

**ASUHAN KEPERAWATAN ANAK PADA AN. R USIA SEKOLAH (12
TAHUN) DENGAN *DENGUE HEMORRHAGIC FEVER* (DHF) DI RUANG
MELATI RSUD CIAMIS**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan
Pendidikan Program Diploma III Keperawatan
di STIKes Karsa Husada Garut

Disusun oleh :

RESA FAUZIAH
KHG.A20104



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
TAHUN 2021**

LEMBAR PERSETUJUAN

NAMA : RESA FAUZIAH
NIM : KHG.A20104
JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN ANAK PADA AN. R USIA
SEKOLAH (12 TAHUN) DENGAN DENGUE
HEMORRHAGIC FEVER (DHF) DIRUANG MELATI RSUD
CIAMIS

KARYA TULIS ILMIAH

Karya tulis ilmiah telah disetujui untuk disidangkan dalam
Ujian Akhir Program Studi DIII Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juni 2023

Menyetujui,

Pembimbing



K. Dewi Budiarti, S.Kp., M.Kep

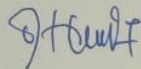
LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL KTI : ASUHAN KEPERAWATAN ANAK PADA AN. R
USIA SEKOLAH (12 TAHUN) DENGAN DENGUE
HEMORRHAGIC FEVER (DHF) DIRUANG MELATI
RSUD CIAMIS
NAMA : RESA FAUZIAH
NIM : KHGA20104

Garut, Juli 2023
Mengesahkan,

Penguji I

Penguji II



Eva Daniati, S.Kep., Ners., M.Pd

Eti Suliyawati, S.Kep., M.Si

Mengetahui,

Ketua Program studi D III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Pembimbing



K. Dewi Budiarti, S.Kp., M.Kep

K. Dewi Budiarti, S.Kp., M.Kep

ABSTRAK

IV BAB, 98 Halaman, 19 Tabel

Karya Tulis Ilmiah ini berjudul “Asuhan Keperawatan Pada An.R Usia Sekolah (12 tahun) Dengan *Dangue Hemorrhagic Fever* di Ruang Melati RSUD Ciamis” . *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF) adalah penyakit yang menyerang anak dan orang dewasa yang disebabkan oleh virus dengan manifestasi berupa demam akut, perdarahan, nyeri otot dan sendi. *Dengue* adalah suatu infeksi Arbovirus (*Artropod Born Virus*) yang akut ditularkan oleh nyamuk *Aedes Aegypti* atau oleh *Aedes Aebopictu*. Alasan penulis untuk melakukan asuhan keperawatan pada kasus ini karena berdasarkan angka kejadian DHF menepati urutan ke-6 dengan jumlah 101 kasus, yang dimana kasus ini lebih banyak terjadi pada anak usia 0-14 tahun, Tujuannya penulis mampu memberikan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan pada anak usia sekolah (12 tahun) dengan *Dangue Hemorrhagic Fever* (DHF). Metode yang di gunakan penulis adalah metode deskriptif yang berbentuk studi kasus dengan pendekatan proses keperawatan meliputi : tahapan pengkajian, diagnose, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Masalah yang di temukan pada An.R adalah hipertermia, nyeri akut, resiko ketidakseimbangan cairan, intoleran aktivitas dan defisit pengetahuan. Kesimpulan yang di peroleh yaitu penulis mampu melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan DHF yaitu semua masalah klien dapat teratasi. Rekomendasi pelayanan kesehatan yaitu untuk keberhasilan dari pelaksanaan asuhan keperawatan di Rumah Sakit, untuk tenaga keperawatan, diharapkan dapat terus melakukan pelayanan asuhan keperawatan yang optimal dan memberikan edukasi terkait pencegahan DHF, dan untuk keluarga klien untuk selalu mendukung klien dalam melakukan mobilisasi dini agar kondisi klien cepat pulih dan kembali bersemangat untuk sehat.

Daftar Pustaka : 10 buku

Kata kunci : Asuhan Keperawatan, DHF

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji dan syukur Alhamdulillah kehadiran Allah SWT. Sholawat serta salam senantiasa dilimpahkan kepada junjungan Nabi kita Muhammad SAW, karena atas karunia-nya penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan judul : **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. R USIA SEKOLAH (12 TAHUN) DENGAN DENGUE HEMORRHAGIC FEVER DIRUANG MELATI RSUD CIAMIS”**.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan karya tulis ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran dari pembaca yang sifatnya membangun untuk perbaikan-perbaikan dimasa yang akan datang.

Dalam penyusunan karya tulis ini, penulis mendapat bimbingan, dorongan dan bantuan dari berbagai pihak baik moril ataupun material yang sangat berharga, untuk itu dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih kepada :

1. Dr. H. Hadiat MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Drs. H. Suryadi, M.Si., selaku ketua pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak H. Engkus Kurnadi, S.Kep, M.Kes, selaku ketua Stikes Karsa Husada Garut
4. Ibu Dewi Budiarti S.Kp, M. Kep, selaku ketua program studi DIII Keperawatan Stikes Karsa Husada Garut sekaligus Dosen Pembimbing yang telah memberi petunjuk serta dorongan dengan penuh kesabaran dan tanggung jawab.

5. Seluruh staff dosen dan karyawan Stikes Karsa Husada Garut.
6. Direktur RSUD Ciamis yang telah memberikan izin untuk melaksanakan praktek lapangan.
7. Kepada kepala ruangan RSUD Ciamis beserta staff yang telah memberikan kesempatan dan bantuan serta Kerjasama dalam melaksanakan asuhan keperawatan.
8. Klien An. R beserta keluarga atas kesediaannya bekerja sama dengan penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan.
9. Kedua orang tua Bapak Dedi Permana, Ibu In In Indaroh, Kakakku Ihsan Abdul Aziz, dan Adik-adikku Salman Rosyada dan Syahdan Mauluddin tercinta yang selalu memberikan do'a dan dukungan baik moril maupun material.
10. Keluarga besarku yang telah memberikan dukungan, terimakasih untuk semuanya, untuk kesabaran dan perhatiannya dan untuk motivasi saat aku butuhkan.
11. Teman – teman yang selalu mendukung, yaitu : Windi Mega A, Riza Septiani, Serli Marlian, Vina Oktaviani, Sri Mustika, Yeni puspitawati, Putri Miraz N, Rizki Nugraha, Xena Farid, Insan Padilah terimakasih atas dukungan kalian selama belajar di Stikes Karsa Husada Garut.
12. Rekan – rekan kelas C yang selalu mendukung dan memotivasi selama belajar di Stikes Karsa Husada Garut.
13. Rekan – rekan mahasiswa seperjuangan Angkatan 27 Stikes Karsa Husada Garut
14. Kepada I.R Cahyadi yang telah membantu dalam proses penyusunan karya tulis ini, terimakasih banyak.

15. Semua pihak yang telah membantu dalam proses penyusunan karya tulis ini, yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu, terimakasih.

Akhir kata penulis berharap semoga karya tulis ini memberikan manfaat bagi penulis dan umumnya bagi semua pihak yang memerlukan dan amal baik Bapak, Ibu, dan saudara yang telah diberikan kepada penulis dapat mendapat balasan yang lebih besar dari Allah SWT. Aamin.

Garut, Juli 2023

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN

LEMBAR PENGESAHAN

ABSRTRAK

KATA PENGANTAR..... i

DAFTAR ISI..... iv

DAFTAR TABEL vii

DAFTAR BAGAN..... viii

DAFTAR LAMPIRAN ix

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang..... 1

B. Tujuan Penulisan 4

C. Metode Telaahan 5

D. Sistematika Penulisan..... 5

BAB II TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar DHF

1. Pengertian..... 7

2. Anatomi Fisiologi 8

3. Etiologi..... 13

4. Manifestasi Klinis 14

5. Patofisiologi 15

6. Pathway DHF 16

7. Klasifikasi	17
8. Pemeriksaan Penunjang	17
9. Penatalaksanaan	19
10. Dampak Penyakit DHF Terhadap KDM.....	20
11. Pendekatan Asuhan Keperawatan DHF	21
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Pada Anak DHF	
1. Pengkajian	21
2. Diagnosa Keperawatan yang Mungkin Muncul	36
3. Intervensi Keperawatan	37
4. Implementasi Keperawatan	53
5. Evaluasi	54

BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian	55
a. Pengumpulan Data.....	55
b. Analisa Data	64
2. Diagnosa Keperawatan	66
3. Rencana Keperawatan	69
4. Implementasi Keperawatan	69
5. Evaluasi Keperawatan	69
6. Catatan Perkembangan	81

B. Pembahasan

1. Pengkajian	87
---------------------	----

2. Diagnosa Keperawatan	88
3. Rencana Keperawatan	82
4. Implementasi Keperawatan	93
5. Evaluasi Keperawatan	94

BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan.....	96
B. Rekomendasi	97

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Distribusi Prevalensi 10 Besar Penyakit pada Anak.....	3
Tabel 2.1 Analisa Data.....	31
Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan Pola Nafas Tidak Efektif	38
Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan Hipetermi	40
Tabel 2.4 Intervensi Keperawatan Nyeri akut	41
Tabel 2.5 Intervensi Keperawatan Intoleransi Aktivitas	43
Tabel 2.6 Intervensi Keperawatan Defisit Pengetahuan	44
Tabel 2.7 Intervensi Keperawatan Defisit Nutrisi.....	45
Tabel 2.8 Intervensi Keperawatan Hipovolemia	47
Tabel 2.9 Intervensi Keperawatan Ansietas	49
Tabel 2.10 Intervensi Keperawatan Resiko Pendarahan.....	51
Tabel 2.11 Intervensi Keperawatan Resiko Syok	52
Tabel 2.12 Intervensi Keperawatan Resiko Ketidakseimbangan Cairan	53
Tabel 3.1 Imunisasi.....	57
Tabel 3.2 Pola Aktivitas Sehari-hari.....	58
Tabel 3.3 Pemeriksaan Laboratorium	63
Tabel 3.4 Therapy Medis.....	64
Tabel 3.5 Anilisa Data	64
Tabel 3.6 Proses Keperawatan	69
Tabel 3.7 Catatan Perkembangan.....	81

DAFTAR BAGAN

Bagan 1.1 Pathway	16
-------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	: SAP
Lampiran II	: Leaflet
Lampiran III	: Format bimbingan
Lampiran IV	: Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) adalah penyakit yang menyerang anak dan orang dewasa yang disebabkan oleh virus dengan manifestasi berupa demam akut, perdarahan, nyeri otot dan sendi. *Dengue* adalah suatu infeksi Arbovirus (*Artropod Born Virus*) yang akut ditularkan oleh nyamuk *Aedes Aegypti* atau oleh *Aedes Aebopictus* (Wijayaningsih, 2017).

Dengue Hemorrhagic Fever adalah penyakit demam akut yang disebabkan oleh virus dengue yang ditularkan oleh nyamuk *Aedes Aegypti* betina yang sering muncul pada musim penghujan dan biasanya menggigit pada siang hari, dengan tanda klinis berupa adanya demam, nyeri otot, nyeri sendi, sakit kepala, trombositopenia dengan atau tanpa ruam yang dapat mengganggu system tubuh yang lain dan dapat menyebabkan kematian (Nuratif & Kusuma, 2015).

Di Indonesia merupakan negara ke-2 dengan kasus DHF terbesar di antara 30 negara wilayah endemis. Kasus DHF yang terjadi di Indonesia berjumlah 68.407 kasus pada tahun 2017 mengalami penurunan yang signifikan dibandingkan dengan kejadian DHF pada tahun 2016 sebanyak 204.171 kasus (WHO 2018). Kasus DBD di Indonesia pada tahun 2022, mengalami kenaikan menjadi 130.000 kasus dari yang awalnya 71.000 kasus di tahun 2021 dengan angka kematian secara nasional yaitu sebesar 0,93%. (Kemenkes RI 2022).

Di Jawa Barat pada tahun 2022 kasus DBD mencapai 22.613 kasus. Kabupaten/kota dengan kasus DBD tertinggi di Jawa Barat yaitu Kota Bandung sebanyak 5.205 kasus, Kabupaten Bandung sebanyak 4.191 kasus, Kota Bekasi sebanyak 2.442 kasus, dan di Ciamis sebanyak 1.457 kasus. kasus DBD sampai bulan November tahun 2022 mencapai 1.457 kasus dengan satu kasus meninggal dunia. Dari seluruh kasus DHF di Ciamis tersebut 40% diantaranya terjadi pada anak usia 0-14 tahun (Dinkes ciamis, 2022).

Faktor penyebab DHF pada umumnya sangat dipengaruhi oleh lingkungan dan perilaku manusia. Mulai dari perilaku tidak menguras bak, membiarkan genangan air di sekitar tempat tinggal. Penderita DHF umumnya terkena demam tinggi dan mengalami penurunan jumlah trombosit secara drastis yang dapat membahayakan jiwa (Wang et al. 2019). Anak yang terkena DHF mempunyai kerentanan untuk terjadi komplikasi yang lebih tinggi berupa *dengue shock syndrome* (DSS) atau *sindrom syok dengue* (SSD). Komplikasi ini terjadi karena antibodi tubuh anak yang masih lemah, sehingga menyebabkan munculnya fenomena patologis berupa meningkatnya permeabilitas dinding kapiler yang mengakibatkan terjadinya perembesan plasma ke ruang ekstra seluler. Peningkatan permeabilitas dinding kapiler mengakibatkan berkurangnya volume plasma, terjadinya hipotensi, hemokonsentrasi dan hipoproteinemia serta efusi dan renjatan (syok).

Berdasarkan rekam medik RSUD CIAMIS distribusi Prevalensi 10 besar penyakit pada anak kejadian DHF di banding penyakit yang lain adalah sebagai berikut.

Table 1.1
Distribusi Prevalensi 10 Besar Penyakit pada anak Di RSUD CIAMIS
Tahun 2022

NO	KODE DAN NAMA PENYAKIT	JUMLAH
1.	Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Atas Akut	217
2.	Dispepsia	201
3.	Penyakit Saluran Pernafasan Kronik	189
4.	Dermatitis lainnya Tidak Spesifik	179
5.	Hipertensi	155
6.	<i>Demam Dengue Haemorrhagic Faver</i>	101
7.	Commond Cold (Pilek)	98
8.	Myalgia	87
9.	Faringitis	76
10.	Gejala dan Tanda Umum lainnya	72
	TOTAL	1375

Sumber : Rekam Medik RSUD CIAMIS tahun 2022

Berdasarkan data yang di dapat dari bagian rekam medik RSUD CIAMIS bahwa penyakit DHF di atas mencapai urutan ke 6 dengan jumlah 101 kasus. Meskipun DHf merupakan urutan ke 6 namun mengingat komplikasi yang di timbulkannya berupa perdarahan dan syok selain itu apabila terjadi pada anak akan mengambat tumbuh kembang anak, karena Anak merupakan Sebagian individu yang unik dan mempunyai kebutuhan sesuai dengan tahap perkembangan, kebutuhan tersebut dapat meliputi kebutuhan fisiologis seperti nutrisi dan cairan,

aktifitas dan eliminasi, istirahat tidur dan lain-lain, anak juga individu yang membutuhkan kebutuhan psikologis sosial dan spiritual. Anak merupakan individu yang berada dalam satu rentang perubahan perkembangan yang dimulai dari bayi hingga remaja. (Jing & Ming 2019).

Anak pada masa usia sekolah disebut sebagai masa yang sangat aktif seiring dengan masa perkembangan otot yang sedang tumbuh dan peningkatan aktivitas bermainnya. Para ahli menggolongkan usia anak pada usia sekolah sebagai tahapan perkembangan anak yang cukup rentan terhadap berbagai serangan penyakit (Wowor et al 2017). Berdasarkan uraian di atas penulis merasa tertarik untuk menyusun karya tulis yang berjudul **“Asuhan Keperawatan pada An. R Usia Sekolah (12 tahun) dengan Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) Diruang Melati RSUD Ciamis”**

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

- a. Penulis mampu memberikan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan pada anak usia sekolah (12 tahun) dengan demam berdarah dengue (DHF).

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melaksanakan pengkajian untuk mengumpulkan data-data pada An.R usia (12 tahun) dengan masalah penyakit DHF di Ruang Melati RSUD Ciamis.

- b. Mampu menemukan diagnosa keperawatan pada An.R usia (12 tahun) dengan masalah penyakit DHF di Ruang Melati RSUD Ciamis
- c. Mampu menyusun perencanaan asuhan keperawatan sesuai dengan keadaan pada An.R usia (12 tahun) dengan masalah penyakit DHF di Ruang Melati RSUD Ciamis
- d. Mampu menyusun implementasi asuhan keperawatan sesuai dengan keadaan pada An.R usia (12 tahun) dengan masalah penyakit DHF di Ruang Melati RSUD Ciamis
- e. Mampu menyusun evaluasi asuhan keperawatan sesuai dengan pada An.R usia (12 tahun) dengan masalah penyakit DHF di Ruang Melati RSUD Ciamis
- f. Mampu menyusun dokumentasi asuhan keperawatan sesuai dengan keadaan pada An.R usia (12 tahun) dengan masalah penyakit DHF di Ruang Melati RSUD Ciamis

C. Metode Telaahan

Dalam penyusunan karya tulis ini, penulis menggunakan metode deskriptif yang berbentuk studi kasus dengan pendekatan proses keperawatan meliputi : tahapan pengkajian, diagnose, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi sedangkan pengumpulan data dilakukan dengan teknik observasi, wawancara, pemeriksaan fisik, studi dokumentasi, studi kepustakaan serta partisipasi aktif berupa kerjasama dengan keluarga klien maupun dengan perawat ruangan dalam memberikan asuhan keperawatan.

D. Metode Penulisan

Memberikan gambaran tentang penyusunan karya tulis ini, penulis menggunakan istematika penulisan sebagai berikut :

Bab I merupakan pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan dan teknik pengumpulan data serta sistematika penulisan

Bab II merupakan tinjauan teoritis yang membahas tentang konsep dasar dan pendekatan proses keperawatan secara teoritis pada klien dengan DHF.

Bab III merupakan tentang tinjauan kasus yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, serta pembahasan yang berisi tentang kesenjangan yang ditemukan dan perbandingan antara teoritis dengan kenyataan dilapangan.

Bab IV menguraikan kesimpulan penulis setelah melaksanakan asuhan keperawatan dan rekomendasi untuk perbaikan.

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Teori

1. Pengertian

Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) adalah penyakit yang disebabkan oleh virus *dengue* dengan manifestasi klinis demam yang disertai perdarahan. Demam berdarah *dengue* (DBD) adalah terjadinya pembesaran plasma yang ditandai dengan hemokonsentrasi (peningkatan hematokrit) atau penumpukan cairan di rongga tubuh. *Dengue* syok sindrom adalah demam berdarah *dengue* yang ditandai oleh renjatan/syok. Dengan manifestasi klinis terjadi penurunan kesadaran, tekanan darah turun hingga perifer menurun (Nuratif & Kusuma, 2015).

Demam *dengue* atau DF dan demam berdarah *dengue* atau DBD (*dengue hemorrhagic fever* disingkat DHF) adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus *dengue* dengan manifestasi klinis demam, nyeri otot dan/atau nyeri sendi yang disertai leukopenia, ruam, limfadenopati, trombositopenia dan ditiesis hemoragik. Pada DHF terjadi perembesan plasma yang ditandai dengan hemokonsentrasi (peningkatan hematokrit) atau penumpukan cairan di rongga tubuh. Sindrom renjatan *dengue* yang ditandai oleh renjatan atau syok (Nurarif & Kusuma, 2015).

Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) adalah penyakit yang menyerang anak dan orang dewasa yang disebabkan oleh virus dengan manifestasi berupa demam akut, perdarahan, nyeri otot dan sendi. *Dengue*

adalah suatu infeksi Arbovirus (*Artropod Born Virus*) yang akut ditularkan oleh nyamuk *Aedes Aegypti* atau oleh *Aedes Aebopictus* (Wijayaningsih, 2017). Dari beberapa pengertian diatas yaitu dapat disimpulkan bahwa *Dengue Hemorrhagic Fever* adalah penyakit demam akut yang disebabkan oleh virus dengue yang ditularkan oleh nyamuk *Aedes Aegypti* betina yang sering muncul pada musim penghujan dan biasanya menggigit pada siang hari, dengan tanda klinis berupa adanya demam, nyeri otot, nyeri sendi, sakit kepala, trombositopenia dengan atau tanpa ruam yang dapat mengganggu system tubuh yang lain dan dapat menyebabkan kematian (Nuratif & Kusuma, 2015).

2. Anatomi Fisiologi

Berikut ini anatomi fisiologi yang berhubungan dengan penyakit DHF yang pertama adalah sistem sirkulasi. Sistem sirkulasi adalah sarana untuk menyalurkan makanan dan oksigen dari traktus distivus dan dari paru-paru ke sela-sela tubuh. Selain itu, sistem sirkulasi merupakan sarana untuk membuang sisa-sisa metabolisme dari sel-sel ginjal, paru-paru dan kulit yang merupakan tempat ekstensi sisa-sisa metabolisme. Organ-organ sistem sirkulasi mencakup jantung, pembuluh darah dan darah (Syaifuddin, 2016).

a. Jantung

Merupakan organ yang berbentuk kerucut, terletak didalam thorax, diantara paru-paru, agal lebih ke arah kiri.

b. Pembuluh darah

1) Pembuluh darah terbagi menjadi 3 :

a) Arteri

(1) Arteri (Pembuluh Nadi)

Arteri meninggalkan jantung pada partikel kiri dan kanan.

Beberapa pembuluh darah arteri yang penti

(2) Arteri Koronari

Arteri koronaria adalah arteri yang mendarahi dinding jantung.

(3) Arteri Subklavikula

Arteri subklavikula adalah bawah selangka yang bercabang kanan

kiri leher dan melewati aksila.

(4) Arteri Brachialis

Arteri brachialis adalah arteri yang terdapat pada lengan atas.

(5) Arteri Radialis

Arteri radialis adalah arteri yang teraba pada pangkal ibu jari.

(6) Arteri Karotis

Arteri karotis adalah arteri yang mendarahi kepala dan otak.

(7) Arteri Temporalis

Arteri temporalis adalah arteri yang teraba denyutnya di depan telinga.

(8) Arteri Facialis

Arteri facialis adalah arteri yang denyutan disudut kanan bawah

(9) Arteri Femoralis

Arteri femoralis adalah arteri yang berjalan kebawah menyusuri paha menuju kebelakang lutut.

(10) Arteri Tibia

Arteri tibia adalah arteri yang terdapat pada kaki.

(11) Arteri Pulmonalis

Arteri pulmonalis adalah arteri yang menuju ke paru-paru.

b) Kapiler

Kapiler adalah pembuluh darah yang sangat kecil yang teraba dari cabang terhalus dari arteri sehingga tidak tampak kecuali dari bawah mikroskop.

Kapiler membentuk yang mana diseluruh jaringan tubuh, kapiler selanjutnya bertemu satu dengan yang lain menjadi darah yang lebih besar yang disebut vena.

c) Vena (Pembuluh darah balik)

Vena membawa darah kotor kembali ke jantung.

(1) Vena Cava Superior

Vena balik yang memasuki atrium kanan, membawa darah kotor dari daerah kepala, thorax, dan ekstremitas atas.

(2) Vena Cava inferior

Vena yang mengembalikan darah kotor ke jantung dari semua organ tubuh bagian bawah.

(3) Vena Jugularis

Vena yang mengembalikan darah kotor dari otak ke jantung

(4) Vena Pulmonali

Vena yang mengembalikan darah kotor ke jantung vena dari paru-paru.

c. Darah

Darah adalah jaringan cair dan terdiri atas dua bagian : bagian cair yang disebut plasma dan bagian padat yang disebut sel darah. Darah adalah suatu jaringan tubuh yang terdapat didalam pembuluh darah yang berwarna merah. Darah adalah suatu cairan kental yang terdiri dari sel-sel dan plasma.

Darah terdiri dari tiga komponen yaitu komponen padat yang terdiri dari sel darah (eritrosit, leukosit, dan trombosit) dan komponen cair yaitu plasma darah, Sel-sel darah ada 3 macam yaitu:

1) Eritrosit (sel darah merah)

Eritrosit merupakan sel darah yang telah berdeferensi jauh dan mempunyai fungsi khusus untuk transport oksigen. Oleh karena di dalamnya mengandung hemoglobin yang berfungsi mengikat oksigen, eritrosit membawa oksigen dari paru ke jaringan dan karbon dioksida dibawa dari jaringan ke paru untuk dikeluarkan melalui jalan pernapasan. Sel darah merah : Kekurangan eritrosit, Hb, dan Fe akan mengakibatkan anemia.

2) Leukosit (sel darah putih)

Sel darah putih : Berfungsi mempertahankan tubuh dari serangan penyakit dengan cara memakan atau fagositosis penyakit tersebut. Itulah sebabnya leukosit disebut juga fagosit. Sel darah putih yang mengandung inti, banyaknya antara 6.000-9.000/mm³.

3) Trombosit (sel pembeku darah)

Trombosit merupakan partikel kecil, berdiameter dua sampai empat mikron, yang terdapat didalam sirkulasi plasma darah. Karena dapat mengalami disintegrasi cepat dan mudah, jumlah selalu berubah berkisar antara 150.000 sampai dengan 450.000 per mm^3 darah.

Struktur sel dalam darah adalah:

a) Membran sel (selaput sel)

Membran struktur elastik yang sangat tipis, tebalnya hanya 7,5-10nm. Hampir seluruhnya terdiri dari keping-keping halus gabungan protein lemak yang merupakan lewatnya berbagai zat yang keluar masuk sel. Membran ini bertugas untuk mengatur hidup sel dan menerima segala untuk rangsangan yang datang.

b) Plasma

Terdiri dari beberapa komponen yaitu :

- (1) Air membentuk 90 % volumeplasma
- (2) Protein plasma, berfungsi untuk menjaga volume dan tekanan darah serta melawan bibit penyakit (immunoglobulin).

c) Hepar

Hepar merupakan kelenjar terbesar dari beberapa kelenjar pada tubuh manusia. Organ ini terletak di bagian kanan atas abdomen dibawah diafragma, kelenjar ini terdiri dari 2 lobus yaitu lobus dextra dan ductus hepaticus sinistra, keduanya bertemu membentuk ductus hepaticus comunis.

d) Limpa

Limpa terletak dibagian kiri atas abdomen, limpa terbentuk setengah bulan kemerahan, limpa adalah organ berkapsula dengan berat normal 100-150 gram. Limpa mempunyai 2 fungsi sebagai organ limfaed dan mempagosit material tertentu dalam sirkulasi darah. Limpa juga berfungsi menghancurkan sel darah merah yang rusak.

3. Etiologi

Dengue Haemorrhagic Faver (DHF) disebabkan oleh virus *dengue*, yang termasuk dalam golongan genus *flavivirus*, keluarga *Flaviviridae*. *Flavivirus* ialah suatu virus dengan diameter sekitar 30 mm yang terdiri dari asam aribonukleat rantai tunggal dengan berat molekul mencapai 4×10^6 . Terdapat 4 type serotipe virus yaitu DEN-1, DEN-2, DEN-3 dan DEN-4 yang keseluruhannya dapat menyebabkan terjadinya demam dengue. Ke 4 serotipe ini bisa ditemukan di Indonesia dengan DEN-3 merupakan serotipe terbanyak ditemukan (Nuratif & Kusuma, 2015).

Penyakit DHF disebabkan oleh virus *dengue* dari kelompok arbovirus B yaitu Artropad borne. Atau virus yang disebabkan oleh Arthropoda. Virus ini termasuk virus genus *flavivirus* dari family *flaviviridae*. nyamuk *aedes* betina biasanya terinfeksi virus *dengue* pada saat menghisap dari seseorang yang sedang pada tahap demam akut. Setelah melalui periode inkubasi ekstrinsik selama 8-10 hari. Kelenjar ludah *aedes* akan menjadi terinfeksi dan virusnya akan ditularkan ketika nyamuk menggigit dan mengeluarkan cairan ludahnya kedalam luka gigitan ketubuh orang lain.

Setelah masa inkubasi intrinsic selama 3-14 hari timbul gejala awal penyakit secara mendadak yang ditandai dengan demam, pusing, nyeri otot, hilangnya nafsu makan dan berbagai tanda nonspesifik seperti mual-muntah, muntah dan rash (ruam kulit) biasanya muncul pada saat atau persis sebelum gejala awal penyakit tampak dan berlangsung selama 5 hari setelah dimulai penyakit, saat-saat tersebut merupakan masa kritis dimana penderita dalam masa infeksi untuk nyamuk yang berperan dalam siklus penularan. (Widoyono, 2012).

4. Manifestasi Klinis

Demam berdarah menurut (WHO, 2015) adalah, penyakit seperti flu berat yang mempengaruhi bayi, anak-anak dan orang dewasa, tapi jarang menyebabkan kematian. *Dengue* harus dicurigai bila demam tinggi (40°C / 104°F) disertai dengan 2 dari gejala berikut: sakit kepala parah, nyeri di belakang mata, nyeri otot dan sendi, mual, muntah, pembengkakan kelenjar atau ruam. Gejala biasanya berlangsung selama 2-7 hari, setelah masa inkubasi 4-10 hari setelah gigitan dari nyamuk yang terinfeksi.

Dengue yang parah adalah komplikasi yang berpotensi mematikan karena plasma bocor, akumulasi cairan, gangguan pernapasan, pendarahan parah, atau gangguan organ. Tanda-tanda peringatan terjadi 3-7 hari setelah gejala pertama dalam hubungannya dengan penurunan suhu (di bawah 38°C / 100°F) dan meliputi: sakit perut parah, muntah terus menerus, napas cepat, gusi berdarah, kelelahan, kegelisahan dan darah di muntah. 24-48 jam berikutnya dari tahap kritis dapat mematikan; perawatan medis yang tepat

diperlukan untuk menghindari komplikasi dan risiko kematian.

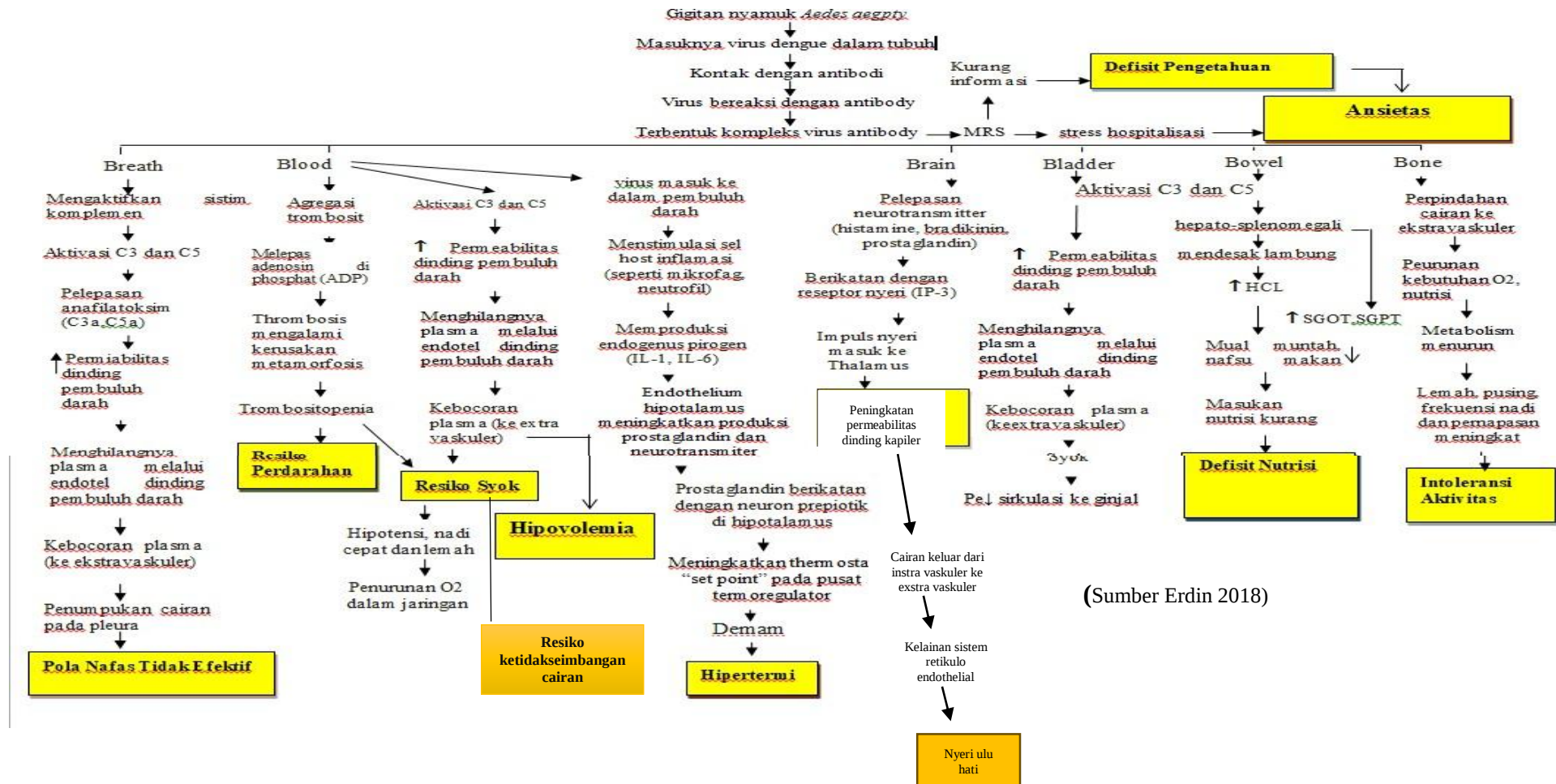
5. Patofisiologi

Virus *dengue* akan masuk kedalam tubuh melalui gigitan nyamuk *Aedes Aegypti* dan kemudian akan bereaksi dengan antibody dan terbentuklah kompleks virus antibody, dalam sirkulasi akan mengaktivitasi sistem komplemen. Akibat aktivasi C3 dan C5 akan dilepas C3a dan C5a, dan peptide yang berdaya untuk melepaskan histamin dan merupakan mediator kuat sebagai faktor meningginya permeabilitas dinding pembuluh dan menghilangkan plasma melalui endotel dinding itu (Wulandari & Erawati, 2016).

Terjadinya trombositpenia, menurunnya fungsi trombosit dan menurunnya faktor koagulasi (prombin, faktor V, VII, IX, X dan fibrinogen merupakan faktor penyebab terjadinya perdarahan hebat, terutama perdarahan saluran gastrointestinal pada DHF (Wulandari & Erawati, 2016). Yang menentukan beratnya penyakit adalah meningginya permeabilitas dinding pembuluh darah, menurunnya volume plasma, terjadinya hipotensi trombositpenia, dan diatesis hemoragik. Renjatan terjadi secara akut.

6. Pathway DHF

Bagan 2.1



(Sumber Erdin 2018)

7. Klasifikasi

Berdasarkan patofisiologinya, DHF menurut *World Health Organization* (WHO 2012) dapat diklasifikasikan menjadi 4 golongan yaitu:

- a. Derajat I : Demam disertai gejala tidak khas dan satu-satunya manifestasi perdarahan adalah uji torniquet.
- b. Derajat II : Sama dengan derajat I, ditambah dengan gejala-gejala perdarahan spontan seperti petekie, ekimosis, hematemesis, melena, perdarahan gusi.
- c. Derajat III : Ditemukannya tanda kegagalan sirkulasi, yaitu nadi cepat dan lambat, tekanan nadi menurun (< 20 mmHg) atau hipotensi disertai kulit dingin, lembab, dan pasien menjadi gelisah.
- d. Derajat IV : Nadi tidak teraba, tekanan darah tidak dapat diukur, anggota gerak teraba dingin, berkeringat dan kulit tampak biru (Nuratif & Kusuma, 2015)

8. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang mungkin dilakukan pada penderita DHF antara lain adalah (Wijayaningsih 2017) :

- a. Pemeriksaan darah lengkap

Pemeriksaan darah rutin dilakukan untuk memeriksa kadar hemoglobin, hematokrit, jumlah trombosit. Peningkatan nilai hematokrit yang selalu dijumpai. DHF merupakan indikator terjadinya perembesan plasma :

- 1) Pada demam *dengue* terdapat *Leukopenia* pada hari kedua atau hari ketiga.

2) Pada demam berdarah terdapat trombositopenia dan hemokonsentrasi.

3) Pada pemeriksaan kimia darah: *Hipoproteinemia*, *hipokloremia*, SGPT, SGOT, ureum dan Ph darah mungkin meningkat.

b. Uji Serologi = Uji HI (*Hemagglutination Inhibition Test*) Uji serologi didasarkan atas timbulnya antibody pada penderita yang terjadi setelah infeksi. Untuk menentukan kadar antibody atau antigen didasarkan pada manifestasi reaksi antigen-antibody. Ada tiga kategori, yaitu primer, sekunder, dan tersier. Reaksi primer merupakan reaksi tahap awal yang dapat berlanjut menjadi reaksi sekunder atau tersier. Yang mana tidak dapat dilihat dan berlangsung sangat cepat, visualisasi biasanya dilakukan dengan memberi label antibody atau antigen dengan fluoresens, radioaktif, atau enzimatis. Reaksi sekunder merupakan lanjutan dari reaksi primer dengan manifestasi yang dapat dilihat secara *in vitro* seperti *precipitasi*, *flokulasi*, dan *aglutinasi*. Reaksi tersier merupakan lanjutan reaksi sekunder dengan bentuk lain yang bermanifestasi dengan gejala klinik.

c. Uji hambatan *hemagglutinati*

Prinsip metode ini adalah mengukur campuran titer IgM dan IgG berdasarkan pada kemampuan *antibody-dengue* yang dapat menghambat reaksi *hemagglutinati* darah angsa oleh virus *dengue* yang disebut reaksi *hemagglutinati inhibitor* (HI).

d. Uji netralisasi (*Neutralisasi Test* = *NT test*)

Merupakan uji serologi yang paling spesifik dan sensitif untuk virus *dengue*. Menggunakan metode *plaque reduction neutralization test*

(PRNT). *Plaque* adalah daerah tempat virus menginfeksi sel dan batas yang jelas akan dilihat terhadap sel di sekitarnya yang tidak terkena infeksi.

e. Uji ELISA anti *dengue*

Uji ini mempunyai sensitivitas sama dengan uji *Hemagglutination Inhibition* (HI). Dan bahkan lebih sensitive dari pada uji HI. Prinsip dari metode ini adalah mendeteksi adanya antibody IgM dan IgG di dalam serum penderita.

f. *Rontgen Thorax* : pada foto *thorax* (pada DHF grade III/ IV dan sebagian besar grade II) di dapatkan efusi pleura.

9. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF) yaitu :

a. Penatalaksanaan DHF :

- 1) Tirah baring
- 2) Makan lunak dan diberi minum 1-2 liter dalam 24 jam
- 3) Untuk hiperpireksia dapat diberi kompres hangat
- 4) Berikan antibiotic bila terdapat kemungkinan terjadi infeksi

b. Pada pasien dengan tanda renjatan :

- 1) Pemasangan infus Ringer Laktat atau Asering dan dipertahankan selama 12-48 jam setelah renjatan diatasi
- 2) Observasi keadaan umum (tanda-tanda vital) (Nabil, 2013)

10. Dampak Penyakit Dengue Hemorrhagic Fever Terhadap Kebutuhan

Dasar Manusia

a. Cairan Tubuh

Fenomena patologis yang utama pada penderita *Dengue Hemorrhagic Fever* adalah meningkatnya permeabilitas dinding kapiler yang mengakibatkan terjadinya perembesan plasma keruang ekstra seluler. Peningkatan permeabilitas dinding kapiler mengakibatkan berkurangnya volume plasma, terjadinya hipotensi, heokosentrasi dan hipoproteinemia serta efusi dan renjatan (syok). Hemokosentrasi menunjukkan adanya kebocoran plasma sehingga nilai hematokrit menjadi penting untuk patokan pemberian cairan intravena.

b. Nutrisi

Dampak penyakit *Dengue Hemorrhagic Fever* terhadap nutrisi adalah adanya mual, anoreksia, haus dan muntah-muntah.

c. Keseimbangan suhu

Setelah virus masuk kealam tubuh maka akan terjadi viremia yang mengakibatkan terjadinya peningkatan suhu tubuh (hipertermi).

d. Syok hipopolemik

Dampak dari penderita *Dengue Hemorrhagic Fever* trombosit dan gangguan fungsi trombosit terjadi perdarahan yang berlebihan mengakibatkan syok.

e. Psikologis

Dampak penderita *Dengue Hemorrhagic Fever* akan menimbulkan

kecemasan pada anak karena pasien yang memburu ditandai dengan gejala-gejala seperti : adanya rasa nyeri, hipertermi dan bisa timbul karena hospotalisasi.

B. Konsep Asuhan keperawatan Pada Anak Dengan DHF

1. Pendekatan Asuhan Keperawatan Dengue Hemorrhagic Fever

Asuhan keperawatan adalah bantuan, bimbingan, penyuluhan, pengawasan atau perlindungan yang diberikan oleh seorang perawat untuk memenuhi Dalam memberikan asuhan tindakan lepas dari proses keperawatan yaitu : “suatu metode yang sistematis dan terorganisasi dalam pemberian asuhan keperawatan, yang difokuskan pada reaksi dan respon unik individu pada suatu kelompok atau perorangan terhadap gangguan kesehatan yang di alami, baik actual maupun potensial (Deswani, 2011).

a. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya. Oleh karena itu, pengkajian harus dilakukan dengan teliti dan cermat, sehingga seluruh kebutuhan perawatan pada klien dapat diidentifikasi (Wulan & Erawati, 2016).

1) Pengumpulan Data

a) Identitas

- (1) Identitas klien meliputi : Nama, umur (pada DHF tersering menyerang anak-anak dengan usia kurang 15 tahun), jenis kelamin, agama, alamat, pendidikan, tanggal masuk rumah

sakit, tanggal pengkajian, diagnose medis, nomor rekam medic.

- (2) Identitas orang tua atau penanggung jawab, meliputi : Nama, umur, pendidikan, pekerjaan, agama dan alamat.

b) Riwayat Kesehatan

- (1) Keluhan utama, yang biasa terjadi pada klien *Dengue Hemorrhagic Fever* adalah demam yang terus menerus.
- (2) Riwayat kesehatan sekarang, meliputi : PQRST

P : Provokes, Pallative, yaitu keluhan yang di rasakan klien yang memberatkan dan yang meringankan, yang meringankan klien dengan DHF adalah ketika klien istirahat di tempat tidur atau tidak banyak bergerak dan yang memberatkan pada pasien DHF adalah ketika klien banyak melakukan aktifitas .

Q : Qualitatif/ Quantitatif, yaitu kualitas atau kuantitas keluhan yang di rasakan klien, Pada klien DHF keluhan yang di rasakan yaitu demam yang turun naik kadang-kadang di sertai batuk pilek,nyeri telan,mual muntah,anoreksia,diare atau konstipasi,sakit kepala nyeri otot dan persendian,nyeri ulu hati,serta adanya manifestasi perdarahan pada kulit,gusi.

R : Region, yaitu daerah mana yang mengalami gangguan dan apakah ada penyebaran ke daerah lain. Pada klien dengan DHF gangguan tersebut biasanya dirasakan klien menyebar

keseluruh tubuh.

S : Severity/Skala, yaitu intensitas nyeri yang di rasakan pasien DHF ada nyeri tekan di bagian Ulu Hati dari rentang (0-5), tidak ada nyeri 1, nyeri ringan 2-3, nyeri berat 4-5

T : Time, kapan mulai timbulnya rasa nyeri, kadang-kadang terus-menerus bahkan sampai beberapa lama keluhan bisa berlangsung, bisa hilang timbul atau konstan. Pada pasien dengan DHF biasanya keadaan umum di dapatkan lemah, demam hilang timbul kadang timbul pada sore dan malam hari. dan gangguan tersebut dirasakan 2-7 hari. Upaya untuk mengatasi keluhan itu biasanya dengan istirahat (berbaring di tempat tidur).

(3) Riwayat kesehatan dahulu

Perlu dikaji apakah sebelumnya pernah mengalami penyakit *Dengue Hemorrhagic Fever* atau penyakit lainnya yang menular seperti hepatitis dll.

(4) Riwayat kesehatan keluarga

Perlu dikaji apakah dalam anggota keluarga ada yang pernah menderita penyakit sama dengan yang di alami oleh klien saat ini, atau menderita penyakit menular dan keturunan seperti Hipertensi, DM, Asma dll.

c) Riwayat Nutrisi

Perlu dikaji tentang pola nutrisi yaitu kebiasaan makan sehari-hari, frekuensi makan, porsi, makanan yang disukai, alergi terhadap makanan, masalah yang berhubungan dengan nutrisi. Biasanya pada pasien dengan DHF ada penurunan BB dikarenakan adanya mual, muntah dan nafsu makan menurun.

d) Riwayat imunisasi

Perlu dikaji tentang imunisasi BCG, DPT, polio, campak, hepatitis. Pada anak usia sekolah perlu dikaji terkait Vaksin human papilloma virus (HPV) pada usia 9-14 tahun dan Vaksin Dengue pada usia 9-16 tahun.

e) Riwayat Tumbuh Kembang

Perlu dikaji Riwayat Tumbuh Kembang seperti BB, TB, LILA, LK, Riwayat perkembangan pada anak usia 10-12 tahun, menunjukkan peningkatan dalam keaktifan. Pertumbuhan fisik terjadi dalam waktu yang sangat singkat TB bertambah 5-20 cm dan BB bertambah 7-25 kg.

Pada penderita DHF biasanya akan menimbulkan komplikasi berupa pendarahan dan syok, apabila terjadi pada anak akan menghambat tumbuh kembang anak.

f) Dampak Hospitalisasi

Kondisi Sakit/Hospitalisasi penderita DHF pada anak usia sekolah (6-12) tahun akan menimbulkan kecemasan, kehilangan kontrol juga akibat dirawat di Rumah Sakit karena ada pembatasan aktifitas. Reaksi terhadap perlukaan nyeri akan ditunjukkan dengan ekspresi baik secara verbal atau

nonverbal karena anak sudah mampu mengontrol jika merasa nyeri, yaitu dengan mengigit bibir atau memegang sesuatu dengan erat. Pada penderita DHF ampaknya akan menimbulkan kecemasan yang ditandai dengan gejala-gejala seperti : adanya nyeri, Hipotermia dan Kelemahan Fisik.

2) Pemeriksaan Fisik Head To Toe

- a) Keadaan Umum : Pada klien DHF didapatkan keadaan umum klien lemah.
- b) Kesadaran : Compos Mentis
- c) TTV

(1) TD : Pada pasien DHF dapat terjadi nadi kecil atau lemah dan cepat.

(2) Nadi : pada pasien DHF Tekanan Darah menurun dengan tekanan sistolik 80 mmHg

(3) Suhu : Pada pasien DHF terdapat kenaikan suhu diatas nilai normal 38-40 derajat celsius

(4) Respirasi : Respirasi pada pasien dengan DHF biasanya mengalami sesak nafas dengan respirasi >23x/menit

d) Kepala :

Kaji kesimetrian wajah, palpasi kepala mengenai keadaan rambut, kulit kepala, adanya massa pembekakan dan nyeri tekan.

e) Wajah

(1) Mata

Dikaji kesimetrian antara mata kanan dan kiri, fungsi penglihatannya,

konjungtiva : apakah anemis atau tidak, sklera : apakah ikterik atau

tidak dan bentuk pupil saat di rangsang cahaya mengecil atau tidak. Pada pasien DHF biasanya di area kantung mata terdapat lingkaran hitam dan sklera tampak merah disebabkan karna kurang tidur akibat demam yang di rasakannya .

(2) Hidung

Dikaji bentuk hidung sebelah kanan dan kiri, fungsi penciuman, terdapat polip atau tidak, kebersihannya, terdapat secret atau tidak. Palpasi sinus maksilaris, frontalis, apakah di temukan nyeri tekan atau tidak. Pada pasien DHF biasanya mengalami batuk dan pilek.

(3) Telinga

Dikaji kesimetrian telinga kiri dan kanan, warna kulit, fungsi pendengaran serta kebersihannya apakah terdapat serumen atau tidak. Pada pasien DHF biasanya tidak terdapat gangguan pada telinga.

f) Mulut dan gigi

Dikaji apakah ada kelainan konginetal seperti bimbir sumbing, warna, kebersihan gigi, dan lidah. Kemudian palpasi apakah ada pembekakan atau nyeri tekan, dan kaji juga tentang fungsi pengecapan baik atau tidak. Pada pasien DHF biasanya mukosa mulut kering, bibir dan lidah kotor dan di sertai adanya perdarahan pada gusi.

g) Leher

Dikaji bentuk leher, warna, kaji adakah pembengkakan dan pergerakan kelenjar tyroid, palpasi mengenai kelenjar limfe dan kelenjar getah bening. Kaji adakah pembengkakan vena jugularis. Pada pasien DHF biasanya tidak

di temukan pembengkakan vena jugularis biasanya di temukan adanya pembesaran kelenjar getah bening yang akan kembali normal pada masa penyembuhan.

h) Dada

(1) Jantung

Lakukan auskultasi bunyi jantung S1 S2 (lup/dup tidak ada bunyi tambahan), kaji bunyi denyut jantung normal menggunakan stetoskop.

(2) Paru-paru

Dikaji kesimetrian dada kiri dan kanan, irama nafas, frekuensi nafas, Palpasi adakah nyeri tekan atau tidak. Perkusi apakah suara nafas normal antara dada kiri dan kanan. Biasanya pada pasien DHF bunyi nafas vesikuler tidak ada suara nafas tambahan seperti wheezeng, ronchi, dan sebagainya.

i) Abdomen

Dilakukan dengan cara inspeksi : kaji keadaan abdomen dan kebersihannya, bentuk abdomen cekung atau cembung, lihat bagian samping abdomen apakah terdapat benjolan atau massa, pada pasien DHF biasanya terdapat petekie pada kulit, Palpasi di dapatkan nyeri tekan di daerah ulu hati. Perkusi pada keempat kuadran abdomen dengan melihat area yang timpani atau pekak, bunyi timpani di sebabkan karena adanya gas pada traktus gastrointestinal sedangkan bunyi pekak di sebabkan oleh adanya cairan atau massa, pembesaran organ, atau feses. Auskultasi bising usus pada pasien dengan DHF biasanya ising usus 12x/menit.

j) Genetalia

Dikaji kebersihan, frekuensi Bak. Biasanya pada pasien DHF frekuensi BAK lebih sering dari biasanya di karenakan pasien banyak minum air putih karena sering merasa haus.

k) Ekstermitas

(1) Ekstermitas Atas

Kaji kesimetriannya, ujung-ujung jari sianosis atau tidak. Pada penderita DHF dapat terjadi sianosis pada kuku dan CRT <2 detik. Kaji ada tidaknya edema/Petekie, Pada penderita DHF biasanya terdapat bintik-bintik merah (ruam), kekuatan otot pada pasien DHF biasanya tidak ada gangguan dengan nilai ekstermitas atas $5 \frac{1}{5}$, dan ROM Pada pasien DHF biasanya terdapat keluhan nyeri otot dan sendi namun masih bisa di gerakan, pada ekstermitas atas terdapat infus dan ada keterbatasan gerak.

(2) Ekstermitas bawah

Kaji kesimetriannya, kaji adanya sianosis, ada tidaknya edema, nilai kekuatan otot ekstermitas bawah $5 \frac{1}{5}$, ROM Pada pasien DHF biasanya terdapat keluhan nyeri otot dan sendi namun masih bisa di gerakan , Pada pasien DHF biasanya dapat terjadi kelemahan, keterbatasan gerak, dan tidak ada nyeri gerak.

3) Pola aktivitas sehari-hari/kebiasaan sehari-hari

a) Pola nutrisi

Pada penderia DHF biasanya mengalami mual muntah dan nafsu makan menurun

b) Pola cairan

Dapat terjadi kehilangan cairan yang berlebihan ; vomitus, asupan minum dan infuse.

c) Pola eliminasi

Pada penderita DHF biasanya frekuensi BAK kurang dari biasanya , karena pasien DHF dapat mengalami Dehidrasi atau kekurangan cairan. Frekuensi BAB tidak teratur di karenakan kurangnya asupan nutrisi pada pasien.

d) Pola istirahat tidur

Pada penderita DHF biasanya mengalami istirahat dan tidurnya terganggu akibat hipetermi.

e) Personal hygiene

kebiasaan mandi, kebiasaan cuci rambut, gosok gigi, ganti pakaian, gunting kuku.

f) Pola aktivitas

Pada penderita DHF biasanya mengalami kelemahan fisik di karenakan penurunan trombositopenia.

4) Aspek psikologis

Dampak kepribadian/psikologis dari klien DHF, adalah sifat ketergantungan pada orang tua, misal anak kelihatan ketakutan atau gelisah.

5) Aspek social

a) Cultural

b) Pola interaksi

- c) Lingkungan rumah, keadaan lingkungan rumah yang banyak genangan air bersih dapat menjadi sarang nyamuk.

6) Aspek spiritual

- a) Klien : perlu dikaji keyakinan tentang nilai-nilai ketuhanan yang di anut.
- b) Orang tua : perlu dikaji keyakinan tentang nilai- nilai ketuhanan yang dianut, harapan tentang kesembuhan anaknya.

7) Pemeriksaan laboratorium

Pada pemeriksaan darah pasien DHF akan dijumpai sebagai berikut:

- a) HB dan PCV meningkat ($\geq 20\%$)
- b) Trombositopenia ($\leq 100.000/l$)
- c) Leucopenia (mungkin normal atau leukositosis)
- d) Ig.D. dengue positif
- e) Hasil pemeriksaan kimia darah menunjukkan hipoproteinemia, hipokloremia, hiponatremia.
- f) Urium dan Ph darah mungkin meningkat.
- g) Asidosis metabolic : $PCO_2 < 35-40$ mmHg, HCO_3 rendah.
- h) SGOT/SGPT mungkin meningkat.

8) Analisa Data

Analisa data adalah pengelompokan data-data klien atau keadaan tertentu dimana klien mengalami permasalahan Kesehatan atau keperawatan berdasarkan kriteria permasalahannya (Doenges, 2012).

Kemungkinan masalah keperawatan yang mungkin timbul pada klien

dengan Dengue Hemorrhagic Fever adalah :

Table 2.1 Analisa Data

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1	2	3	4
1.	DS : a. Biasanya pasien mengeluh sesak (Dipsnea) DS: b. Biasanya di dapatkan ada Penggunaan otot bantu pernafasan c. Fase Ekspirasi memanjang	Terbentuk kompleks v.Antibody mengaktifkan sistem komplemen aktivasi C3 dan C5 pelepasan anafilatoksin (C3a,C5g) menghilangnya plasma melalui endotel dinding pembuluh darah kebocoran plasma (ke ekstrasvaskuler) penumpukan cairan pada pleura pola nafas tidak efektif	Pola nafas tidak efektif
2	DS : a. biasanya klien mengeluh demam DO : b. 36-40 derajat celsius	gigitan nyamuk aedes virus masuk ke pembuluh darah menstimulasi sel host inflamasi(seperti microphag neutrofil) memproduksi endogenous pyrogen(IL,1-IL,6) endothelium hipotalamus meningkatkan produksi prostaglandin dan neurotransmitter Prostaglandin berikatan dengan neuron preoptik di hipotalamus Meningkatkan "thermostat point" pada pusat termoregulator mengakibatkan demam	Hipertermi

1	2	3	4
3	DS : a. Mengeluh nyeri DO : b. Tampak meringgis c. Bersikap protektif(misal waspada, menghindari nyeri) d. Gelisah e. Frekuensi nadi meningkat f. Sulit tidur	Pelepasan neurotransmitter (Histamine, Bradikinin, Prostaglandin) Berikatan dengan reseptor nyeri (IP-3) Impuls nyeri masuk ke thalamus dan menyebabkan nyeri Akut	Nyeri akut
4	DS : a. Biasanya klien Mengeluh lelah DO : b. Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat c. Dipsneu saat atau setelah aktivitas d. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas e. Merasa lelah f. Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat g. Sianosis	Virus Dengue bereaksi dengan antibody terbentuk kompleks v-antibody Perpindahan cairan ke ekstrasvaskuler Penurunan kebutuhan O ₂ ,nutrisi Metabolisme↓ Lemah, pusing, Frekuensi nadi dan pernapasan meningkat dapat menyebabkan intoleransi aktivitas	Intoleransi aktivitas
5	DS ; a. Biasanya klien menanyakan masalah DO: b. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran c. Menunjukkan persepsi	Masuknya virus dangué dalam tubuh kontak dengan antibody virus bereaksi dengan antibody terbentuk kompleks V-antibody MRS kurang Informasi defisit Pengetahuan	Defisit pengetahuan

1	2	3	4
	yang keliru terhadap masalah		
6	DS : a. Biasanya klien mengeluh lemas b. Biasanya klien mengeluh nafsu makan menurun c. Biasanya klien mengeluh Mual,Muntah DO : a. Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal b. Cepat kenyang setelah makan c. Kram atau nyeri abdomen d. Nafsu makan menurun e. Membrane mukosa pucat	Hepato-splenomegali Peningkatan SGOT SGPT mendesak lambung mengakibatkan Peningkatan HCL Mual muntah nafsu makan menurun masukan nutrisi kurang	Defisit nutrisi
7	DS : a. Biasanya klien mengeluh lemas,Haus,Kel elahan dan pusing DO : b. Frekuensi nadi meningkat c. Nadi terasa lemah d. Tekanan darah menurun e. Tekanan nadi menyempit f. Turgor kulit menurun Membrane mukosa kering	Aktivitas C3 dan C5 , Peningkatan permeabilitas dinding pembuluh darah menghilangnya plasma melalui Endotel dinding pembuluh darah Pembocoran plasma (ke ekstra vaskuler) menyebabkan hipovolemia	Hipovolemia
8	DS : a. Biasanya klien mengeluh bingung	Gigitan nyamuk <i>Aedes Aegypti</i> masuknya virus <i>Dangue</i> ke dalam tubuh kontak dengan antibody	Ansietas

	b. Biasanya klien Merasa khawatir dengan akibat dan kondisi yang di hadapi c. Biasanya klien sulit Sulit berkonsentrasi d. Biasanya mengeluh pusing DO : e. ampak gelisah f. Tampak tegang g. Sulit tidur h. Frekuensi nafas meningkat i. Frekuensi nadi meningkat j. Tekanan darah meningkat k. Diaforesis l. Tremor m. Muka tampak pucat n. Suara bergetar o. Kontak mata buruk	virus bereaksi dengan antibody dan terbentuk kompleks virus antibody ,MRS,stress hospitalisasi kurangnya informasi,defisit pengetahuan dan ansietas	
9	DS : a. Biasanya klien mengeluh pusing b. Biasanya klien mengeluh merasa tidak berdaya DO : c. Frekuensi nafas meningkat d. Nadi meningkat e. TD meningkat f. Diaforesis g. Tremor h. Muka tampak pucat i. Suara bergetar j. Kontak mata buruk	Agregasi trombosit melepaskan adenosindi phospat (ADP), trombosis mengalami kerusakan metamorfosis menyebabkan trombositopenia terjadinya resiko perdarahan	Resiko pendarahan

1	2	3	4
	k. Sering berkemih		
10	DS : a. Biasanya klien mengeluh sesak nafas b. Biasanya klien mengeluh berkeringat dingin c. Biasanya klien mengeluh pusing d. Biasanya klien mengeluh jantung berdebar DO : e. Wajah tampak pucat	Aktivitas C3 dan C5, Peningkatan permeabilitas dinding pembuluh darah dan menghilangnya plasma melalui Endotel dinding pembuluh darah pembocoran plasma (ke ekstra vaskuler) dapat mengakibatkan Resiko Syok	Resiko syok
11	DS : a. Biasanya Klien mengeluh sering merasa haus b. Biasanya Klien mengatakan lemas c. Biasanya Klien mengatakan slalu berkeringat dingin DO : d. Tampak lemas e. Tampak berkeringat dingin f. Membrane mukosa kering	Agregasi trombosit akan melepas adenosin di phosphat (ADP) thrombosis mengalami kerusakan metamorfosis rombositopenia dapat terjadi resiko ketidak seimbangan cairan	Resiko ketidak seimbangan cairan

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang di alaminya baik berlangsung aktual maupun potensial .Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu,komunitas terhadap situasi yang berkaitan

dengan kesehatan. Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada kasus DHF yaitu : **(Erdin 2018),(SDKI DPP PPNI 2017)**

- a. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas (D.0005)
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis di tandai dengan pasien mengeluh nyeri (D.0077)
- c. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit di tandai dengan suhu tubuh di atas nilai normal (D.0130)
- d. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (Keengganan untuk makan) (D.0019)
- e. Hipovolemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler di tandai dengan kebocoran plasma darah (D.0023)
- f. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056)
- g. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111)
- h. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (D.0080)
- i. Resiko pendarahan di tandai dengan koagulasi (Trombositopenia) (D.0012)
- j. Resiko syok di tandai dengan kekurangan volume cairan (D.0038)
- k. Resiko ketidak seimbangan cairan berhubungan dengan koagulasi trombositopenia (D.0036)

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat

yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (SIKI DPP PPNI 2018) (SLKI DPP PPNI 2019).

a. Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas (D.0005)

1) Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 24 jam diharapkan Pola nafas membaik

2) Kriteria Hasil : (L.01004)

- a) Ventilasi Membaik
- b) Kapasitas Vital Meningkat
- c) Tekanan ekspirasi Meningkat
- d) Tekanan inspirasi Meningkat
- e) Dyspnea Menurun
- f) Penggunaan otot bantu nafas Menurun
- g) Pernafasan cuping hidung Menurun
- h) Frekuensi nafas Membaik
- i) Kedalaman nafas Membaik
- j) Ekskusi dada Membaik

Tabel 2.2
Intervensi Keperawatan

Intervensi	Rasional
1	2
Manajemen Jalan Nafas (I.010011) Observasi : 1. Monitor Pola nafas 2. Monitor Bunyi Nafas 3. Monitor sputum Terapeutik : 1. Pertahankan kepatenan jalan nafas	Observasi : 1. Untuk Mengetahui Keadaan pasien secara umum. 2. Untuk mengetahui di jalan nafas adakah suara nafas tambahan atau tidak dan suara nafas normal/tidak.

1	2
2. Posisikan Semi Fowler atau Fowler 3. Berikan minum Hangat 4. Lakukan Penghisapan Lendir Kurang Dari 15 Detik Edukasi : 1. Anjurkan Asupan Cairan 200ml/hari, Jika konta indikasi 2. Ajarkan Teknik Batuk Efektif Kolaborasi : 3. Kolaborasi Pemberian Bronkodilator, ekspektoran, mukolitik	3. Untuk mengetahui adakah sumbatan di jalan nafas . Terapeutik : 1. Agar jalan nafas tetap efektif atau normal. 2. Untuk meringankan rasa sesak 3. Untuk memperlancar pernafasan 4. Membantu mengeluarkan dahak Edukasi : 1. Kadar cairan dalam tubuh harus selalu di jaga agar tetap berada dalam keseimbangan stabil. 2. Melatih otot pernafasan agar dapat melakukan fungsinya dengan baik. Kolaborasi : 3. Untuk memudahkan intervensi

b. Hipertermia b.d proses penyakit (D.0130)

1) Tujuan : Setelah di lakukan tindakan keperawatan 1 x 24 jam di

harapkan Suhu tubuh meningkat di atas rentang normal tubuh.

2) Kriteria hasil : (L.14134)

- a) Kulit merah menurun
- b) Menggigil menurun
- c) Kejang menurun
- d) Akrosianosis menurun
- e) Konsumsi oksigen menurun
- f) Pucat menurun

- g) Takikardi menurun
- h) Takipnea menurun
- i) Bradikardi menurun
- j) Hipoksia menurun
- k) Suhu tubuh membaik
- l) Tekanan darah membaik

Tabel 2.3
Intervensi Keperawatan

Intervensi	Rasional
1	2
Managemen hipetermi (I.15506) Oservasi 1. Identifikasi penyebab hipetermia(mis. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas penggunaan inkubator) 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor kadar elektrolit 4. Monitor haluana urine 5. Monitor komplikasi akibat hipetermi Terapetik 1. Sediakan lingkungan yang dingin 2. Longgarkan atau lepaskan pakian 3. Basahi dan kipasi permukaan tubuh 4. Berikan cairan olral 5. Lakukan pendinginan eksternal(misal. Selimut hipotermia atau kopres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila) 6. Hindari pemberia antipiretik atau aspirin 7. Berikan oksigen jika perlu Edukasi 1 Anjurkan tirah baring	Observasi 1. Untuk mengetahui penyebab terjadinya hipetermi 2. Untuk mengetahui kenaikan atau penurunan pada suhi 3. Untuk mengetahui kadar elektrolit 4. Untuk mengetahui volume urine yang keluar 5. Untuk mengetahui adanya komplikasi adanya hipotermia Terapeutik 1. Untuk memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien hipetermi 2. Untuk membantu proses penurunan suhu tubuh 3. Untuk menurunkan suhu tubuh 4. Agar kebutuhan cairan pasien agar terjaga 5. Agar suhu permukaan agar tetap dingin 6. Untuk menghindari terjadinya komplikasi 7. Untuk memenuhi kebutuhan oksigen Edukasi 1. Untuk mempercepat proses pemulihan

1	2
Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, <i>jika perlu</i>	Kolaborasi 1. Untuk mengganti cairan yang hilang di dalam tubuh

c. Nyeri Akut b.d agen pencedera fisiologis (D.0077)

- 1) Tujuan : : Setelah di lakukan tindakan keperawatan 1 x 24 jam di harapkan Tingat nyeri yang dirasakan klien menurun
- 2) Kriteria Hasil : (L.08066)
 - a) Kelihan nyeri menurun
 - b) Meringis menurun
 - c) Gelisah menurun
 - d) Kesulitan tidur menurun
 - e) Frekuensi nadi membaik
 - f) Pola napas membaik
 - g) Tekanan darah membeik
 - h) Nafsu makan membaik
 - i) Pola tidur membaik

Tabel 2.4
Intervensi Keperawatan

Intervensi	Rasional
1	2
Manajemen nyeri(I.08238) Observasi: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri	Observasi : 1. Untuk mengetahui frekuensi,dirasu,karakteristik,kualitas dan intensitas nyeri dari klien 2. Untuk mengetahui tingkat nyeri yang di rasakan klin

1	2
4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik : 1. Berikan tehnik non farmakologi (Terapi musik,relaksasi,nafas dalam) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat Edukasi : 1. Jelaskan penyebab,periode dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian analgetik,<i>jika perlu</i>	3. Untuk mengetahui tingkat ketidaknyamanan yang di rasakan klien 4. Untuk mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan dari nyeri Terapeutik 1. Untuk mengurangi rasa nyeri yang di rasakan klien 2. Untuk menurunkan stimulant nyeri, Agar klien aman dan nyaman 3. Agar klien dapat beristirahat dan tidur dengan baik Edukasi : 1. Agar klien dapat mengetahui penyebab periode dan pemicu dari nyeri 2. Untuk mengetahui strategi dalam meredak nyeri 3. Agar klien dengan mandiri dapat mengetahui nyeri Kolaborasi : 1. Untuk membantu proses penyembuhan pasien pasca oprasi atau mengurangi nyeri.

d. Intoleransi Aktivitas b.d kelemahan (D.0056)

- 1) Tujuan : Setelah di lakukan tindakan keperawatan 1 x 24 jam di harapkan Toleransi aktifitas klien meningkat.
- 2) Kriteria Hasil : (L.05047)
 - a) Frekuensi nadi meningkat
 - b) Saturasi nadi meningkat
 - c) Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari meningkat
 - d) Percepatan berjalan meningkat

- e) Keluhan lelah menurun
- f) Perasaan lelah menurun
- g) Aritmia saat aktivitas menurun
- h) Aritmia setelah aktivitas menurun
- i) Warna kulit membaik
- j) Tekanan darah membaik

Tabel 2.5
Intervensi Keperawatan

Intervensi	Rasional
1	2
Menejemen energi (I.12379) Observasi 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Teurapeutik 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus(mis.cahaya ,suara, kunjungan) 2. Lakukan latihan gerak fasip atau aktif 3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 4. Fasilitasi duduk di tempat tidur, jika tidak dapat berpindah berjalab. Edukasi 1. Anjurkan tirah baring 2. Ajarkan melakukan aktivitas secara bertahap	1. Untuk melihat bagian tubuh klien yang mengalami kelemahan 2. Untuk mengetahui adakah kelelahan jika klien selesai beraktifitas 3. Untuk menegetahui pola tidur pasien 4. Untuk mengetahui lokasi dan tingkat ketidak nyamanan pasien selama melakukan aktivitas Teurapeutik 1. Untuk memberikan rasa nyaman bagi pasien 2. Untuk meningkatkan dan melatih masa otot dan gerak ekstermitas pasien 3. Untuk mengalihkan ketidaknyamanan pasien 4. Untuk melatih gerak mobilisasi pasien selama di rawat Edukasi 1. Untuk memberikan kenyamanan pasien saat beristirahat 2. Untuk menunjang proses kesembuhan pasien secara bertahap

1	2
3. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara peningkatan asupan makanan	3. Agar pasien dapat mengatasi kelelahannya secara mandiri dan mudah Kolaborasi 1. untuk memaksimalkan proses penyembuhan pasien

e. Defisit Pengetahuan b.d Kurang Terpapar Informasi (D.0111)

1) Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 24 jam di

harapkan Tingkat pengetahuan klien membaik.

2) Kriteria Hasil : (L.12111)

- a) Perilaku sesuai anjuran meningkat
- b) Verbalisasi minat dalam belajar meningkat
- c) Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat
- d) Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat

Tabel 2.6
Intervensi Keperawatan

Intervensi	Rasional
1	2
Edukasi kesehatan (I.12383) Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meingkatakan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat	Observasi : 1. Memberikan informasi ketika pasien siap dan mampu mengoptimalkan dalam perresapan informasi 2. Untuk mengetahui semangat hidup pasien tentang kesehatan

1	2
Terapeutik 1. Sediakan materi dan media pendidikan dan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan dan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 1. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat	Terapeutik 1. Untuk penunjang agar penyampaian materi lebih muda dan menarik 2. Penjadwalan sesuai kesepakatan agar tidak mengganggu aktivitas masing-masing 3. Memberikan kesempatan untuk bertanya mengetahui sejauh mana pasien dapat menerima edukasi. Edukasi 1. Untuk sebagai pengetahuan kedepannya untuk berhati-hati 2. Untuk meminimalisir komplikasi yang akan timbul dan keluarga dapat menjalankan PHBS dengan optimal 3. Untuk mengoptimalkan pencapaian keluarga sehat

f. Defisit Nutrisi b.d Faktor Psikologis keengganan untuk makan (D.0019)

1) Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 24 jam di

harapkan Status Nutrisi klien membaik.

2) Kriteria Hasil : (L.03030)

- a) Porsi makanan yang dihabiskan cukup meningkat
- b) Verbalisasi keinginan untuk nutrisi meningkat
- c) Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat
- d) Pengetahuan tentang minuman yang sehat
- e) Perasaan cepat kenyang meningkat
- f) Nyeri abdomen menurun
- g) Diare menurun
- h) Berat badan membaik

- i) Indeks massa tubuh membaik
- j) Frekuensi makan membaik
- k) Bising usus membaik
- l) Membran mukosa membaik

Tabel 2.7
Intervensi Keperawatan

Intervensi	Rasional
1	2
Manajemen nutrisi (I.03119) Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 5. Identifikasi perlunya selang nasogastrik 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan 8. Monitor hasil laboratorium Teurapeutik 1. Lakukan oral haigine sebelum makan, <i>jika perlu</i> 2. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis.piramida makanan) 3. Sajikan makanan secara menarik dan sesuai 4. Berikan makanan tinggi serat 5. Berikan suplemen makanan , <i>jika perlu</i> 6. Hentikan pemberian makanan melaui selang jika asupan oral dapat di toleransi Edukasi 1. Ajarkan posisi duduk jika mampu	Observasi 1. Membantu mengetahui tanda dan gejala Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh 2. Untuk mengetahui apakah klien mengalami alegi terhadap makanan 3. Agar memudahkan untuk menambah Nutrisi klien 4. Untuk menentukan jenis kalori dan nutrien pasien agar terpenuhi 5. Untuk memudahkan pemberian nutrisi pada klien 6. Untuk melihat status nutrisi klien sudah terpenuhi atau belum 7. Untuk melihat adanya kenaikan atau penurunan pada BB klien 8. Untuk mengetahui hasil dari intervensi yang telah di lakukan Terapeutik 1. Dengan mulut yang bersih dapaat meningkatkan nafsu makan 2. Agar nutrisi klien terpenuhi 3. Untuk menambah nafsu makan klien 4. Membantu proses pencernaan, serat dapat memelihara mikroba baik dalam usus 5. Untuk menambah nafsu makan klien

1	2
2. Aajarkan diet yang di programkan Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan(mis. Pereda nyeri, anti imetik), <i>jika perlu</i> 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, <i>jika perlu</i>	6. Untuk membuat pasien nyaman Edukasi 1. Untuk mempermudah menelan agar tidak mudah tersedak 2. Agar nutrisi klien dapat cepat teratasi Kolaborasi 1. Agar pasien merasa nyaman selama makan 2. Untuk menentukan Nutrisi klien yang di butuhkan

g. Hipovolemia bd peningkatan permeabilitas kapiler (D.0023)

1) Tujuan : Setelah di lakukan tindakan keperawatan 1 x 24 jam di

harapkan Status Cairan klien membaik.

2) Kriteria hasil: (L.03028)

- a) Keuatan nadi meningkat
- b) Kluaran urine meningkat
- c) Membran mukosa meningkat kelembaban nya
- d) Ortopnea menurun
- e) Dipsnea mnurun
- f) Frekuensi nadi meningkat
- g) Tekanan darah membaik
- h) Turgor kulit membaik
- i) Hemoglobin membaik

Tabel 2.8
Intervensi Keperawatan

Intervensi	Rasional
1	2
Manajemen hipovolemia (I.03116) Observasi 1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia 2. Pantau intake dan output cairan Teurapeutik 3. Hitung kebutuhan cairan 4. Berikan posisisTrendelenburg yang dimodifikasi 5. Berikan asupan cairan oral Edukasi 6. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 7. Anjurkan menghindari posisi mendadak Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. NaCl,RL) 2. Kolaborasi pemberian cairan intravena hipotonis (mis, glukosa 2,5%, NaCl 0,4%) 3. Kolaborasi pemberian cairan koloid (albumin, plasmanate) 4. Kolaborasi mempersembahka produk darah	Observasi 1. Untuk mengetahui apakah pasien mengalami hipovolemi atau tidak 2. Untuk mengetahui apakah kadar cairan pada pasien normal atau tidak dan untuk melanjutkan intervensi selanjutnya Terapeutik 3. Untuk mengetahui cairan yang di butuhkan pasien 4. Untuk mengetahui efektifitas posisi terhadap peningkatan tekanan darah pada pasien 5. Untuk memenuhi atau mengganti cairan tubuh yang hilang Kolaborasi 1. Dapat membantu mengganti cairan tubuh dan elektrolit yang hilang, sehingga tubuh tetap terhidrasi 2. Dapat menggantikan cairan tubuh yang hilang 3. Sebagai cairan resusitasi pada pasien yang mengalami kekurangan cairan parah seperti syok hipovolemik dan pendarahan berat 4. Untuk menurunkan resiko komplikasi akibat kehilangan darah yang parah

h. Ansietas b.d Krisis situasional (D.0080)

- 1) Tujuan : Setelah di lakukan tindakan keperawatan 1 x 24 jam di
harapkan Ansietas klien menurun.

2) Kriteria Hasil : (L.09093)

- a) Verbalisasi kebingungan menurun
- b) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang di hadapi menurun
- c) Perilaku gelisah menurun
- d) Perilaku tegang menurun
- e) Konsentrasi membaik
- f) Pola tidur membaik

Tabel 2.9
Intervensi Keperawatan

Intervensi	Rasional
1	2
Reduksi Ansietas (I.09314) Observasi 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis,kondisi,waktu,stresor) 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda-tanda ansietas verbal dan non verbal) Terapeutik 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan 3. Pahami situasi yang membuat ansietas 4. Dengarkan dengan penuh perhatian 5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 6. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang	Observasi 1. Identifikasi masalah spesifik akan menimbulkan kemampuan individu untuk menghadapinya dengan lebih realistis 2. Agar dapat membandingkan pengambilan keputusan pasien awal dan saat ini 3. Reaksi verbal dan non verbal dapat menunjukkan rasa agitasi,marah dan gelisah Terapeutik 1. Agar pasien dapat merasakan kenyamanan saat menggunakan perasaannya 2. Untuk mengurangi rasa cemas pada pasien 3. Untuk mengantisipasi kenyamanan kondisi pasien 4. Menggunakan tehknik bhsp untuk menimbulkan rasa nyaman pada pasien 5. Agar pasien merasa di perhatikan 6. Memberikan suport agar pasien agar pasien tidak merasa bingung

1	2
Edukasi 1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin di alami 2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 3. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, <i>jika perlu</i> 4. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 5. Latih tehnik relaksasi Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, <i>jika perlu</i>	Edukasi 1. Memberikan penjelasan kepada pasien untuk mengetahui apa penjelasan sesuai dengan pasien 2. Beri penjelasan tentang prognosis pasien 3. Agar pasien tidak merasa kesepian dan selalu mendapatkan suport 4. Untuk memberikan tehnik relaksasi pada pasien 5. Untuk mengurangi rasa cemas pasien Kolaborasi 1. Untuk mengurangi rasa cemas pasien

i. Resiko pendarahan b.d Koagulasi (Trombositopenia) (D.0012)

1) Tujuan : Setelah di lakukan tindakan keperawatan 1 x 24 jam di

harapkan Ansietas klien menurun.

2) Kriteria Hasil : (L.02017)

- a) Membran mukosa lembab meningkat
- b) Kelembaban kulit meningkat
- c) Hemoptisis menurun
- d) Hematemesis menurun
- e) Hematoria menurun
- f) Hemoglobin membaik
- g) Hematokrit membaik

Tabel 2.10
Intervensi Keperawatan

Intervensi	Rasional
1	2
Pencegahan pendarahan (I.02067) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala pendarahan 2. Monitor nilai hematokrit-hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah 3. Monitor TTV ortostatik 4. Monitor koagulasi (mis, prothombin time (PT), partial thromboplastin time (PTT), fibrinogen, degradasi fibrin dan atau platelet) Terapeutik 5. Pertahankan bed rest selama pendarahan 6. Batasi tindakan invasive, jika perlu 7. Gunakan kasur pencegah decubitus Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala pendarahan 2. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Anjurkan menghindari aspirin atau anti koagulan 3. Anjurkan meningkatkan makanan dan vit K Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian obat pengontrol pendarahan, jika perlu 2. Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu 3. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu	Observasi 1. Untuk melihat apakah ada tanda dan gejala pendarahan 2. Untuk mengetahui apakah kehilangan banyak darah membuat pasien anemia atau tidak 3. Untuk melihat adakah perubahan ttv setelah duduk atau berbaring 4. Untuk mengukur waktu yang di perlukan darah agar menggumpal Terapeutik 5. Untuk mengantisipasi terjadinya pendarahan kembali 6. Untuk menghindari hal yang tidak di inginkan yang dapat mempengaruhi keutuhan jaringan tubuh pasien 7. Untuk menghindari terjadinya decubitus Edukasi 1. Agar pasien mengetahui tanda dan gejala 2. Untuk menghindari konstipasi 3. Untuk membantu proses pembekuan darah Kolaborasi 1. Untuk menghindari terjadinya pendarahan 2. Untuk mengganti cairan yang hilang akibat pendarahan 3. Untuk menghambat penyerapan air dan lemak dari tinja

j. Resiko syok b.d kekurangan volume cairan (D.0039)

1) Tujuan : Setelah di lakukan tindakan keperawatan 1 x 24 jam di
harapkan Tingkat Syok klien menurun.

2) Kriteria Hasil : (L.03032)

- a) Kekuatan nadi meningkat
- b) Keluaran urin meningkat
- c) Tingkat kesadaran meningkat
- d) Akral dingin menurun
- e) Pucat menurun
- f) TD membaik
- g) Pembekuan kapiler membaik
- h) Frekuensi nadi membaik
- i) Frekuensi nafas membaik

Tabel 2.11
Intervensi Keperawatan

Intervensi	Rasional
1	2
Pencegahan syok (I.02068) Observasi 1. Pantau status kardiopulmonal (Frekuensi dan kekuatan nadi,frekuensi nafas,TD) Pantau status oksigenasi (oksimetri nadi,AGD) 2. Pantau status cairan (masukan dan haluaran,turgor kulit,CRT) 3. Pantau tingkat kesadaran dan respons	Observasi 1. Untuk mengetahui frekuensi dan kekuatan nadi,frekuensi nafas, dan tekanan darah apakah dalam rentang normal atau tidak 2. Untuk melihat adanya resiko kekukarangan atau kelebihan cairan pada pasien 3. Untuk memastikan klien tetap compos mentis atau sadar

1	2
4. Periksa riwayat alergi Terapeutik 1. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen 2. Pasang indikator urine untuk menilai produksi urine, jika perlu 3. Lakukan skintest untuk mencegah reaksi alergi Edukasi 1. Jelaskan penyebab/faktor resiko syok 2. Jelaskan tanda dan gejala awal syok 3. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 4. Anjurkan hindari alergen Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian transfusi darah, jika perlu 2. Kolaborasi pemberian cairan anti inflamasi, jika perlu	4. Untuk mengetahui adakah riwayat alergi makanan/obat pada pasien Terapeutik 1. Untuk melihat saturasi oksigen apakah dalam rentang normal >94% 2. untuk menilai produksi urine 3. untuk mengetahui apakah ada alergi pada pasien Edukasi 1. Agar pasien mengetahui penyebab/resiko terjadinya syok 2. Agar pasien mengetahui tanda dan gejala awal syok 3. Untuk mencegah terjadinya kekurangan cairan 4. Dapat memberikan resiko kesehatan bagi konsumen yang memiliki alergen/tidak intoleransi Kolaborasi 5. Untuk mengganti cairan dalam tubuh yang hilang 6. Untuk menghilangkan radang yang di sebabkan oleh non-mikroorganisme

k. Resiko ketidakseimbangan Cairan (D.0036)

- 1) Tujuan : Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan keseimbangan cairan meningkat
- 2) Kriteria Hasil : (L.03020)
 - a) Asupan cairan meningkat
 - b) Haluaran urine meningkat
 - c) Membrane mukosa membaik

- d) Dehidrasi menurun
- e) Turgor kulit membaik

Tabel 2.12
Intervensi Keperawatan

Intervensi	Rasional
Manajemen Cairan (I.03098) Observasi 1. Monitor status d hidrasi (mis, frekuensi nadi,kekuatan nadi,akral,pengisian kapiler,kelembaban mukosa,turgor kulit,tekanan darah) 2. Monitor TB,BB Harian Terapeutik 1. Catat intake dan output dan hitung balans cairan 24jam 2. Berikan asupan cairan sesuai kebutuhan Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian cairan intravena,jika perlu	Observasi 1. Untuk melihat adakah penurunan yang berlebihan dalam status cairan klien 2. Untuk melihat adakah penurunan BB yang berlebihan setelah kehilangan cairan Terapeutik 1. Untuk melihat adakah kelebihan atau kekurangan status cairan klien 2. Untuk mengganti cairan yang hilang Kolaborasi 1. Untuk mencegah terjadinya dehidrasi

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan. Implementasi merupakan langkah keempat dari proses keperawatan yang telah direncanakan oleh perawat untuk dikerjakan dalam rangka membantu klien untuk mencegah, mengurangi, dan menghilangkan dampak atau respons yang ditimbulkan oleh masalah keperawatan dan kesehatan (Ali 2016).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah penilaian hasil dan proses. Penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dari tindakan. Penilaian proses menentukan apakah ada kekeliruan dari setiap tahapan proses mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan dan evaluasi (Ali 2016). Evaluasi merupakan tahap akhir yang bertujuan untuk menilai apakah tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau tidak untuk mengatasi suatu masalah.

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. TINJAUAN KASUS

1. Pengkajian

a. Pengumpulan Data

1) Identitas Klien

Nama	: An. R
Umur	: 12 Tahun
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Agama	: Islam
Alamat	: Kp.Sukamulya rt/rw: 01/09, kab.Ciamis
Tanggal Masuk	: 07 April 2003
Tanggal Pengkajian	: 07 April 2023
Diagnosa Medis	: Dengue Hemarragich Faver

2) Identitas Penanggung jawab atau orang tua

Nama	: Tn.U
Umur	: 42 Tahun
Pekerjaan	: Wiraswasta
Pendidikan	: SMA
Agama	: Islam
Alamat	: Kp.Sukamulya, Rt/Rw : 01/09
Hubungan	: Ayah Klien

3) Riwayat Kesehatan

a) Keluhan Utama : demam

b) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada tanggal 07 april 2023 klien dibawa oleh keluarganya ke RSUD CIAMIS dengan keluhan selama 3 hari sebelum masuk RS pada saat di lakukan pengkajian klien mengalami panas (demam), demam dirasakan klien membuatnya menggigil, demam hilang timbul, sering timbul terutama pada sore dan malam hari dengan suhu 38,7°C.

c) Riwayat kesehatan dahulu

Menurut ibu klien, sebelumnya klien tidak pernah mengalami penyakit yang di deritanya saat ini, tetapi pernah dirawat sebelumnya dengan penyakit yang berbeda 1 tahun lalu, karena klien mempunyai riwayat penyakit lambung (mag).

d) Riwayat kesehatan keluarga

Menurut ibu klien, dari keluarganya tidak ada yang mempunyai penyakit yang sama dengan klien ataupun penyakit yang lain seperti hipertensi, asma, TBC, ataupun yang lainnya.

e) Riwayat Kehamilan

(1) Prenatal

Ibu mengatakan klien merupakan anak pertama, saat ia hamil selalu memeriksakan kehamilannya secara rutin ke

posyandu, puskesmas dan mendapatkan tetanus toxoid secara lengkap. Selama kehamilan ia tidak mengalami sakit berat.

(2) Intranatal

Ibu mengatakan pada usia kehamilan Sembilan bulan melahirkan oleh bidan dirumah. Ibu tidak mengalami pendarahan hebat dan bayi langsung menangis.

(3) Post natal

Selama masa post natal, bayi tidak mengalami gangguan suatu penyakit yang membutuhkan perawatan di Rs, bayinya langsung menetek dan menangis.

f) Riwayat Imunisasi

Imunisasi : Ya (✓), Tidak ()

Table 3.1
Riwayat Imunisasi

No	Jenis Imunisasi	Waktu Pemberian	Reaksi Setelah Pemberian
1.	BCG	1 bulan	Demam, benjolan, bengkak, kemerahan
2.	DPT (I,II,III)	2,3,4 bulan	Demam, bengkak, kemerahan
3.	Polio (I,II,III)	1,2,3 bulan	Demam, kemerahan
4.	Campak	9 bulan	Demam, ruam, bengkak
5.	Hepatitis	2, 3, 4,18 bulan	Demam, alergi

g) Riwayat Tumbuh kembang

(1) Pertumbuhan Fisik

BB lahir : 3,8 kg

BB sebelum sakit : 55 kg

BB sekarang : 54 kg

Tinggi badan : 150 cm

Lingkar kepala : 50 cm

Lingkar dada : 88 cm

Lingkar lengan atas : 23 cm

(2) Perkembangan

Perkembangan anak usia sekolah sudah menunjukkan keaktifan, bermain dengan teman sebayanya.

b. Pola Aktivitas dan kebiasaan

Tabel 3.2
Pola Aktivitas Sehari-hari

No	Jenis	Sehat	Sakit
1	2	3	4
1.	Nutrisi dan Cairan a. Pola Makan Jenis Porsi Frekuensi Diet khusus Kesulitan menelan Nafsu makan Keluhan b. Pola Minum Jenis Frekuensi Jumlah Pantangan	Nasi, sayur, lauk pauk 1 porsi 2-3 kali/hari Tidak ada diet khusus Tidak ada kesulitan Baik Tidak ada keluhan Air putih, teh Sering 7-8 gelas/hari Tidak ada	BN + lauk pauk ¼ porsi 3 kali/hari Tidak ada diet khusus Tidak ada kesulitan Nafsu makan baik Tidak ada keluhan Air putih jarang 1-2 gelas/hari Tidak ada
2.	Eliminasi a. BAB Frekuensi Warna Konsistensi Masalah b. BAK Frekuensi Jumlah Warna Masalah	1 x/hari Kuning kecoklatan Padat Tidak ada masalah Sering >3-4 x sekali Kuning jernih Tidak ada masalah	3 hari sekali Kuning kecoklatan Padat Tidak ada masalah Jarang 1-2 x sehari Kuning Pekat Tidak ada masalah

1	2	3	4
3.	Istirahat dan tidur a. Tidur siang Lama tidur Kualitas tidur Keluhan b. Tidur malam Lama tidur Kualitas tidur Keluhan	1-2 jam Nyenyak Tidak ada keluhan 7-8 jam Nyenyak Tidak ada keluhan	1 jam Nyenyak Tidak ada keluhan 6-7 jam Nyenyak Tidak ada keluhan
4.	Personal Hygiene Mandi Gosok gigi Keramas Gunting kuku	1/2 x sehari 2 x sehari 1 x 2 hari 1 x/minggu	1 x/hari di spon 1 x/hari Belum pernah Belum pernah

c. Pemeriksaan Fisik Head To Toe

1) Keadaan Umum : Tampak Lemas dan Demam

2) Penampilan : Bersih

3) Kesadaran : Compos Mentis

4) GCS : E₄V₅M₆

5) Tanda-Tanda Vital

a) Tekanan Darah : 110/90 mmHg

b) Denyut Nadi : 88x/menit

c) Respirasi : 21x/menit

d) Suhu : 38,7°C

6) Kepala

Inspeksi : wajah tampak simetris, warna rambut hitam dan lurus,
tampak bersih, Palpsi : tidak ada pembengkakan atau nyeri tekan.

7) Wajah

a) Mata

Inspeksi : mata simetris antara mata kanan dan kiri, fungsi penglihatan baik dapat melihat dengan jarak <6 meter, konjungtiva anemis, sklera tampak merah, pupil saat di rangsang cahaya mengecil,

b) Hidung

Inspeksi : bentuk hidung simetris, tampak bersih tidak terdapat kotoran atau secret, fungsi penciuman baik dapat membedakan bau betadine dengan bau kayu putih dengan mata tertutup, tidak terdapat polip pada hidung, Palpasi : tidak ada nyeri tekan.

c) Telinga

Inspeksi : Telinga tampak simetris antara telinga kanan dan kiri, fungsi pendengaran baik, tampak bersih tidak terdapat serumen, Palpasi : tidak ada nyeri tekan.

d) Mulut dan gigi

Inspeksi : Tidak terdapat kelainan pada bibir (bibir sumbing), warna bibir tampak merah muda dan pucat, mukosa bibir kering, gigi dan lidah tampak bersih, Palpasi : tidak ada pembengkakan/pendarahan pada gusi, tidak ada nyeri tekan, fungsi pengecapan baik dapat membedakan rasa manis, asam, pahit dan pedas.

8) Leher

Inspeksi : Leher tampak baik tidak terdapat kelainan, Palpasi : tidak terdapat pembengkakan, tidak terdapat pembesaran kelenjar tyroid,

tidak ada pembengkakan vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, pergerakan leher baik dapat di gerakan ke segala arah.

9) Dada

a) Jantung

Suara jantung S1 dan S2, irama jantung reguler, tidak ada nyeri dada.

b) Paru-paru

Pengembangan dinding dada simetris, bunyi nafas vesikuler, irama nafas teratur, Perkusi sonar, bunyi nafas teratur tidak suara nafas tambahan wheezeng (-), ronchi (-), Respirasi 21x/menit

c) Punggung

Tampak bersih,tidak ada nyeri tekan.

10) Abdomen

Inspeksi : bentuk abdomen cembung, tampak bersih, pada samping abdomen tidak terdapat benjolan atau massa,tidak terdapat petekie,
Palpasi : Terdapat nyeri tekan di bagian ulu hati, Auskultasi : bising usus 12x/menit.

11) Genetalia

Keadaan genetalia tampak bersih, Frekuensi BAK 2x/hari, tidak terdapat hemoroid.

12) Ekstermitas

a) Ekstermitas atas

Tangan kiri dan kanan simetris, keadaan kuku bersih dan pendek, tangan kanan terpasang infus RL 20tpm, pergerakan tangan kanan terbatas karna adanya infus, tangan kiri dapat di gerakan dengan bebas, jumlah jari lengkap, warna kulit kuning langsung, turgor kulit pada saat di lakukan pencubitan dapat kembali <2 detik, CRT <2 detik, tidak terdapat pembengkakan, tidak ada nyeri tekan, kekuatan otot 4/5

b) Ekstermitas bawah

Kaki kiri dan kanan simetris keadaan kuku bersih dan pendek, tidak ada pembengkakan, tidak ada varises, reflek patela baik, pergerakan kaki baik namun masih lemah saat berjalan, kekuatan otot 4/4

d. Data Psikososial

1) Status Emosi

Ibu klien mengatakan tidak mengetahui apa yang dialami oleh anaknya, dan ibu klien tampak Bertanya.

2) Konsep Diri

a) Body Image

klien bersyukur memiliki anak yang normal, meski kini anaknya sedang sakit dan dia mengatakan pasrah kepada Allah SWT dengan keadaan anaknya.

b) Peran

Dirumah klien berperan sebagai anak, dan sebagai pasien ketika di Rumah sakit.

e. Data Spiritual

Ibu klien beragama islam dan selalu berdoa untuk kesembuhan anaknya.

f. Dampak hospitalisa pada anak

Ibu Klien mengatakan anaknya demam,dan terdapat nyeri di bagian abdomen kuadran atas (Ulu hati).

g. Pemeriksaan laboratorium

Nama : An.R

Tanggal : 07-04-2023

Table 3.1
Pemeriksaan Laboratorium

Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai normal
Haemoglobin	15,6	12-16 g/dl
Leukosit	54.000	5.000-10.000
Trombosit	140	150-450
Hematokrit	42,8	35-45%
IgM	POSITIF (+)	Negatif
IgG	POSITIF (+)	Negatif

Nama : An.R

Tanggal : 09-04-2023

Table 3.2
Pemeriksaan Laboratorium

Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai normal	Interpretasi
Haemoglobin	15,6	12-16 g/dl	Normal
Leukosit	54.000	5.000-10.000	Normal
Hematokrit	42,8	35-45%	Normal
Trombosit	148.000	150.000-350.000 u/l	Rendah

1	2	3	4
Protein Total	6,50	6.7-8.7	Normal
Bilirubin Indirex	0,30	0,75 mg %	Normal
Ureum	13	10-15 %	Normal

h. Pengobatan atau Thrapy Medis

Table 3.3
Therapy Medis

No	Nama Obat	Dosis	Manfaat
1.	Infus RL	33-60 cc/IV	Menggantikan cairan tubuh yang hilang
2.	Ranitidin	2x50 mg/IV	Menangani gejala atau Penyakit yang berkaitan dengan produksi asam berlebih dalam lambung
3.	Paracetamol	3x500 mg/IV	Meredakan demam
4.	Sucralfate	4x1gram (2 sendok takar)/Oral	Untuk mengatasi tukak lambung

i. Analisa Data

Table 3.4
Analisa Data

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1	2	3	4
1	DS : a. Ibu klien mengatakan anaknya demam naik turun, Demam di rasakan sudah 3 hari yang lalu b. Demam hilang timbul, Sering timbul terutama pada sore dan malam hari. DO : a. TD : 110/90mmHg b. Nadi : 88x/menit	Gigitan nyamuk aids Virus masuk ke pembuluh darah dan Menstimulasi sel host inflamasi(seperti microfag neuttrofil) lalu Memproduksi endogenous piroge(IL,1-IL,6) Endothelium hipotalamus meningkatkan produksi prostaglandin dan neurotransmitter	Hipertermi

1	2	3	4
	a. RR : 21x/menit b. Badan terasa panas c. Suhu 38,7 derajat celsius	Prostaglandin perikatan dengan neuronpreiotik di hipotalamus dan Meningkatkan themosta "Set point" pada pusat termoregulator terjadilah Demam (Hipertermia).	
2	DS : a. Klien mengatakan nyeri di bagian perut bagian atas (Ulu hati) b. Nyeri di rasakan seperti di tusuk-tusuk c. Nyeri hilang timbul d. skala nyeri 3 (0-5) DO : e. Adanya nyeri tekan f. Klien tampak meringis g. Tampak memegang perutnya	Pelepasan neurotransmitter (Histamine, Bradikinin, Prostaglandin) Berikatan dengan reseptor nyeri (IP-3) menghantarkan Impuls nyeri masuk ke thalamus terjadilah Nyeri Akut	Nyeri akut
3.	DS : a. Klien mengatakan sering merasa haus b. Klien mengatakan lemas c. Klien mengatakan slalu berkeringat dingin DO : a. Tampak lemas b. Tampak berkeringat dingin c. Membrane mukosa kering	Agregasi trombosit Melepas adenosin di phosphat (ADP) Thrombosis mengalami kerusakan metamorfosis Trombositopenia Resiko ketidakseimbangan cairan	Resiko ketidakseimbangan cairan
4.	DS : a. Ibu klien mengatakan anaknya merasa lemas sejak 3 hari yang lalu b. Ibu klien mengatakan aktivitasnya seperti ke kamar mandi, Bab, Bak di bantu	Virus Dengue bereaksi dengan antibody Terbentuk kompleks V-Antibody Perpindahan cairan ke ekstrasvaskuler	Intoleransi aktivitas

1	2	3	4
	c. Ibu klien mengatakan anaknya mudah lelah setelah beraktifitas seperti ke kamar mandi DO : a. Klien tampak lemas b. Tampak terbaring di tempat tidur c. TD : 110/90mmHg d. Nadi : 88x/menit e. RR : 21x/menit f. Tampak lemas	Penurunan kebutuhan O ₂ , nutrisi, Metabolisme↓ Lemah, pusing, Frekuensi nadi dan pernapasan meningkat terjadilah Intoleransi aktivitas	
5.	DS : a. Ibu klien mengatakan tidak tahu tentang penyakit yang di alami oleh anaknya DO : a. Ibu klien tampak bertanya-tanya tentang penyakit yang di alami anaknya	Masuknya virus dengue dalam tubuh lalu Kontak dengan antibody, Virus bereaksi dengan antibod Terbentuklah kompleks V-antibody, MRS Kurang informasi (Defisit pengetahuan)	Defisit pengetahuan

2. Diagnosa Keperawatan

1. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit di tandai dengan suhu tubuh di atas nilai normal (D.0130)

DS :

- a. Ibu klien mengatakan anaknya demam naik turun, Demam di rasakan 3 sudah 3 hari yang lalu
- b. Demam hilang timbul, Sering timbul terutama pada sore dan malam hari.

DO :

- a. Tekanan darah : 110/90mmHg
- b. Nadi : 88x/menit
- c. Respirasi : 21x/menit
- d. Badan terasa panas
- e. Suhu tubuh 38,7 derajat celsius
- f. Klien tampak lemas

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis di tandai dengan pasien mengeluh nyeri (D.0077)

DS :

- a. Klien mengatakan nyeri di bagian perut atas (Ulu hati)
- b. Nyeri di rasakan seperti di tusuk-tusuk
- c. Nyeri hilang timbul
- d. Skala nyeri 3 (0-5)

DO :

- a. Adanya nyeri tekan
- b. Klien tampak meringis
- c. Tampak memegang perutnya

3. Resiko ketidak seimbangan cairan berhubungan dengan koagulasi (Trombositopenia) (D.0036)

DS :

- a. Klien mengatakan sering merasa haus
- b. Klien mengatakan lemas
- c. Klien mengatakan sering berkeringat dingin

DO :

- a. Tampak lemas
- b. Tampak berkeringat dingin
- c. Membrane mukosa kering
- d. Turgor kulit kembali <3 detik

4. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan di tandai dengan pasien mengeluh nyeri (D.0056)

DS :

- a. Ibu klien mengatakan anaknya merasa lemas sejak 3 hari yang lalu
- b. Ibu klien mengatakan aktivitasnya seperti ke kamar mandi, Bab, Bak di bantu
- c. Ibu klien mengatakan anaknya mudah lelah setelah beraktifitas seperti

ke kamar mandi

DO :

- a. Klien tampak lemas
- b. Tampak terbaring di tempat tidur
- c. TD : 110/90mmHg
- d. Nadi : 88x/menit
- e. RR : 21x/menit

5. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi (D.0111)

DS :

- a. Ibu klien mengatakan tidak tahu tentang penyakit yang di alami oleh anaknya

DO :

- a. Ibu klien tampak bertanya-tanya tentang penyakit yang di alami oleh anaknya

3. Proses Keperawatan

Nama :An.R

No. RM :100479848

Umur :12th

Ruang :Melati

Tabel 3.5
Proses Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Perencanaan			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional		
1	2	3	4	5	6	7
1	Hipertermia b.d proses penyakit (D.0005) DS : (1) Ibu klien mengatakan anaknya demam naik turun, Demam di rasakan sudah 3 hari yang lalu (2) Demam hilang timbul, Sering timbul terutama pada	Tujuan : Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan Termoregulasi membaik (L.14134) Kriteria Hasil : (1) Menggigil menurun (2) Pucat	Manajemen hipertermi (I.15506) Observasi (1) Identifikasi penyebab hipertermia (mis. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, gangguan incubator) (2) Monitor suhu tubuh (3) Monitor kadar elektrolit	Observasi (1) Untuk mengetahui terjadinya hipertermi (2) Untuk mengetahui adanya kenaikan atau penurunan pada suhu (3) Untuk mengetahui kadar elektrolit (4) Untuk mengetahui	Tanggal : 07 April 2024 Jam : 08.30 Observasi (1) Memonitor suhu tubuh Respon : Suhu 38,7 derajat celsius (2) Memonitor aluaran urine Respon : Frekuensi BAK klien 2xsehari, warna kuning pekat Terapeutik	Tanggal : 07 April 2024 Jam : 12.00 S : (1) Ibu klien mengatakan anaknya masih demam (2) Demamnya hilang timbul O : (1) TD : 110/90mmHg (2) Nadi : 88x/menit (3) RR : 21x/menit (4) Badan teraba

1	2	3	4	5	6	7
	sore dan malam hari. DO : (1) TD : 110/90mmHg (2) Nadi : 88x/menit (3) RR : 21x/menit (4) Badan terasa panas (5) Suhu 38,7 derajat celsius (6) Klien tampak lemas	menurun (3) Kulit merah menurun (4) Suhu tubuh membaik (5) Tekanan darah Membaik	(4) Monitor haluaran urine (5) Monitor komplikasi akibat hipotermi Terapeutik (1) Basahi dan kipasi pada permukaan tubuh (2) Sediakan lingkungan yang dingin (3) Longgarkan atau lepaskan pakaian (4) Berikan cairan oral (5) Lakukan pendinginan eksternal (mis, kompres dingin pada dahi leher, dada, abdome, aksila (6) Hindari pemberian antipiretik atau aspirin (7) Berikan oksigen, jika perlu	volume urine yang keluar (5) Untuk mengetahui adanya komplikasi Terapeutik (1) Untuk menurunkan suhu tubuh (2) Untuk memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien hipotermi (3) Untuk membantu proses penurunan suhu tubuh (4) Kebutuhan cairan pasien agar terjaga (5) Agar suhu permukaan tubuh klien tetap dingin (6) Untuk menghindari terjadinya komplikasi (7) Untuk memenuhi kebutuhan	(1) kompres dingin pada (2) dahi leher, dada, abdome, aksila Respon : Klien tampak tenang saat dilakukan kompres Edukasi (3) Mengajarkan tirah baring Respon : Klien tampak berbaring di tempat tidur Kolaborasi (4) Memberikan obat Penurun panas paracetamol 500mg/IV Respon : Klien kooperatif, mau diberikan obat penurun panas	(1) panas (2) Suhu 38,7 derajat celsius (3) Klien tampak lemas A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi

1	2	3	4	5	6	7
			Edukasi (1) Anjurkan tirah baring Kolaborasi (1) Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, <i>jika perlu</i>	Kolaborasi (1) Untuk mengganti cairan yang hilang dalam tubuh		
2.	Nyeri Akut b.d agen pencedera fisiologis (D.0077) DS : (1) Klien mengatakan nyeri di bagian perut atas (Ulu hati) (2) Nyeri di rasakan seperti di tusuk-tusuk (3) Nyeri hilang timbul (4) skala nyeri 3 (0-5) DO :	Tujuan : Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan Tingkat nyeri menurun (L.08066) Kriteria Hasil : (1) Keluhan nyeri menurun (2) Meringis menurun (3) Gelisah menurun (4) Pola nafas membaik	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi (1) Identifikasi lokasi,durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri (2) Identifikasi skala nyeri (3) Identifikasi respon nyeri non verbal (4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	Observasi (1) Untuk mengetahui lokasi,durasi,frekuensi,kualitas,intensitas nyeri yang di rasakan klien (2) Untuk mengetahui tingkat nyeri yang di rasakan klien (3) Untuk mengetahui tingkat katidaknyamanan yang di rasakan klien (4) Untuk mengetahui faktor yang	07 April 2023 Jam : 09.50 Observasi (1) Mengidentifikasi lokasi nyeri Respon : klien mengatakan Nyeri di bagian abdomen kuadran atas (ulu hati) (2) Mengidentifikasi skala nyeri Respon : Skala nyeri klien 3 dari (0-5) (3) Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	07 April 2023 Jam : 12.15 S : (1) Klien mengatakan nyeri di bagian perut atas (Ulu hati) (2) Nyeri di rasakan seperti di tusuk-tusuk (3) Nyeri hilang timbul (4) skala nyeri 3 (0-5) O : (1) Adanya nyeri tekan (2) Klien tampak meringis (3) Tampak mengganggu perutnya A : Masalah belum teratasi

1	2	3	4	5	6	7
	(1) Adanya nyeri tekan (2) Klien tampak meringis (3) Tampak memgangi perutnya	(5) Tekanan darah membaik (6) Nafsu makan membaik (7) Pola tidur membaik	Terapeutik (1) Berikan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis. Terapi musik, kompres hangat/dingin, terapi bermain) (2) kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) (3) fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi (1) Jelaskan penyebab, periode dan penyebab nyeri (2) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri (3) Jelaskan strategi meredakan nyeri	memperberat dan memperingan dari nyeri Terapeutik (1) Untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan klien (2) Untuk menurunkan stimulant nyeri, agar klien merasa aman dan nyaman (3) Agar istirahat dan tidur klien terpenuhi Edukasi (1) Agar klien dapat mengetahui penyebab periode dan pemicu dari nyeri (2) Agar klien dengan mandiri dapat mengetahui nyeri (3) Untuk mengetahui strategi dalam meredakan nyeri	Respon : Nyeri bertambah saat klien beraktifita (Berjalan ke toilet), dan nyeri berkurang saat klien beristirahat di tempat tidur Terapeutik (1) Memberikan thrapy nonfarmakologis dengan kompres hangat pada area nyeri Respon : Setelah di berikan kompres klien mengatakan nyeri berkurang Edukasi (1) Menjelaskan strategi meredakan nyeri dengan tehnik tarik nafas dalam	P : Lanjutkan intervensi

1	2	3	4	5	6	7
			kolaborasi (1) Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i>	Kolaborasi (1) Untuk membantu proses penyembuhan klien pasca operasi atau mengurangi nyeri	Respon : Klien mengikuti untuk tarik nafas dalam Kolaborasi (1) Memberikan thrapy obat ranitidine 50mg/IV Respon : Klien kooperatif, mau diberikan obat	
3.	Resiko ketidakseimbangan cairan b.d koagulasi trombositopenia (D.0036) DS : (1) Klien mengatakan sering merasa haus (2) Klien mengatakan lemas (3) Klien mengatakan selalu	Tujuan : Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan keseimbangan cairan meningkat (L.03020) Kriteria Hasil : (1) Asupan cairan meningkat (2) Haluaran urine meningkat	Manajemen cairan (I.03098) Observasi : (1) Monitor status dehidrasi (mis, frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, pengisian kapiler, kelembaban mukosa, turgor kulit, tekanan darah) (2) Monitor BB, TB harian Terapeutik	Observasi (1) Untuk melihat adakah penurunan yang berlebihan dalam status cairan klien (2) Untuk melihat adakah penurunan BB yang berlebihan setelah kehilangan cairan Terapeutik (1) Untuk melihat adakah kelebihan (2) atau kekurangan status cairan	Tanggal 07 April 2023 Jam : 13.35 Observasi (1) Memonitor status dehidrasi Respon : Mukosa bibir kering, Turgor kulit kembali dalam 2 detik (2) Memonitor BB, TB Respon : BB 54kg, TB 150 Terapeutik	Tanggal 07 April 2023 Jam : 14.00 S : (1) Klien mengatakan sering merasa haus (2) Klien mengatakan lemas (3) Klien mengatakan slalu berkeriat dingin O : (1) Tampak lemas (2) Tampak berkeriat dingin (3) Membrane mukosa kering

1	2	3	4	5	6	7
	berkeringat dingin DO : (1) Tampak lemas (1) Tampak berkeringat dingin (2) Membrane mukosa kering (3) Turgor kulit <3 detik	(3) Membrane mukosa membaik (4) Dehidrasi menurun (5) Turgor kulit membaik	(1) Catat intake dan output dan hitung balans cairan 24jam (2) Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan (3) Berikan cairan intravena, jika perlu Kolaborasi (1) Kolaborasi pemberian cairan diuretik, jika perlu	klien (2) Untuk mengganti cairan yang hilang (3) Untuk mencegah terjadinya dehidrasi Kolaborasi (1) Untuk membuang kelebihan garam dan air dari dalam tubuh melalui urine	(1) Mencatat intake dan output Respon : Intake klien minum 1-2 gelas 1 hari Output Klien BAK 1-2x sehari (2) Memberikan cairan intravena Respon : Klien terpasang infus RL 33tpm	(4) Turgor kulit <3 detik A : Masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi
4.	Intoleransi Aktivitas b.d kelemahan (D.0056) DS : (1) Ibu klien mengatakan anaknya merasa lemas sejak 3 hari yang lalu (2) Ibu klien mengatakan aktivitasnya seperti ke	Tujuan : Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan toleransi aktivitas meningkat. (L.05047) Kriteria Hasil : (1) Frekuensi nadi meningkat (2) Kemudahan	Menejemen Energi (I.12379) Observasi (1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan (2) Monitor kelelahan fisik dan emosional (3) Monitor pola dan jam tidur (4) Monitor lokasi	Observasi (1) Untuk mengetahui adanya gangguan tubuh yang mengakibatkan kelelahan setelah klien beraktifitas (2) Untuk melihat adakah kelelahan saat setelah beraktivitas (3) Untuk mengetahui pola	Tanggal : 07 April 2023 Jam : 10.10 Observasi (1) Memonitor kelelahan fisik dan emosional Respon : Klien mengatakan badanya merasa lemas sejak 3 hari yang lalu (2) Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan	Tanggal : 07 April 2023 Jam : 12.30 Observasi S : (1) Ibu klien mengatakan anaknya merasa lemas sejak 3 hari yang lalu (2) Ibu klien mengatakan aktivitasnya seperti ke kamar mandi, Bab, Bak di

1	2	3	4	5	6	7
	kamar mandi,Bab, Bak di bantu (3) Ibu klien mengatakan anaknya mudah lelah setelah beraktifitas seperti ke kamar mandi DO : (1) Klien tampak lemas (1) Tampak terbaring di tempat tidur (2) TD : 110/90mmHg (3) Nadi : 88x/menit (4) RR : 21x/menit	(1) dalam melakukan aktivitas meningkat (2) Frekuensi nafas membaik	dan ketidaknyamanan setelah melakukan aktifitas Terapeutik (1) sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya,suara,kunjungan) (2) Lakukan latihan gerak pasif atau aktif (3) Berikan aktifitas distraksi yang menenangkan (4) Fasilitasi duduk di tempat tidur,jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi (1) Anjurkan tirah baring (2) Anjurkan melakukan	tidur klien Untuk mengetahui lokasi dan tingkat ketidak nyamanan pasien selama melakukan Aktivitas Terapeutik (1) Untuk memberikan rasa nyaman bagi klien (2) Untuk meningkatkan dan melatih masa otot dan gerak ekstermitas klien (3) Untuk mengalihkan ketidak nyamanan klien (4) Untuk melatih gerak mobilisasi klien selama di rawat Edukasi (1) Untuk memberikan kenyamanan klien	setelah belakukan aktifitas Respon : Klien merasa lemas setelah beraktifitas (Pergi ke kamar mandi) Terapeutik (1) Melakukan latihan gerak aktif dan pasif Respon : Klien dapat melakukan keduanya Edukasi (1) Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap Respon : Klien dapat mengikutinya	bantu (1) Ibu klien mengatakan anaknya mudah lelah setelah (2) beraktifitas seperti ke kamar mandi O : (1) Klien tampak lemas (2) Tampak terbaring di tempat tidur (3) TD : 110/90mmHg (4) Nadi : 88x/menit (5) RR : 21x/menit A : Masalah belum teratasi P : Intervensi di lanjutkan

1	2	3	4	5	6	7
			(1) aktivitas secara bertahap (2) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi (1) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan	(2) saat beristirahat (3) Untuk menunjang proses kesembuhan pasien secara bertahap (4) Untuk melatih gerak imobilisasi pasien selama di rawat Kolaborasi (1) Untuk memaksimalkan proses penyembuhan klien		
5.	Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi (D.0111) DS : (1) Ibu klien dan klien mengatakan tidak tahu tentang penyakit yang di alami oleh anaknya	Tujuan : Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan Tingkat Pengetahuan Membaik (L.12111) Kriteria Hasil : (1) Kemampuan menjelaskan	Edukasi Kesehatan (I.12383) Observasi (1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi (2) Identifikasi faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan	Observasi (1) Memberikan informasi ketika klien siap dan mampu mengoptimalkan dalam peresapan informasi (2) Untuk mengetahui semangat hidup klien tentang	Tanggal : 07 April 2023 Jam : 11.00 Observasi (1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Respon : Klien siap menerima informasi Terapeutik	Tanggal : 07 April 2023 Jam : 13.05 S : (1) Orang tua dan klien sudah mengerti dan faham tentang penyakit yang di alami oleh anaknya (2) Klien dapat menjelaskan

1	2	3	4	5	6	7
	DO : (1) Ibu klien tampak bertanya-tanya tentang penyakit yang di alami anaknya	pengetahuan tentang suatu topik meningkat (2) Prilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat (3) Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun	motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik (1) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan (2) Jadwalkan pendidikan dan kesehatan sesuai kesepakatan (3) Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi (1) Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan (2) Ajarkan prilaku hidup bersih dan sehat (3) Ajarkan strategi yang dapat di gunakan untuk meningkatkan prilaku hidup	kesehatan Terapeutik (1) Untuk penunjang agar penyampaian (2) materi lebih mudah dan menarik (3) Penjadwalan sesuai kesepakatan agar tidak mengganggu aktifitas masing-masing (4) Memberikan kesempatan untuk bertanya untuk mengetahui sejauh mana klien dapat menerima informasi Edukasi (1) Sebagai pengetahuan untuk klien agar kedepannya lebih berhati-hati (2) Untuk meminimalisir	(1) Menyediakan materi leaflet Edukasi (1) menjelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan Respon : Klien dan orang tua memahaminya (2) Mengajarkan prilaku hidup bersih dan sehat Respon : Klien dan orang tua tampak memahami (3) Memberikan kesempatan klien dan orang tua untuk bertanya (4) Respon : tidak ada yang di tanyakan	(1) kembali tentang penyakit, penyebab dan PHBS O : (1) Klien dapat menjelaskan kembali tentang (2) penyakit, penyebab dan PHBS A : Masalah teratasi P : Hentikan Intervensi

1	2	3	4	5	6	7
			bersih dan sehat	komplikasi yang akan timbul dan keluarga dapat menjalankan PHBS dengan optimal Mengoptimalkan pencapaian keluarga sehat		

4. Catatan Perkembangan

Nama :An.R

No. RM :100479848

Umur :12th

Ruang :Melati

Tabel 3.6
Catatan Perkembangan

No	Tanggal	No DX	Catatan Perkembangan	Pelaksana
1	2	3	4	5
1.	08 April 2023 Jam 14.00	1	S : (1) Ibu klien mengatakan anaknya masih demam, demam di rasakan turun naik O : (1) TD : 110/90mmHg (2) Nadi : 88x/menit (3) RR : 21x/menit (4) Badan terasa panas (5) Suhu 38,7 derajat celsius A : (Hipotermia) P : Lanjutkan intervensi I : Jam 13.30 (1) Monitor suhu tubuh Respon : Suhu tubuh klien 38,7 derajat celsius (2) Monitor komplikasi akibat hipotermi Respon : Klien mengeluh lemas	Resa Fauziah

1	2	3	4	5
			E : Masalah Hipotermia belum teratasi	
2.	08 April 2023 Jam 14.05	2	S : (1) Klien mengatakan nyeri di bagian abdomen atas sedikit berkurang dengan skala nyeri 2 (0-5) O : (2) Klien tampak tenang (3) Tidak Meringis (4) Tidak memegang perutnya A : Masalah Nyeri Akut teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi I : Jam 14.20 (1) Mengidentifikasi respon nyeri non verbal faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Respon : Nyeri di rasakan klien setelah beraktifitas (pulang dari kamar mandi) dan nyeri berkurang saat klien beristirahat (2) Mengidentifikasi skala nyeri Respon : Skala nyeri berkurang 2 (0-5) (3) Memberikan terapi obat Sucralfate sirup 1 gram (2 sendok takar) Respon : Klien mengikuti anjuran E : Masalah teratasi sebagian	Resa Fauziah

1	2	3	4	5
3.	08 April 2023 Jam 14.10	3	S : (1) Klien mengatakan sering merasa haus (2) Klien mengatakan lemas (3) Klien mengatakan selalu berkeringat dingin O : (1) Tampak lemas (2) Tampak berkeringat dingin (3) Membrane mukosa kering A : Masalah resiko ketidakseimbangan cairan belum teratasi P : Lanjutkan intervensi I : Jam 15.30 (3) Memonitor status dehidrasi Respon : Mukosa bibir kering, Turgor kulit kembali dalam 2 detik (4) Memonitor BB,TB Respon : BB 54kg, TB 150 E : Masalah belum teratasi	Resa Fauziah
1	08 April 2023 Jam 14.15	5	S : (1) Ibu klien mengatakan anaknya masih terasa lemas (2) Aktifitasnya masih di bantu O : (1) Tampak lemas	

1	2	3	4	5
			(2) Terbaring di tempat tidur (3) Aktifitas di bantu A : Masalah Intoleransi aktifitas belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi I : Jam 15.00 (1) Lakukan latihan gerak pasif atau aktif Respon : Klien mengikutinya dan tidak terdapat gangguan pada saat gerak aktif maupun pasif (2) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap Respon : Klien dapat mengikuti perintah E : Masalah belum teratasi	
5	09 April 2023 Jam 08.00	1	S : (1) Ibu klien mengatakan demam anaknya sudah sedikit turun O : (1) TD : 110/90mmHg (2) Nadi : 88x/menit (3) RR : 21x/menit (4) Badan terasa panas (5) Suhu 37,5 derajat celsius (6) Klien masih lemas	Resa Fauziah

1	2	3	4	5
			A : (Hipotermia) teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi I : Jam 09.20 (1) Monitor suhu tubuh Respon : Suhu tubuh klien 37,5 derajat celsius (2) Monitor komplikasi akibat hipotermi Respon : Klien mengeluh lemas E : Masalah teratasi sebagian	
6.	09 April 2023 08.10	2	S : (1) Klien mengatakan nyeri di bagian abdomen sudah tidak ada O : (1) Klien tampak tenang (2) Tidak Meringis (3) Tidak memegang perutnya A : Masalah Nyeri Akut teratasi	Resa Fauziah
7.	09 April 2023 08.20	3	S : (1) Klien mengatakan sudah tidak merasa haus (2) Klien mengatakan lemas berkurang (3) Klien mengatakan sudah tidak berkeringat dingin O : (1) Tampak baik (2) Tidak berkeringat dingin lagi (3) Membrane mukosa sudah lembab (4) Turgor kulit kembali dalam 2 detik A : Masalah resiko ketidakseimbangan cairan teratasi	Resa Fauziah

1	2	3	4	5
8.	09 April 2023 08.30	5	S : (1) Ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak lemas (2) Aktifitasnya sudah tidak di bantu O : (1) Tampak baik (2) Aktifitas tidak di bantu A : Masalah teratasi	Resa Fauziah
9.	10 April 2023 08.05	1	S : (1) Ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak demam O : (1) TD : 110/90mmHg (2) Nadi : 88x/menit (3) RR : 21x/menit (4) Badan teraba panas (5) Suhu 36,3 derajat celsius A : (Hipetermia) teratasi P : Hentikan intervensi (Klien di perbolehkan pulang oleh dokter)	Resa Fauziah

B. Pembahasan

Setelah melaksanakan “Asuhan Keperawatan pada An. F dengan *Dengue Hemorrhagic Fever* di Ruang Melati RSUD CIAMIS”. Asuhan Keperawatan di laksanakan pada tanggal 07 april 2023 sampai dengan 10 april 2023. Penulis menemukan masalah- masalah berupa kesenjangan-kesenjangan antara teori yang di dapatkan dengan tindakan keperawatan yang di lakukan. Adapun pembahasan ini di bagi berdasarkan tahap proses keperawatan yaitu pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1. Tahap Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan, dimana dalam tahap ini penulis mengumpulkan data dari klien, keluarga, petugas kesehatan maupun dari pendokumentasian yang ada di ruangan. Data yang di peroleh merupakan data subjektif dan data objektif yang kemudian di analisis dan di rumuskan menjadi diagnosa keperawatan.

Pada tahap pengkajian, penulis menemukan data pada An. F dengan Demam Hemorrhagic Fever yaitu adanya peningkatan suhu tubuh pada An. F Suhu tubuh sebesar $38,7^{\circ}\text{C}$, Serta akral teraba hangat dan demam terjadi lebih dari 5 hari serta demam naik turun antara 37°C – 38°C . Suhu tubuh pada anak usia 12 tahun ke atas yaitu 36°C (sodikin, 2013) . Penyebab terjadinya demam pada DHF adalah karena adanya infeksi virus dengue yang ditransmisikan melalui gigitan nyamuk dengue. Setelah gigitan nyamuk akan terjadi masa inkubasi selama 3-14 hari yang kemudian diikuti oleh munculnya gejala demam, pusing, nyeri otot, hilangnya nafsu makan, mual

muntah, dan ruam pada kulit, demam berlangsung selama 2-7 hari (Widoyono, 2013).

Pada hasil pengkajian juga di temukan pasien nampak lemah, aktivitas di bantu. Kondisi ini terjadi karena adanya trombositopenia yang beresiko untuk terjadi pendarahan sehingga terjadi penurunan kebutuhan O₂ dan nutrisi yang berakibat pada perubahan metabolisme. Penurunan metabolisme ini menyebabkan munculnya gejala lemah, pusing, nadi dan respirasi meningkat (Erdin, 2018).

Pada hasil pengkajian juga di temukan pasien mengeluh nyeri di bagian abdomen atas (ulu hati), kondisi ini terjadi karena adanya peningkatan permeabilitas dinding kapiler yang mengakibatkan cairan keluar dari intravaskuler ke ekstrasvaskuler dan menyebabkan kelainan retikulo endothelial yang menyebabkan nyeri pada ulu hati (Erdin, 2018).

Pada hasil pengkajian juga di temukan pasien dan orang tua pasien tidak tahu tentang penyakit yang di alami oleh anaknya dan tampak bertanya-tanya, hal ini di sebabkan karena kurang nya paparan informasi (Erdin, 2018).

2. Tahap Diagnosa Keperawatan

Setelah di lakukan pengkajian penulis menemukan kesenjangan diagnosa dari teori dengan kenyataan, maka diagnosa yang muncul pada An.R dengan Dangué Hemorrhagich Fever adalah sebagai berikut :

- a) Hipertemi b.d proses penyakit (infeksi dangué)

Menurut (arif muttaqin, 2014) peningkatan suhu tubuh sehubungan

dengan ketidakmampuan tubuh untuk meningkatkan pengeluaran panas atau menurunkan produksi panas.

Pada Asuhan Keperawatan An.R dengan Dangué Hemorrhagich Fever di rumuskan diagnosa hipetermi b.d proses penyakit (infeksi dangué) di tandai dengan suhu 38,7 derajat celsius, demam di rasakan sudah 3 hari yang lalu, demam timbul pada sore dan malam hari.

Hipetermi terjadi karena adanya infeksi virus dangué yang di transmisikan melalui gigitan nyamuk dangué. Setelah gigitan klien akan mengalami proses inkubasi selama 3-14 hari kemudian diikuti oleh gejala berupa demam, pusing, nyeri otot, hilangnya nafsu makan, mual muntah dan ruam pada kulit (Widoyono, 2013).

b) Nyeri Akut b.d agen pencesera fisiologis

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2019) pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang 3 bulan.

Pada Asuhan Keperawatan An.R dengan DHF di rumuskan diagnosa Nyeri Akut b.d agen pencedera fisiologis di tandai dengan klien mengeluh nyeri di perut bagian atas (Ulu Hati), nyeri di rasakan klien seperti di tusuk-tusuk, nyeri hilang timbul, nyeri timbul saat klien hendak beraktifitas dan nyeri berkurang ketika klien beristirahat, skala nyeri 3 (0-5), adanya nyeri tekan pada daerah abdomen klien, klien tampak meringis dan tampak memegang perutnya.

Nyeri akut terjadi karena adanya peningkatan permeabilitas dinding kapiler yang mengakibatkan cairan keluar dari intravaskuler ke ekstrasvaskuler dan menyebabkan kelainan netikulo endotheleal dan terjadi nyeri pada ulu hati (Erdin, 2018).

c) Resiko Ketidakseimbangan Cairan b.d trombositopenia

Menurut (Georgiades, 2016) Keseimbangan cairan mengacu pada keseimbangan antara volume cairan yang keluar dari tubuh dan volume cairan yang masuk kedalam tubuh, perawat dan ahli gizi mengharapkan total keseimbangan cairan yang akurat untuk merencanakan perawatan yang tepat dan mengurangi komplikasi resiko pasca oprasi, komplikasi yang mungkin terkait dengan dehidrasi, mal nutrisi, dan ketidakseimbangan elektrolit.

Pada Asuhan Keperawatan An.R dengan DHF di rumuskan diagnosa Resiko Ketidakseimbangan Cairan b.d Pada DHF dapat mengalami keridakseimbangan cairan b.d trombositopenia di tandai dengan klien mengeluh sering merasa haus, lemas dan berkeringat dingin, membrane mukosa kering dan turgor kulit kembali >3 detik.

Resiko Ketidakseimbangan Cairan terjadi karena adanya penurunan trombosit yang drastis dan meningkatnya permeabilitas dari kapiler pembuluh darah sehingga mengalami syok hipovolemik dan pendarahan (Ngastiyah, 2013).

d) Intoleran Aktivitas b.d Kelemahan

Menurut (Wilkinson 2016) Intoleransi aktifitas adalah ketidakcukupan energi fisiologis atau psikologis yang di gunakan untuk melanjutkan atau menyelesaikan aktifitas sehari-hari yang ingin di lakukan.

Pada Asuhan Keperawatan An.R dengan DHF di rumuskan diagnosa Intoleran Aktivitas b.d Kelemahan di tandai dengan ibu klien mengatakan anaknya merasa lemas sejak 3 hari yang lalu, ibu klien mengatakan aktifitasnya anaknya seperti ke kamar mandi, Bab, Bak, di bantu, ibu klien juga mengatakan anaknya mudah lelah setelah beraktifitas seperti pulang dari kamar mandi dan tampak terbaring di tempat tidur.

Intolerans Aktivitas dapat terjadi karena perpindahan cairan ke ekstrasvaskuler sehingga terjadi penurunan kebutuhan O₂ dan nutrisi yang berakibat pada perubahan metabolisme. Penurunan metabolisme ini menyebabkan munculnya gejala lemah, pusing, nadi dan respirasi meningkat (Erdin, 2018)

d) Defisit Pengetahuan b.d kurang terpapar informasi

Menurut (Donsu, 2017) defisit pengetahuan merupakan kurangnya informasi, pelajaran, dan pendidikan seseorang mengenai suatu masalah atau topik tertentu. Karna pengetahuan merupakan suatu hasil dari rasa keingintahuan melalui proses sensoris, terutama pada mata dan telinga terhadap objek tertentu.

Pada Asuhan Keperawatan An.R dengan DHF di rumuskan

diagnosa Defisit Pengetahuan di tandai dengan ibu klien dan klien mengatakan tidak tahu tentang penyakit yang di alami anaknya, ibu klien tampak bertanya tentang penyakit yang di alami oleh anaknya.

3. Tahap Perencanaan

Pada tahap perencanaan, penulis tidak mendapatkan hambatan atau kesulitan karena adanya kerjasama, dukungan,, bantuan dari keluarga klien dan petugas kesehatan di ruangan sehingga terlaksananya perencanaan, menurut (SIKI 2018).

- a. Hipotermia b.d proses penyakit (infeksi dengue), Penanganan hipotermi dengan melakukan kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila, kompres merupakan tindakan mandiri, manfaat dari pemberian kompres dingin pada tubuh akan memberikan sinyal ke hipotalamus melalui sumsum tulang belakang yang di harapkan akan terjadi penurunan suhu tubuh, sehingga mencapai keadaan normal kembali (Handy,2016).
- b. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis. Penangan nyeri dengan kompres hangat pada area nyeri. Menurut (fajriyah dan winangsih 2013) kompres hangat pada area nyeri dapat mengurangi atau mencegah terjadinya spasme otot dan tujuannya untuk memperlancar sirkulasi darah dan mengurangi rasa sakit atau nyeri.
- c. Resiko Ketidakseimbangan cairan, penanganan Resiko Ketidakseimbangan Cairan dengan mencatat/memonitor intake dan output, bertujuan untuk menjaga keseimbangan cairan dan mencegah

anak mengalami dehidrasi, hal ini disebabkan karena adanya keseimbangan elektrolit dalam tubuh yang memacu meningkatnya nafsu makan dan asupan makanan yang kaya lemak sehingga asupan makanan dalam tubuh menurun, menurut (Gustam,Hardiyansyah,Briyawan,2017)

- d. Intoleransi Aktivitas b.d Kelemahan, penanganan intoleran aktivitas dengan melakukan gerak pasif dan aktif. Menurut (Rustianawati dan Hikmawan 2013) mobilisasi akan mencegah kekakuan otot dan sendi juga mengurangi nyeri,memperlancar peredaran darah,memperbaiki pengaturan metabolisme tubuh.
- e. Defisit pengetahuan, Penanganan defisit pengetahuan dengan menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan menggunakan leaflet. Menurut (Majid, 2013:177-178) leaflet sebagai bahan ajar yang singkat dan mudah di fahami.

4. Tahap Implementasi

Dalam tahap ini penulis melaksanakan asuhan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan yang telah ditetapkan.

Hipertermia, implementasi yang dilakukan yaitu kompres dingin pada dahi,leher,dada,abdomen,aksila membantu dalam penurunan suhu tubuh klien dan tubuh klien agar tetap dingin, Respon : Klien tampak tenang saat dilakukan kompres.

Nyeri akut, implementasi yang dilakukan yaitu, memberikan therapy nonfarmakologis dengan kompres hangat pada area nyeri, untuk mengurangi

rasa nyeri yang di rasakan klien, Respon : Setelah di lakukan kompres klien mengatakan nyeri nya berkurang.

Resiko ketidakseimbangan cairan, implementasi yang di lakukan yaitu, mencatat intake dan output untuk melihat adakah penurunan atau kelebihan dalam status cairan klien, memberikan cairan intravena untuk mencegah terjadinya dehidrasi, Respon : Klien terpasang infus RL 33tpm.

Intoleransi aktifitas, implementasi yang di lakukan yaitu melakukan latihan gerak aktif dan pasif untuk meningkatkan dan melatih massa otot dan gerak ekstermitas klien, Respon : Klien dapat melakukan keduanya.

Defisit pengetahuan, implementasi yang di lakukan yaitu, menyediakan materi leaflet untuk penunjang agar penyampaian materi lebih mudah dan menarik, Respon : Klien dapat mengerti dan memahaminya.

5. Evaluasi

Tahap evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang berguna untuk menilai kemajuan kondisi klien, yang telah mendapatkan asuhan keperawatan selama 3 hari. Setelah melaksanakan asuhan keperawatan pada An. R, penulis menemukan 5 masalah keperawatan, diantaranya Hipertermia, Nyeri Akut, Resiko ketidakseimbangan cairan, Intoleransi Aktifitas dan defisit pengetahuan. Semua masalah keperawatan teratasi.

Pada diagnosa Hipetermia di tandai dengan suhu tubuh di atas nilai normal, Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3 hari masalah teratasi dengan suhu 36,3 derajat celsius,TD 110/90 mmHg,Nadi 88x/menit,RR 21x/menit.

Pada diagnosa Nyeri Akut di tandai dengan pasien mengeluh nyeri , Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3 hari masalah teratasi dengan klien mengatakan nyeri di bagian abdomen sudah tidak ada,klien tampak tenang,tidak meringis, tidak memegang perutnya lagi.

Pada diagnosa Resiko Ketidakseimbangan Cairan masalah , Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3 hari masalah teratasi dengan klien mengatakan sudah tidak merasa haus lagi, lemas berkurang,sudah tidak berkeringat dingin, tampak baik, membrane mukosa baik,turgor kulit kembali dalam 2dtk.

Pada diagnosa Intoleransi aktivitas di tandai dengan pasien mengeluh lemas, Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3 hari masalah teratasi dengan ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak lemas dan aktifitasnya sudah tidak di bantu, tampak baik.

Pada diagnosa Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi, Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3 hari masalah teratasi dengan orang tua dan klien sudah mengerti dan faham tentang penyakit yang di alami anaknya, klien dapat menjelaskan kembali tentang penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS).

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulisan melaksanakan asuhan keperawatan pada An.R dengan *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF) di Ruang Melati RSUD CIAMIS, pada tanggal 07 April 2023 sampai dengan 01 April 2023, masalah klien dapat teratasi, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada An.R dengan *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF) di Ruang Melati RSUD CIAMIS
2. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada An.R dengan *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF) di Ruang Melati RSUD CIAMIS
3. Penulis mampu membuat rencana keperawatan pada An.R dengan *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF) di Ruang Melati RSUD CIAMIS
4. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada An.R dengan *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF) di Ruang Melati RSUD CIAMIS
5. Penulis mampu melaksanakan evaluasi pada An.R dengan *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF) di Ruang Melati RSUD CIAMIS
6. Penulis mampu membuat dokumentasi asuhan keperawatan pada An.R dengan *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF) di Ruang Melati RSUD CIAMIS

B. Rekomendasi

Setelah penulis memberikan asuhan keperawatan pada An.R dengan *Dangue Hemorrhagich Fever* (DHF) di Ruang Melati RSUD CIAMIS.

Penulis memberikan rekomendasi berupa :

1. Untuk Rumah Sakit

Keberhasilan dari pelaksanaan asuhan keperawatan di Rumah Sakit, harus didukung dengan penyediaan alat maupun fasilitas ruangan yang memadai. Bagitupun dengan pelayanan administrasi, medik dan keperawatan agar lebih ditingkatkan dengan menjunjung tinggi professional kerja, tanpa memandang status ekonomi masyarakat.

2. Untuk Tenaga Keperawatan di Ruangan

Diharapkan dapat terus melakukan pelayanan asuhan keperawatan yang optimal dan memberikan Edukasi terkait pencegahan DHF, kontrol cairan dan trombosit secara ketat terhadap pasien DHF untuk mengurangi resiko komplikasi akibat pendarahan spontan.

3. Untuk Keluarga

Keluarga klien untuk selalu mendukung klien dalam melakukan mobilisasi dini agar kondisi klien cepat pulih dan kembali bersemangat untuk sehat.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad Nor Vikri. 2019. *ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN DENGUE HAEMORRHAGIC FEVER (DHF) DI RUMAH SAKIT*.
- Ali. 2016. *Dasar-Dasar Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Asri, Khanitta Nuntaboot, and Pipit Festi Wiliyanarti. 2017. "Community Social Capital on Fi Ghting Dengue Fever in Suburban Surabaya , Indonesia : A Qualitative Study." *International Journal of Nursing Sciences* 4(4): 374–77.
- Candra, Aryu. 2017. "Dengue Hemorrhagic Fever : Epidemiology Pathogenesis ,and Its Transmission Risk Factors." 2(2): 110–19.
- Dinas Kesehatan Jawa Barat 2022. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat*. Jawa Barat.
- Dinkes Ciamis. 2022. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat*. Ciamis.
- Dinkes Provinsi Jawa Barat. 2022. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat*. Jawa Barat.
- Drs. H. Syaifuddin, AMK. 2016. *ANATOMI FISILOGI*. Jakarta. Erdin. 2018. *Pathway Dengue Hemorrhagic Fever*. Jakarta.
- Harmawan. 2018. *Dengue Hemorrhagic Fever*. Jakarta.
- Jing & Ming. 2019. "Dengue Epidemiology." *Global Health Journal* 3(2): 37–45. <https://doi.org/10.1016/j.glohj.2019.06.002>.
- Kemenkes RI. 2018. *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta. Kemenkes RI. 2019. *Laporan Nasional Dinas Kesehatan*. Jakarta. Kementerian Kesehatan RI. 2016. *Info Datin*. Jakarta.
- Mendiri N. K. & Prayogi, A. S. 2016. *Asuhan Keperawatan Anak & Bayi Resiko Tinggi*. Yogyakarta: PT Pustaka Baru. Murwani. 2018. *Patofisiologi Dengue Hemorrhagic Fever*. Jakarta.
- Pangaribuan, Anggy. 2017. "Faktor Prognosis Kematian Sindrom Syok Dengue." 15(5).

- Pare, Guillaume et al. 2020. "Genetic Risk for Dengue Hemorrhagic Fever and Dengue Fever in Multiple Ancestries." *EBioMedicine* 51: 102584. <https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2019.11.045>.
- Rampengan. 2017. *Penatalaksanaan Dengue Hemorrhagic Fever*. SDKI
- DPP PPNI. 2017. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. SIKI DPP
- PPNI. 2018. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*.
- SLKI DPP PPNI. 2019. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta.
- Sugiyono. 2016. *Metode Penelitian Kualitatif Dan R&D*. Jakarta: Alfabeta.
- Tedi Mulyadi. 2015. *Komponen Sistem Peredaran Darah*. Jakarta.
- Wang, Wen-hung et al. 2019. "International Journal of Infectious Diseases A Clinical and Epidemiological Survey of the Largest Dengue Outbreak in Southern Taiwan in 2015." *International Journal of Infectious Diseases* 88: 88–99. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2019.09.007>.
- WHO. 2016. *Prevention and Control of Dengue and Dengue Haemorrhagic Fever*.
- WHO. 2018. *Dengue Haemorrhagic Fever*. Jakarta.
- Widyorini, Prasti, Kintan Arifa Shafrin, Nur Endah Wahyuningsih, and Retno Murwani. 2017. "Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) Incidence Is Relatedto Air Temperature , Rainfall and Humidity of the Climate in Semarang City ,Central Java , Indonesia." (July 2018): 8–13.
- Wijayaningsih, Kartika Sari. 2017. *Asuhan Keperawatan Anak*. Jakarta: TIM. Wowor, Mariana S, Mario E Katuuk, and Vandri D
- Kallo. 2017. "Efektivitas Kompres Air Suhu Hangat Dengan Kompres Plester Terhadap Penurunan Suhu Tubuh Anak Demam Usia Pra-Sekolah Di Ruang Anak Rs Bethesda Gmim Tomohon." *e-Journal Kperawatan (eKp)* 5(2): 8.
- Yuliastati Nining. 2016. *Keperawatan Anak*. Jakarta

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Hari/tanggal : Senin, 10 April 2023
Waktu : 15 Menit
Tempat/Ruangan : Ruang Melati kamar 1 RSUD CIAMIS
Sasaran : Orang Tua An. R
Pelaksana : Resa Fauziah
Topik Penkes : Dengue Hemorrhagic Fever / DBD

A. Tujuan

1. Tujuan Instruksional Umum (TIU)

Setelah mengikuti penyuluhan kesehatan selama 15 menit, diharapkan orang tua pasien mengetahui dan memahami kasus DBD.

2. Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

Setelah mengikuti penyuluhan selama 15 menit, masyarakat diharapkan akan mampu :

- a. Menyebutkan Pengertian dan penyebab penyakit DBD.
- b. Menyebutkan 3 tanda dan gejala penyakit DBD
- c. Menyebutkan 2 cara pencegahan penanggulangan DBD

B. Materi

1. Pokok Bahasan :

- a. Dengue Hemorrhagic Fever / DBD

2. Sub pokok bahasan :

- Pengertian DBD
- Penyebab DBD
- Tanda dan gejala DBD
- Cara Penularan DBD

- Cara Pencegahan DBD

C. Metode

Diskusi, Tanya jawab.

D. Media

Leaflet, Lembar balik.

E. Kegiatan Belajar Mengajar (KBM)

1. Pendahuluan

Pembukaan dan menjelaskan tujuan

2. Penyajian

Menjelaskan materi (Sesuai TIK atau sub pokok bahasan)

3. Penutup

Merangkum dan melakukan evaluasi

F. Tahapan-tahapan

No.	Kegiatan	Penyuluh	Peserta	Waktu
1.	PEMBUKAAN	• Memberi salam dan pengenalan • Menjelaskan tujuan, manfaat dan cakupan materi	• Menjawab salam • Mendengarkan dan memperhatikan	3 menit
2	KEGIATAN INTI	• Menjelaskan pengertian penyakit dan penyebab penyakit DBD	• Mendengarkan dan memperhatikan	9 menit

		• Menjelaskan tanda dan gejala penyakit DBD. • Menjelaskan pencegahan dan pengobatan penyakit DBD. • Memberikan kesempatan untuk bertanya jika ada yang kurang jelas	• Memperhatikan dan menyimak. • Mendengarkan dan memperhatikan • Bertanya jika ada yang tidak jelas.	
3.	PENUTUP	• Mengevaluasi pengetahuan peserta penyuluhan tentang materi yang disampaikan dengan memberi pertanyaan • Menyimpulkan materi yang telah disampaikan. • Memberi salam	• menjawab pertanyaan • mendengarkan dan memperhatikan • menjawab salam	3 menit

G. Evaluasi

1. Evaluasi Struktur

- Kesiapan mahasiswa memberikan materi penyuluhan
- Media dan alat memadai

- Setting sesuai dengan kegiatan

2. Evaluasi Proses

- pelaksana dan sasaran mengikuti penkes sesuai waktu yang ditetapkan.
- sasaran aktif selama proses penkes
- sasaran mampu menjawab pertanyaan
- Pelaksana menyajikan semua materi secara lengkap dan jelas

3. Evaluasi Hasil

- 1) Sasaran mampu mendefinisikan Pengertian DBD
- 2) Sasaran mampu menyebutkan Penyebab DBD
- 3) Sasaran mampu menyebutkan Tanda dan gejala DBD
- 4) Sasaran mampu menjelaskan Cara Penularan DBD
- 5) Sasaran mampu menyebutkan Cara Pencegahan DBD

LAMPIRAN MATERI PENYULUHAN KESEHATAN

Demam Berdarah Dengue (DBD)

A. Defenisi

Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit yang disebabkan oleh virus dengue sejenis virus yang tergolong arbovirus dan masuk kedalam tubuh penderita melalui gigitan nyamuk aedes aegypti (betina). DBD menyerang anak-anak sampai dewasa.

B. Penyebab

Virus dengue yang terdapat pada nyamuk aedes aegypti.

C. Tanda dan gejala

1. Demam mendadak dengan suhu tubuh 38-40°C
2. Lemah dan lesu
3. Nyeri ulu hati
4. Bintik-bintik merah dikulit
5. Mimisan atau gusi berdarah
6. Bila semakin parah, penderita akan gelisah, ujung jari-jari terasa dingin (preshock)
7. Bila berlanjut maka penderita akan mengalami shock, denyut nadi susah diraba, bila tak segera ditolong akan dapat menyebabkan kematian.

D. Cara penularan

1. Anak yang terkena DBD mengandung virus
2. Apabila anak digigit oleh nyamuk aedes aegypti maka bibit penyakit tersebut masuk kedalam tubuh nyamuk dan bila nyamuk ini menggigit anak yang lain maka anak tersebut dapat tertular penyakit ini.

E. Cara pertolongan DBD

1. Memberi minum sebanyak-banyaknya.
2. Memberi obat penurun panas.
3. Memberi kompres air hangat saat panas tinggi.
4. Segera bawa ke pelayanan kesehatan.

F. Pencegahan

1. Menguras, mengubur, menutup dan telungkup barang-barang yang bisa menampung air.
2. Menguras bak mandi
3. Penyemprotan (fogging, pengasapan) yang sifatnya sementara
4. Abatesasi
5. Pemeliharaan ikan di kolam.
6. Telungkupkan wadah yang dapat menampung air.

DAFTAR PUSTAKA

Effendy,SKp. (2015).*Perawatan Pasien DHF*. Jakarta : EGC

Sarwono, Dr. (2013). *Buku Ajar :Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta : Balai Penerbit
Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

Staf pengajar FK UI. (2017) *Ilmu Kesehatan Anak*. Jakarta : Bagian Ilmu
Kesehatan Anak fakultas Kedokteran Universitas In

Gejala **AWAL**

- Mendadak panas tinggi selama 2 - 7 hari
- Tampak lemah dan lesu
- Timbul bintik merah pada kulit
- Sering terasa nyeri di ulu hati

Gejala **LANJUT**

- kadang terjadi pendarahan di hidung (mimisan) dan di bawah kulit
- Kadang terjadi muntah atau berak daah
- Bila sudah parah, penderita gelisah, tangan dan kaki dingin serta berkeringat.

**SEGERA BAWA
KE DOKTER!!!!**



**MENGURAS, MENUTUP,
MEMANFAATKAN**



- Memelihara ikan pemakan jentik nyamuk
- menggunakan obat anti nyamuk
- memasang kawat kasa pada jendela dan ventilasi
- tidak menggantung pakaian di dalam kamar
- menaburkan bubuk larvasida pada penampung air

**JANGAN
TERLAMBAT
CEGAH
DEMAM
BERDARAH**

NAMA : RESA FAUZIAH

NIM : KHGA 20104

*Program studi
D3 keperawatan*

DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD)

- Infeksi yang disebabkan oleh virus dengue yang dapat menyerang anak-anak dan dewasa serta dapat menyebabkan kematian.
- Ditularkan oleh gigitan nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*.



CIRI-CIRI NYAMUK AEDES AEGYPTI

Berwarna hitam dengan belang-belang putih pada seluruh tubuh

Aktif menggigit pada pagi-sore hari

Biasanya di tempat yang agak gelap dan lembab

Senang hinggap pada benda yang tergantung

GEJALA/TANDA



SAKIT KEPALA

DEMAM TINGGI
DISERTAI RUAM



NYERI SENDI & OTOT

MUAL & MUNTAH



SAKIT/NYERI PADA
ULU HATI

PERDARAHAN PADA
HIDUNG & GUSI



3M PLUS



MENGURAS

MENUTUP



MENGUBUR



PLUS

MENCEGAH GIGITAN
DAN PERKEMBANGAN
NYAMUK

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. BIODATA

Nama	: Resa Fauziah
Jenis Kelamin	: Perempuan
Tempat/Tanggal Lahir	: Garut, 18-10-2000
Agama	: Islam
Status Meritas	: Belum Menikah
Alamat	: Kp.Pakuwon, Rt/Rw.04/01, Kel.Sukanegla, Kec.Garut Kota, Kab. Garut

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

- MI AL-Hidayah Garut Kota
- SMP PEMUDA Garut
- SMA PEMUDA Garut
- Stikes Karsa Husada Garut Prodi D III Keperawatan

