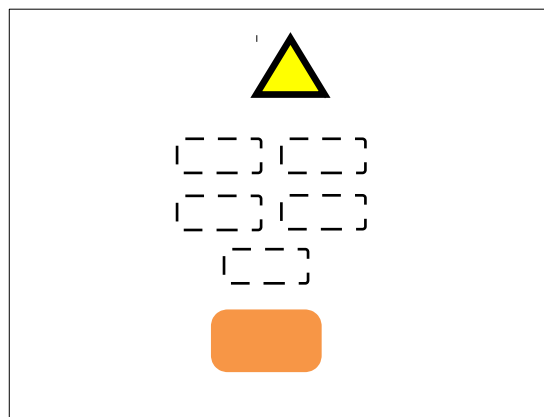
1. Leaflet

**E. KEGIATAN PENYULUHAN**


No.	Waktu	Kegiatan Penyuluh	Kegiatan Peserta
1.	10 Menit	Pembukaan 1. Memulai penyuluhan dengan mengucapkan salam 2. Memperkenalkan diri 3. Menjelaskan tujuan penyuluhan 4. Menyebutkan materi yang akan diberikan	1. Menjawab salam 2. Memperhatikan 3. Memperhatikan 4. Memperhatikan


2.	15 Menit	<p>Pelaksanaan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan tentang             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pengertian Dengue Haemoragic Fever</li> <li>Penyebab Dengue Haemoragic Fever</li> <li>b. Tanda dan gejala Dengue Haemoragic Fever</li> <li>c. Cara Pencegahan Dengue Haemoragic Fever</li> </ol> </li> <li>2. Memberikan kesempatan untuk bertanya</li> <li>3. Menjawab pertanyaan peserta</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memperhatikan</li> <li>2. Aktif bertanya</li> <li>3. Mendengarkan</li> </ol>
3.	5 Menit	<p>Penutup</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyimpulkan materi yang disampaikan oleh penyuluh</li> <li>2. Memberikan leaflet</li> <li>3. Mengevaluasi peserta atas penjelasan yang disampaikan dan penyuluh menanyakan kembali mengenai materi penyuluhan</li> <li>4. Salam penutup</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan</li> <li>2. Menerima</li> <li>3. Menjelaskan</li> <li>4. Menjawab salam</li> </ol>

#### F. SETTING TEMPAT



Keterangan:

 : **Observer**

 : **Audience**

 : **Pemateri**

## **MATERI PENYULUHAN**

### **DEMAM HAEMORAGIC FEVER**

#### **A. Pengertian**

Dengue Haemoragic Fever adalah penyakit yang menyerang pada anak dan orang dewasa yang disebabkan oleh virus dengan manifestasi berupa demam akut, pendarahan, nyeri otot dan sendi. Dengue adalah suatu infeksi Arbovirus (Arthropod borne Virus) yang akut ditularkan oleh nyamuk *Aedes Aegypti* atau *Aedes Aebopictus* [CITATION Placeholder1 \l 1057 ].

Dengue Haemoragic Fever atau dengue hemorrhagic fever merupakan suatu penyakit infeksi yang disebabkan virus dengue dan termasuk golongan Arbovirus (artharopad – borne virus) yang ditularkan melalui vektor nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus* serta penyebarannya sangat cepat [CITATION Placeholder2 \l 1057 ].

#### **B. Penyebab (Etiologi)**

Penyakit DBD/DHF disebabkan oleh virus dengue dari kelompok Arbovirus B, yaitu arthropod-borne virus atau virus yang disebarkan oleh artropoda. Virus ini termasuk genus flavivirus dari famili flaviviridae. Ada empat serotipe yaitu DEN -1, DEN-2, DEN-3, dan DEN-4. serotipe DEN-3[ CITATION wid11 \l 1057 ].

Penyebab Demam Haemorrhagic fever adalah karena adanya virus dengue dan ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes Aegypti*. Meskipun dapat juga ditularkan oleh *Aedes Albopictus* yang biasanya hidup di kebun-kebun. DBD ini banyak di temukan di daerah tropis yang curah hujannya cukup tinggi. Sebab nyamuk akan mudah berkembang biak di daerah yang tergenang air.

#### **C. Ciri-ciri nyamuk *Aedes Aegypti***

1. Warna hitam dengan belang-belang putih di seluruh badannya
2. Berbadan kecil
3. Biasanya menggigit pada pagi hari dan sore hari
4. Hidup dan berkembang biak di dalam rumah (bak mandi,kalengbekas,kolam ikan,ban bekas,pot tanaman air,tempat minuman burung)
5. Senang hinggap pada pakaian yang bergantung,kelambu dan ditempat yang gelap dan lembab.
6. Jentik nyamuk berperan aktif di dalam bak air
7. Posisi jentik nyamuk tegak lurus dengan permukaan air
8. Gerakan jentik nyamuk naik turun ke atas permukaan air untuk bernafas
9. Bisa terbang hingga radius 100 meter dari tempat menetas

#### **D. Cara penularan Dengue Haemorrhagic Fever**

Cara penularan Demam Haemorrhagic fever, yaitu :

1. Demam dengue hanya dapat ditularkan oleh gigitan nyamuk *Aedes Aegypti* betina, yang tersebar luas di rumah-rumah dan tempat-tempat umum. Nyamuk ini mendapatkan virus dengue waktu menggigit/menghisap darah orang yang sakit DBD atau orang yang tidak sakit tetapi dalam darahnya terdapat Virus Dengue.
2. Orang yang darahnya mengandung Virus Dengue tetapi tidak sakit dapat pergi kemana-mana dan menularkan virus itu kepada orang lain di tempat yang ada nyamuk *Aedes Aegypti*.
3. Virus dengue yang terhisap nyamuk *Aedes Aegypti* akan berkembang biak dalam tubuh nyamuk.
4. Bila nyamuk tersebut menggigit/menghisap darah orang lain, virus tersebut akan dipindahkan bersama air liur nyamuk ke orang tersebut.
5. Orang yang digigit nyamuk *Aedes Aegypti* yang mengandung virus dengue gejala sakit/demam setelah 4-7 hari (masa inkubasi)
6. Bila orang yang ditularkan tidak memiliki daya tahan tubuh yang baik, ia akan segera menderita DBD / DD (demam berdarah dengue)

#### **E. Tanda Dan Gejala Dengue Haemorrhagic Fever**

1. Timbul demam pada umumnya timbul mendadak tinggi ( $39^{\circ}\text{C}$ - $40^{\circ}\text{C}$ ), terus menerus, bifasik, biasanya berlangsung 2- 7 hari. Pada hari ketiga sakit pada umumnya suhu tubuh turun namun masih di atas normal, kemudian naik tinggi kembali (bifasik).

2. Pada hari ke 3 atau 4 ditemukan ruam makulopapular atau rubeiformis. Pada masa penyembuhan timbul ruam di telapak kaki dan tangan berupa ruam makulopapular dan kadang- kadang mengelupas.
3. Sakit kepala
4. Pendarahan pada gusi dan hidung
5. Bintik-bintik merah pada kulit
6. nyeri retro-orbital (dibelakang bola mata), nyeri seluruh badan (atralgia, dan mialgia)
7. mual dan muntah kadang- kadang diare
8. Rasa lemah badan (Malaise)
9. Anoreksia

#### **F. Komplikasi**

1. Perdarahan gusi
2. Muntah darah
3. Penderita tidak sadar
4. Denyut nadi tidak teraba
5. Hematuria
6. Epitaksis

#### **G. Cara pencegahan Dengue Haemorrhagic Fever**

1. Kimia

Dengan cara pemberian abatisasi(abate), pengasapan dan fogging.



## 2. Fisik

Dalam sekurang-kurangnya seminggu sekali, maka cegahlah dengan cara 3 M plus

- a. Menguras bak mandi
- b. Menutup tempat penampungan air
- c. Mengubur atau menyingkirkan benda- benda yang dapat digenangi air seperti ban bekas,kaleng bekas,vas bunga,penampungan air dsb.
- d. Menggunakan obat nyamuk sebelum tidur dan sebelum bepergian
- e. Menutup lubang pada potongan bambu / pohon dengan tanah.
- f. Menaburkan bubuk Larvasida.
- g. Memasang kawat kasa.
- h. Menghindari kebiasaan menggantung pakaian dalam kamar.
- i. Menggunakan kelambu.
- j. Memakai obat yang dapat mencegah gigitan nyamuk.

## **H. Cara Penanganan**

### 1. Tatalaksana Di Rumah Dengue Haemorrhagic Fever

Nasihat di rumah :

- a. Anak harus istirahat

- b. Cukup minum selain air putih dapat diberikan susu, jus buah, cairan elektrolit, air tajin. Cukup minum ditandai dengan frekuensi buang air kecil setiap 4-6 jam.
- c. Paracetamol 10mg/kg/BB/kali diberikan apabila suhu  $> 38^{\circ}\text{C}$  dengan interval 4-6 jam, hindari pemberian aspirin/NSAID/Ibuprofen. Berikan kompres hangat.
- d. Pasien rawat jalan harus kembali berobat setiap hari dan dinilai oleh petugas kesehatan sampai melewati fase kritis, mengenai ; pola demam, jumlah cairan yang masuk dan keluar (misalnya muntah, buang air kecil), tanda- tanda perembesan plasma dan perdarahan, serta pemeriksaan darah perifer lengkap.
- e. Pasien harus segera dibawa ke rumah sakit jika ditemukan satu atau lebih keadaan berikut : pada saat suhu turun keadaan anak memburuk, nyeri perut hebat, muntah terus-menerus, tangan dan kaki dingin dan lembab, letargi atau gelisah/rewel, anak tampak lemas, perdarahan (misalnya BAB berwarna hitam atau muntah hitam), sesak napas, tidak buang air kecil lebih dari 4- 6 jam, atau kejang.

## 2. Penatalaksanaan Terapeutik

pelaksanaan Terapeutik Dengue Haemorrhagic Fever sebagai berikut :

- a. Minum yang banyak 1,5 2liter/24 jam dengan air teh, gula, atau susu
- b. Antipiretik jika terdapat demam
- c. Antikonvulsan jika terdapat kejang
- d. Pemberian cairan melalui infus, dilakukan jika pasien mengalami kesulitan minum dan nilai hematokrit cenderung meningkat.

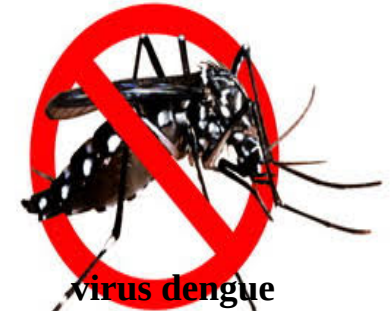
- e. Berikan hanya larutan isotonik seperti Ringer laktat/asetat
- f. Pantau tanda vital dan diuresis setiap jam, serta periksa laboratorium (hematokrit, trombosit, leukosit dan hemoglobin) tiap 6 jam
- g. Apabila terjadi penurunan hematokrit dan klinis membaik, turunkan jumlah cairan secara bertahap sampai keadaan stabil. Cairan intravena biasanya hanya memerlukan waktu 24–48 jam sejak kebocoran pembuluh kapiler spontan setelah pemberian cairan.

## Tatalaksana Demam Dengue

1. Anak harus istirahat
2. Cukup minum selain air putih dapat diberikan susu, jus buah, cairan elektrolit, air tajin. Cukup minum ditandai dengan frekuensi buang air kecil setiap 4-6 jam.
3. berikan obat paracetamol penurun panas dan kompres dengan air biasa.
4. Pasien rawat jalan harus kembali berobat setiap hari dan dinilai oleh petugas kesehatan sampai melewati fase kritis, mengenai ; pola demam, jumlah cairan yang masuk dan keluar (misalnya muntah, buang air kecil), tanda- tanda pembesaran plasma dan perdarahan, serta pemeriksaan darah perifer lengkap.
5. Bawa ke rumah sakit jika ditemukan satu atau lebih keadaan berikut : suhu turun keadaan anak memburuk, nyeri perut hebat, muntah terus-menerus, tangan dan kaki dingin dan lembab, gelisah/rewel, anak tampak lemas, perdarahan (misalnya BAB berwarna hitam atau muntah hitam), sesak napas, tidak buang air kecil lebih dari 4- 6 jam, atau kejang.

1. Menguras penampungan air danmembersihkannya secara berkala seminggu sekali karena proses pematangan telur nyamuk aedes 3-4 hari dan menjadi larva hari ke 5-7.
2. Menutup tempat penampungan air sehingganyamuk-nyamuk tidak bertelur disana.
3. Mengubur/membuang benda-benda yang dapat digenangi air, Misalnya ban, kaleng bekas dan penampungan air.
4. Memantau semua wadah air yang dapat menjaditempat nyamuk Aedes berkembang biak.
5. Plus penggunaan penyemprotan insektisida danpenggunaan obat nyamuk.

## Dengue Haemorrhagic Fever



**virus dengue**  
(arbovirus)nyamuk  
**Aedes Aegypti**

**Brigita Putri ayu L**

## APA ITU DENGUE HAEMORAGIC FEVER

**Dengue Haemorrhagic Fever** adalah disebabkan oleh virus (Arthropod borne Virus) yang akut ditularkan oleh nyamuk *Aedes Aegypti* atau *Aedes Aebopictus* dengan ditandai berupa demam akut, pendarahan, nyeri otot dan sendi. [ CITATION tit16 \l 1057 ].

**Dengue Haemorrhagic Fever** adalah karena adanya virus dengue dan ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes Aegepty*. Dengue Haemorrhagic Fever ini banyak di temukan di daerah tropis yang curah hujannya

## Ciri—Ciri nyamuk *Aedes Aegypti*

1. Warna hitam dengan belang-belang putih di seluruh badannya
2. Berbadan kecil
3. Biasanya menggigit pada siang hari dan sore hari
4. Hidup dan berkembang biak di dalam rumah (bak mandi,kaleng bekas,kolam ikan,ban bekas,pot tanaman air)
5. Senang hinggap pada pakaian yang bergantung,kelambu dan ditempat yang gelap dan lembab.
6. Jentik nyamuk berperan aktif di dalam bak air
7. Posisi jentik nyamuk tegak lurus dengan permukaan air
8. Gerakan jentik nyamuk naik turun ke atas permukaan air untuk bernafas
9. Kemampuan terbang kira-kira 100 meter

## TANDA DAN GEJALA



1. I... bertai...  
...nyeri pada persendiaan, serta sakit kepala, batuk, nyeri retro-orbital (dibelakang bola mata), mual, dan muntah, kadang- kadang diare badan lemas.
2. Hari ke 3 atau 4 ditemukan ruam/bintik-bintik kemerahan.

## Lampiran 2

### STANDART OPERASIONAL PROSEDURE PEMERIKSAAN PERNAPASAN

#### PEMERIKSAAN PERNAPASAN

##### A. Pengertian

Pemeriksaan pernapasan merupakan pemeriksaan yang dilakukan untuk menilai proses pengambilan udara dari luar yang mengandung O<sub>2</sub> ke dalam tubuh (inspirasi) serta pengeluaran udara yang mengandung CO<sub>2</sub> sebagai sisa dari oksidasi keluar dari tubuh (ekspirasi)

##### B. Tujuan

Untuk menilai frekuensi, irama, kedalaman, tipe atau pola pernapasan serta untuk menilai kemampuan fungsi pernapasan.

Tipe/ Pola	Frekuensi/ Menit	Makna Klinis
1. Eupnea	16– 20	Normal
2. Takipnea	>35	Kegagalan pernapasan, respon pada demam, ansietas, napas pendek, infeksi pernapasan.
3. Bradipnea	< 10	Tidur, depresi pernapasan, overdosis obat, lesi sistem saraf pusat
4. Apnea	Periode tidak bernapas berlangsung > 15	Gagal napas
5. Kusmaul	Biasanya >35 dapat menjadi lambat atau normal	Pola takipnea berhubungan dengan ketoasidosis diabetikum, asidosis metabolik, gagal ginjal
6. Cheyne stokes	Siklus pernafasan dengan amplitudo naik, turun, berhenti, kemudian mulai dari siklus baru	Pola yang meningkat dan menurun disebabkan perubahan dalam status asam basa
7. Biot	Iramanya mirip dengan cheyne stokes, tetapi	Periode apnea dan napas dangkal disebabkan gangguan sistem saraf pusat

8. Apneustik	amplitudo tidak teratur  Meningkat	Peningkatan waktu inspirasi dengan waktu ekspirasi bunyi ngorok yang pendek terlihat pada lesi sistem saraf pusat pada pusat pernapasan.
--------------	--	--

### Frekuensi Normal Pernapasan

Usia	Frekuensi/menit
Bayi baru lahir	40-60
Bayi (usia 1-12 bulan)	30-40
Toddler (2-3 tahun)	25-30
Prasekolah (4-6 Tahun)	21-23
Sekolah (7-12 Tahun)	19-21
Remaja	16-18
Dewasa	16-20

### C. Prosedur Kerja

#### Persiapan Alat

1. Arloji yang ada jarum detiknya
2. Buku catatan/ lembar kerja
3. Alat tulis
4. Stetoskop jika perlu
5. Sarung tangan bersih jika perlu

#### Langkah-langkah :

1. Mencuci Tangan
2. Memakai sarung tangan bersih
3. Meletakkan tangan menyilang pada dada/abdomen
4. Menghitung pernapasan siklus lengkap (sekali inspirasi dan ekspirasi) pada dada atau perut selama 1 menit penuh.
5. Pasien tidak diajak ngobrol
6. Mengambil kedalaman pernapasan

7. Mengamati irama pernapasan
8. Mengamati bunyi pernapasan
9. Mencatat jumlah, kedalaman irama dan bunyi
10. Melepas sarung tangan dan cuci tangan



**Lampiran 3****STANDART OPERASIONAL PROSEDURE  
PEMERIKSAAN SUHU AKSILA****MENGUKUR SUHU AKSILA****A. Pengertian**

Mengukur suhu badan pasien dengan menggunakan termometer yang dilakukan didaerah aksila/ketiak

**B. Tujuan**

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

**C. Prosedur**

1. Persiapan Pasien  
Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan
2. Persiapan Alat
  - a. Termometer bersih dalam tempatnya
  - b. Air mengalir
  - c. Bengkok
  - d. Tissue
  - e. Buku catatan
  - f. Jam tangan
  - g. Kapas alcohol
3. Prosedur Pelaksanaan
  - a. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan
  - b. Peralatan dibawa ke pasien

- c. Bila ada pengunjung, minta pengunjung untuk meninggalkan kamar pasien
- d. Ijinkan pasien untuk membantu dalam pelaksanaan prosedur
- e. Membersihkan area pengukuran dengan tissue
- f. Tempatkan thermometer diketiak pasien dan biarkan selama 10 menit
- g. Ambil thermometer, usap dengan kapas alcohol dan baca hasilnya kemudian masukkan dalam larutan disinfektan kemudian cuci dan keringkan
- h. Atur posisi pasien

**Lampiran 4****STANDART OPERASIONAL PROSEDURE  
PEMERIKSAAN NADI****MENGUKUR NADI****A. Pengertian**

Menghitung denyut nadi dengan meraba pada:

- 1) Arteri radialis (pergelangan tangan)
- 2) Arteri brakialis (siku bagian dalam)
- 3) Arteri karotis (leher)
- 4) Arteri femoralis (pelipatan paha/selangkangan)
- 5) Arteri dorsalis pedis (kaki)
- 6) Arteri frontalis (ubun-ubun)

**B. Tujuan**

Mengetahui jumlah denyut nadi dalam 1 menit

**Frekuensi Normal Nadi**

<b>Usia</b>	<b>Nadi/menit</b>
Bayi baru lahir	100-130
Bayi (usia 1-12 bulan)	100-180
Toodler (2-3 tahun)	70-110
Prasekolah (4-6 Tahun)	70-110
Sekolah (7-12 Tahun)	70-110
Remaja	55-90
Dewasa	60-100

**C. Prosedur**

1. Persiapan Alat
  - a) Arloji dengan penunjuk detik
  - b) Buku catatan
  - c) Sarung tangan

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

**Lampiran 5****STANDART OPERASIONAL PROSEDURE  
ORAL HYGIENE****A. PENGERTIAN**

Perawatan kebersihan mulut atau oral hygiene adalah membersihkan rongga mulut, lidah, dan gigi dari semua kotoran atau sisa makanan dengan menggunakan kain kasa atau kapas yang dibasahi dengan air bersih.

**B. TUJUAN**

1. Menghindari bau mulut
2. Meningkatkan atau merangsang nafsu makan
3. Mencegah infeksi mulut, kerusakan gigi, bibir, dan lidah pecah-pecah atau stomatitis
4. Memberikan perasaan senang dan segar pada klien
5. Merupakan suatu usaha pengobatan
6. Mendidik klien mengenai kebersihan perorangan

**C. INDIKASI**

1. Pada klien yang tidak dapat menggunakan sikat gigi, misalnya infeksi gigi berat, penyakit darah tertentu, dll
2. Klien yang sakit payah atau tidak sadar
3. Klien sesudah operasi mulut, atau patah tulang rahang
4. Klien pasca operasi yang masih puasa

**D. PERSIAPAN ALAT**

1. Baki
2. Handuk dan perlak

3. Gelas kumur berisi air masak/NaCL 1% atau air garam
4. Kom kecil berisi gliserin
5. Bak steril tertutup berisi kapas lidi, kassa dan tongspatel
6. Sarung tangan bersih
7. Bengkok 2 buah
8. Perlak kecil dan alasnya

**E. PROSEDURE KERJA**

1. Bawa alat kedekat klien
2. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan
3. Cuci tangan
4. Pasang alas atau handuk dibawah dagu dan pipi klien
5. Pakai sarung tangan
6. Buka mulut dengan tongspatel yang sudah dibungkus dengan kassa
7. Bersihkan rongga mulut mulai dari dinding, gusi, gigi, dan terakhir gigi bagian luar dengan hati-hati
8. Kain kassa yang sudah kotor dibuang kedalam bengkok
9. Ulangi tindakan sampai bersih
10. Selanjutnya olesi bibir dengan gentian violet atau oabat sariawan, jika terdapat stomatitis, olesi dengan kapas lidi
11. Angkat perlak dan handuk
12. Lepas sarung tangan dan masukkan kedalam bengkok
13. Rapikan klien dan alat
14. Cuci tangan
15. Dokumentasi tindakan

**Lampiran 6****STANDART OPERASIONAL PROSEDURE  
PEMERIKSAAN RUMPLE LEED****A. PENGERTIAN**

Torniquet test adalah evaluasi nonspesifik untuk mengukur kerapuhan dinding kapiler dan kekurangan jumlah platelet. Manset pemompaan tekanan darah pada tekanan yang spesifik dengan periode waktu yang menghasilkan peningkatan tekanan dan hipoksia pada bagian distal dari manset. Penurunan resistensi kapiler menyebabkan kapiler darah pecah yang berujung pada perdarahan.

**B. TUJUAN**

Untuk mengukur kerapuhan dinding kapiler dan kekurangan jumlah platelet dan fungsinya.

**C. PERSIAPAN ALAT**

1. Manset tekanan darah
2. Manometer
3. Pengukur waktu
4. Stetoskop

**D. PROSEDUR**

1. Mendekatkan alat-alat disekitar klien
2. Lakukan cuci tangan

3. Pasang manset tekanan darah pada bagian lengan dan pompa hingga mencapai pertengahan antara tekanan sistolik dan tekanan diastolik tetapi tidak lebih tinggi dari 100 Mmhg
4. Biarkan maset dipompa selama 5 menit dan perhatikan setidaknya 1 inchi bagian distal dari lengan dekat manset untuk melihat pembentukan petechia
5. Hasil ntes dilaporkan dalam rentang dari negatif ke+4, tergantung pada jumlah dari kemunculan petechia dengan diameter 5 cm

Evaluasi:

Negatif tidak ada petechia

+1 : 1-10 petechia

+2 : 11-20 petechia

+3 : 21-50 petechia

+4 : >50 petechia

6. Lepas manset tekanan darah
7. Psien dianjurkan untuk membuka dan mengepalkan tangannya guna mempercepat kembalinya darah ke bagian distal ekstremitas tubuh
8. Rapikan alat
9. Ucapkan salam
10. Lakukan cuci tangan
11. Dokumentasikan hasil pemeriksaan