

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. R DENGAN DEMAM
BERDARAH DENGUE (DBD) DI RUANG BAITUNNISA 1
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh:

Melati Kusumaningtyas

NIM. 40901800053

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2021**

HALAMAN JUDUL

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. R DENGAN DEMAM
BERDARAH DENGUE (DBD) DI RUANG BAITUNNISA 1
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKILTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

2021

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini saya susun tanpa tindakan plagiarismesesuai dengan ketentuan yan berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Semarang, 02 Juni 2021



(Melati Kusumaningtyas)

NIM. 40901800053

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah Berjudul :

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. R DENGAN DEMAM
BERDARAH DENGUE (DBD) DI RUANG BAITUNNISA 1
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

Disusun Oleh :

Nama : Melati Kusumaningtyas

Nim : 40901800053

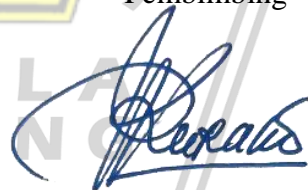
Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh pembimbing untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang pada :

Hari : Rabu

Tanggal : 02 Juni 2021

Semarang, 02 Juni 2021

Pembimbing



Ns. Kurnia Wijayanti, M. Kep

NIDN. 0628028603

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan FIK Universitas Islam Sultan Agung Semarang Pada Hari Senin dan telah diperbaiki sesuai masukan Tim Penguji.

Semarang, 16 Agustus 2021

Penguji I

Ns. Nopi Nur Khasanah, M.Kep. Sp.Kep. An (.....)
NIDN. 06 – 3011 – 8701

Penguji II

Ns. Indra Tri Astuti, M.Kep. Sp.Kep. An (.....)
NIDN. 06 – 1809 – 7805

Penguji III

Ns.Kurnia Wijayanti, M.Kep (.....)
NIDN. 06 – 2802 - 8603

Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Iwan Ardian, SKM., M.Kep.

HALAMAN PERSEMBAHAN

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Sembah sujud serta syukur kepada Allah SWT. Taburan cinta dan kasih sayang-Mu telah memberi kekuatan, membekaliku dengan ilmu. Atas karunia seta kemudahan yang Engkau berikan akhirnya Karya Tulis Ilmiah yang sederhana ini dapat terselesaikan. Shalawat dan salam selalu terlimpahkan kepada nabi Muhammad SAW.

Ku persembahkan karya tulis ilmiah ini kepada orang yang sangat kukasihi dan kusayangi.

Ayahanda dan Ibunda Tercinta

Sebagai tanda bakti, hormat dan rasa terima kasih yang tiada terhingga kupersembahkan karya tulis ilmiah ini kepada Ayah saya (Sunarto) dan ibu saya (Ngatemi) yang telah memberikan kasih sayang, secara dukungan baik moril maupun materi, ridho dan cinta kasih yang tiada mungkin dapat kubalas hanya dengan selembarnya yang bertuliskan kata persembahan. Semoga ini menjadi langkah awal untuk membuat ayah dan ibu bahagia karena kusadar, selama ini belum bisa berbuat lebih. Terima kasih Ayah.. Terima kasih ibu

HALAMAN MOTTO

“ Allah tidak membebani seseorang itu melainkan sesuai dengan kesanggupannya” (Qs. Al – Baqarah : 286)

Percayalah bahwa kita bisa untuk melewatinya, dengan senyum yang tak akan pernah redup, dengan semangat yang tak akan pernah kering, dan dengan lelah yang kelak akan menjadi lillah. Sebab kita tengah berusaha untuk mendapatkan nilai akhir yang istimewa hanya dari-Nya. Karena yang kita lakukan? Hanya semata – mata untuk mendapatkan rahmat dan ridho Allah.

Jadikanlah hal itu prinsip kita dalam setiap langkah ikhtiar ini , agar engkau dapat melihat jalan kebenaran & kebaikan.

Pelangi datang hanya ditujukan bagi mereka yang sabar menunggu.

_mdp

Jangan membenci siapapun, tak peduli seberapa banyak kesalahan ang mereka lakukan terhadapmu.

Hiduplah dengan rendah hati, tak peduli seberapa banyak kekayaanmu.

Berpikirlah positif, tak peduli seberapa keras kehidupan yang kamu jalani.

Berikanlah banyak, meskipun menerima sedikit.

Tetapla menjalin hubungan dengan orang – orang yang telah melupakanmu, maafkanlah orang yang berbuat salah padamu, dan jangan berhenti mendoakan yang terbaik untuk oran yang kau sayangi.

Ali Bin Abi Thalib -

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Warohmatullohi Wabarokatuh

Alhamdulillahirobbil'alamiin, dengan mengucapkan syukur atas kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. R DENGAN DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD) DI RUANG BAITUNNISA 1 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG".

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Berbagai hambatan yang penulis hadapi dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, namun semuanya dapat selesai berkat bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu penulis ucapkan terima kasih kepada :

1. Allah SWT yang telah memberikan kesehatan, kekuatan, keberkahan, dan kelancaran, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Bapak Drs. H. Bedjo Santoso, MT., Ph.D selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Bapak Iwan Ardian, SKM, M.Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Bapak Ns. Muh Abdurrouf, M.Kep., selaku Ketua Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
5. Ibu Ns. Kurnia Wijayanti, M.Kep, selaku dosen wali dan dosen pembimbing yang telah berkenan meluangkan waktu untuk memberikan motivasi, bimbingan dan pengarahan pada penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

6. Seluruh Dosen Pengajar dan Staff Karyawan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung yang telah memberikan ilmu dan bantuan kepada penulis selama kurang lebih tiga tahun dalam menempuh studi.
7. Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk praktek disana, dan dapat mengaplikasikan ilmu yang telah saya peroleh dari kampus sehingga saya dapat mengambil studi kasus untuk Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Kepala ruang dan seluruh perawat di ruang Baitunnisa 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan izin untuk penulis mengambil kasus untuk Karya Tulis Ilmiah di ruang tersebut.
9. Kedua Orang Tua, Ayah (Sunarto) dan Ibu (Ngatemi) tercinta yang selalu mendoakan dengan ikhlas untuk kesuksesan penulis, selalu mencurahkan kasih sayang, mengingatkan untuk tetap beribadah dan memberikan semangat serta dukungan penuh baik moril dan materi yang diberikan kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan.
10. Special people (Bangtanboys, Exo, Nct) dan Sahabat - sahabat (Diana, Indra, Agung, Hasdian, Elisa, Syania, Marsianda, Anang, Nila) tercinta yang selalu menjadi support system, penasehat, penguat, penyemangat terbaik dalam hidup penulis.
11. Teman terdekat, Mevilia, Septianna, Ditania, Melfiana, Jazimatul, dan teman sekelompok karya tulis ilmiah yang saling memberikan motivasi, nasihat, dukungan dan selalu mendoakan satu sama lain.
12. Teman - teman seperjuangan DIII Keperawatan 2018 dan semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu.
13. Akang dan Tete Organisasi Unit Kegiatan Mahasiswa Tarung Derajat Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang selalu memberikan semangat dan motivasi kepada penulis untuk tidak menyerah dan jadikanlah dirimu oleh diri sendiri.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih sangat banyak membutuhkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat berguna bagi penulis dan pembaca dapat memberikan peningkatan pelayanan keperawatan dimasa mendatang.

Wassalamu'alaikum Warohmatullohi Wabarokatuh

Semarang, 02 Juni 2021

Penulis

Melati Kusumaningtyas



DAFTAR ISI

| | |
|--|------|
| HALAMAN JUDUL | ii |
| PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME | iii |
| HALAMAN PERSETUJUAN | iv |
| HALAMAN PENGESAHAN | v |
| HALAMAN PERSEMBAHAN | vi |
| HALAMAN MOTTO | vii |
| KATA PENGANTAR | viii |
| DAFTAR ISI | xi |
| DAFTAR GAMBAR | xiv |
| BAB I PENDAHULUAN | 1 |
| A. Latar Belakang | 1 |
| B. Tujuan Penulisan | 3 |
| 1. Tujuan Umum | 3 |
| 2. Tujuan Khusus | 3 |
| C. Manfaat Penulisan | 3 |
| 1. Bagi Institusi Pendidikan | 4 |
| 2. Bagi Profesi Keperawatan | 4 |
| 3. Bagi Lahan Praktik | 4 |
| 4. Bagi Masyarakat | 4 |
| BAB II TINJAUAN TEORI | 5 |
| A. Konsep Anak Usia Sekolah | 5 |
| 1. Pengertian Anak | 5 |
| 2. Tumbuh Kembang Anak | 5 |
| 3. Faktor yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang | 6 |
| 4. Tahap Perkembangan Usia Sekolah | 7 |
| B. Konsep Dasar Penyakit DBD | 8 |
| 1. Pengertian | 8 |
| 2. Etiologi | 8 |

| | |
|--|----|
| 3. Patofisiologi | 9 |
| 4. Klasifikasi | 11 |
| 5. Manifestasi Klinis | 11 |
| 6. Pemeriksaan Diagnostik..... | 12 |
| 7. Penatalaksanaan..... | 14 |
| 8. Komplikasi | 16 |
| C. Konsep Dasar Keperawatan..... | 16 |
| 1. Pengkajian | 16 |
| 2. Diagnosa Keperawatan dan Fokus Intervensi Keperawatan | 20 |
| D. Pathways..... | 25 |
| BAB III Laporan Asuhan Keperawatan | 26 |
| A. Pengkajian..... | 26 |
| 1. Identitas..... | 26 |
| 2. Keluhan Utama | 26 |
| 3. Riwayat Penyakit Sekarang..... | 26 |
| 4. Riwayat Masa Lampau | 27 |
| 5. Riwayat Keluarga | 28 |
| 6. Riwayat Sosial | 29 |
| 7. Keadaan Kesehatan Saat ini | 29 |
| B. Pengkajian Pola Fungsional Menurut Gordon..... | 29 |
| 1. Persepsi Kesehatan atau Penanganan Kesehatan | 29 |
| 2. Nutrisi / Metabolik..... | 29 |
| 3. Eliminasi | 30 |
| 4. Aktivitas | 30 |
| 5. Tidur / Istirahat | 30 |
| 6. Kognitif /Perseptual | 31 |
| 7. Persepsi Diri / Konsep Diri | 31 |
| 8. Peran / Hubungan | 31 |
| 9. Seksualitas / Reproduksi | 31 |
| 10. Koping / Toleransi Stress | 31 |
| 11. Nilai / Kepercayaan..... | 31 |

| | |
|--|----|
| C. Pemeriksaan Fisik | 32 |
| 1. Keadaan Klien | 32 |
| 2. Pemeriksaan Jantung, Paru dan Abdomen | 32 |
| 3. Genitalia | 33 |
| 4. Ekstremitas | 33 |
| 5. Kulit | 33 |
| D. Pemeriksaan Perkembangan | 33 |
| E. Therapy | 34 |
| F. Pemeriksaan Penunjang | 34 |
| G. Analisa Data | 37 |
| H. Planning atau Intervensi Keperawatan | 38 |
| I. Implementasi Keperawatan | 39 |
| J. Evaluasi Keperawatan | 42 |
| BAB IV PEMBAHASAN | 44 |
| A. Pengkajian | 44 |
| B. Diagnosa Keperawatan | 46 |
| C. Tambah Diagnosa Keperawatan | 52 |
| BAB V PENUTUP | 54 |
| A. Kesimpulan | 54 |
| B. Saran | 55 |
| 1. Bagi Institusi | 55 |
| 2. Bagi Lahan Praktek | 55 |
| 3. Bagi Masyarakat | 55 |
| DAFTAR PUSTAKA | 56 |
| LAMPIRAN | 61 |

DAFTAR GAMBAR

| | |
|---|----|
| Gambar 1. Pathway..... | 25 |
| Gambar 2. Genogram Keluarga Pasien..... | 28 |



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Demam Berdarah *Dengue* (DBD) tengah menjadi salah satu kasus utama kesehatan bangsa Indonesia. Bertambahnya total penderita serta luas persebaran DBD bersamaan meningkatnya mobilitas dan kepadatan penduduknya. Penyakit ini banyak dijumpai di daerah beriklim tropis dan subtropis. Menurut data dari seluruh dunia, Benua Asia mendiami urutan pertama kuantitas penderita demam berdarah setiap tahunnya.. *World Health Organization* (WHO) menyebutkan pada tahun 2009 bahwa Indonesia memiliki jumlah kasus demam berdarah tertinggi di kawasan Asia Tenggara, dari tahun 1968 hingga tahun 2009(Kementerian Kesehatan RI, 2010).

Menurut data dari Profil Kesehatan Indonesia (Kementerian Kesehatan RI, 2020) menunjukkan *Incidence Rate* (IR) atau Angka Kejadian DHF di Indonesia pada tahun 2018 tercatat sebanyak 65.602 kasus (IR= 24,75 per 100.000 penduduk) dan 138,127 kasus (IR= 51,48 per 100.000 penduduk) meninggi pada tahun 2019. *Case Fatality Rate* (CFR) ataupun jumlah kematian pada tahun 2018 sebanyak 467 (CFR= 0,71%) dan mengalami peningkatan tahun 2019 tercatat 919 (CFR= 0,67%). Menurut data Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, Kabupaten Karanganyar memiliki angka kasus teratas sebesar 94,5 per 100.000 penduduk, sedangkan Kabupaten Grobogan sebesar 5,7 per 100.000 penduduk menyandang angka kejadian terendah. Angka Kejadian dalam Kota Semarang sebesar 24,3 per 100.000(Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2019)

Data yang menunjukkan angka kejadian DBD pada anak di Kota Semarang berdasarkan golongan umur jika dilihat dari sudut yang lebih

luas maka golongan usia balita dan usia anak sekolah paling dominan dengan golongan umur 5 – 9 tahun sebanyak 507 kasus (29,2%) dan terendah pada golongan umur > 60 tahun dengan 3 kasus sebesar 0,2%(Dinas Kesehatan Kota Semarang, 2016) Data menunjukkan kejadian DBD pada anak di Kota Semarang bahwa paling banyak 65% berusia 5 – 14 tahun dan paling sedikit 6% berusia 25 – 54 tahun (Prasetyowati, 2019).

Berdasarkan data dari Rekam Medik Rumah Sakit Islam (RSI) Sultan Agung Semarang pada 3 bulan terakhir (Desember 2020 – Februari 2021) menunjukkan bahwa kasus DBD sebanyak 15 kasus. Data menunjukkan kejadian DBD pada anak berusia sebanyak 12 kasus dengan usia antara 5 – 13 Tahun, sedangkan pada orang dewasa terdapat 3 kasus dengan usia 20 – 34 tahun. Penderita kasus DBD yang dirawat di RSI Sultan Agung pada 3 bulan terakhir (Desember 2020 – Februari 2021) yang dapat sembuh 15 orang(Medik, 2021).

Dengue Syok Sindrom (DSS) komplikasi yang dapat terjadi pada penderita DBD dimana keseimbangan cairan elektrolit seperti hipotermia, hipokalsemia dan overhidrasi dapat menyebabkan gagal jantung kongestif dan atau dengan edema paru yang dapat berujung kematian. Penderita demam berdarah dengue yang mengalami syok dan berakhir dengan kematian apabila penanganannya yang tidak adekuat sekitar 30% - 50%(Tansil et al., 2021). Dibandingkan dengan kelompok usia lainnya, pasien yang berusia 5 – 10 tahun menggambarkan kelompok dengan DBD terbesar, mengenai ini sirama atas tinggi insiden syok terhadap kelompok usia ini. Tercantum jumlah pasien DBD 46% yang mengalami syok, usia 5 – 10 tahun sebesar 49,8%, usia <1 tahun terdapat 4 pasien sebesar 1,5 % (Mayetti, 2016).

Menurut Rasyada et al., (2014) Pengenalan demam berdarah saat masuk rumah sakit dapat menentukan prognosis pada pasien. Pemeriksaan laboratorium yang mendukung diagnosis DBD ialah pemeriksaan hematokrit dan jumlah kadar trombosit. Perawat dapat melaksanakan

asuhan keperawatan dengan rndakan secara mandiri maupun kolaboratif, seperti pemberian nutrisi beserta cairan yang adekuat, memperhatikan tanda gejala dehidrasi dan perdarahan, mengamati tanda – tanda vital dan hasil trombosit, menyarankan tirah baring, pemberian cairan serta antipiretik sesuai petunjuk (Nursalam, 2013 dalam Haerani & Nurhayati, 2020).

Berdasarkan penjabaran dari latar belakang diatas maka penulis terdorong untuk menulis topik dengan tajuk “Asuhan Keperawatan pada An. R dengan Demam Berdarah Dengue (DBD) di ruang Baitunnisa 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Dapat melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif pada An. R dengan Demam Berdarah *Dengue* (DBD) di Ruang Baitunnisa 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi proses pengkajian keperawatan pada An. R dengan masalah Demam Berdarah *Dengue* (DBD).
- b. Mengidentifikasi masalah keperawatan yang muncul pada An. R.
- c. Mengidentifikasi intervensi keperawatan yang tepat untuk An. R.
- d. Mengidentifikasi implementasi keperawatan pada An. R.
- e. Mengidentifikasi evaluasi keperawatan pada An. R.
- f. Mampu menemukan kesenjangan yang terdapat dalam asuhan keperawatan pada An. R dengan masalah Demam Berdarah *Dengue* (DBD).

C. Manfaat Penulisan

Karya tulis ilmiah yang disusun oleh penulis diharapkan dapat bermanfaat bagi pihak – pihak yang terkait, antara lain:

1. Bagi Institusi Pendidikan

Mengembangkan ilmu keperawatan untuk departemen keperawatan anak dan perawat yang berkompentensi dalam melaksanakan tindakan auhan keperawatan yang komprehensif dengan pasien Demam Berdarah *Dengue* (DBD).

2. Bagi Profesi Keperawatan

Memberikan asuhan keperawatan pada anak dengan penyakit Demam Berdarah *Dengue* (DBD) dan meningkatkan ketrampilan perawat dalam keperawatan anak.

3. Bagi Lahan Praktik

Dapat digunakan sebagai bahan pembelajaran dalam asuhan keperawatan pada anak yang menderita Demam Berdarah *Dengue* (DBD) dan untuk meningkatkan kualitas pelayanan yang ideal terkhususnya pada anak - anak.

4. Bagi Masyarakat

Masyarakat dapat memahami tentang kesehatan pada anak serta mencegah komplikasi Demam Berdarah *Dengue* (DBD).



BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Anak Usia Sekolah

1. Pengertian Anak

World Health Organization (WHO) Anak ialah sejak anak di dalam kandungan sampai mencapainya usia 19 tahun. Sedangkan Menurut definisi Undang – Undang Republik Indonesia tentang Perlindungan Anak Nomor 23 Tahun 2002, pasal 1 ayat 1, Anak adalah seseorang yang belum berusia 18 tahun, termasuk anak yang masih di dalam kandungan. Anak merupakan aset bangsa dan generasi penerus cita – cita perjuangan bangsa yang akan menentukan masa depan suatu bangsa. Oleh karena itu anak harus diperhatikan pertumbuhannya dan perkembangannya (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Anak adalah individu yang mengalami serangkaian perubahan perkembangan dari masa bayi hingga remaja. Selama perkembangan anak – anak memiliki karakteristik yaitu fisik, kognitif, kenseptual diri, pola koping dan perilaku sosial (Yuliastati & Nining, 2016).

Menurut Sarayati (2016) Periode anak – anak pertengahan atau masa leten pada usia 6 – 12 tahun yaitu masa untuk mempunyai tentangan yang baru. Anak – anak pada usia sekolah ini memiliki kemampuan untuk melakukan evaluasi dirinya sendiri dan evaluasi berasal dari teman – temannya, hal ini dari faktor kekuatan kognitif yang diberikan pada waktu yang bersamaan.

2. Tumbuh Kembang Anak

Proses aktif menjadi acuan pada istilah pertumbuhan dan perkembangan yang mempengaruhi faktor pendewasaan , lingkungan dan keturunan dapat menggambarkan proses berkesinambungan,

runtut dan bersambungan menurut (Kozier, Erb, Berman, & Snyder, 2011 dalam Sarayati, 2016).

3. Faktor yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang

Secara universal faktor keturunan serta faktor lingkungan menjadi faktor penentu yang berpengaruh dalam tumbuh kembang si anak Menurut Nurlaila, Utami, dan Wuri (2018) :

- a. Faktor Keturunan atau genetik merupakan faktor yang diperlukannya untuk mencapai hasil akhir proses tumbuh kembang anak. Ciri dari faktor ini ialah sel telur yang telah dibuahi, sehingga diketahui kualitas dan kuantitas tumbuh kembang anak. Keturunan atau warisan yang berkualitas tinggi harus dikembangkan dengan cara terbaik. Anak perlu diajarkan untuk beradaptasi dalam bentuk terintergasi ke dalam lingkungan yang positif sehingga dapat mengembangkan potensinya dengan hasil yang terbaik. Namun, disisi lain, ada juga penyakit genetik antara lain *Down Syndrome* dan *Turner Syndrome* penyebabnya adalah kelainan pada kromosom.
- b. Faktor Lingkungan mempengaruhi tumbuh kembang yaitu lingkungan prenatal dan lingkungan postnatal. Ini termasuk lingkungan prenatal, seperti nutrisi selama kehamilan, radiasi, stres, hipoksia embrionik, adanya racun atau bahan kimia, kekebalan dan lain - lain.
- c. Faktor Biologis mempengaruhinya pertumbuhan dan perkembangan anak, seperti ras atau suku, jenis kelamin, usia, nutrisi, perawatan kesehatan, kepekaan terhadap penyakit, penyakit kronis, fungsi metabolisme dan hormon.
- d. Faktor Fisik dapat memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak ialah cuaca atau musim keadaan geografis, sanitasi, radiasi.
- e. Faktor Psikososial yang dapat memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak, seperti stimulasi, motivasi belajar, keluarga,

teman sebaya, sekolah, stress, cinta dan kasih sayang kasih sayang(Nurlaili, 2020).

4. Tahap Perkembangan Usia Sekolah

Berikut tahapan perkembangan pada anak usia sekolah menurut(Sarayati, 2016) :

a. Pertumbuhan Fisik

Menurut Behrman, Kliegman, & Arvin (2000 sepanjang periode ini, Pertumbuhan tahunan rerata 2,5 inchi atau 6 sentimeter dan 3 samapai 3,5 kilogram. Lingkar kepala hanya 2-3 cm, yang menunjukkan bahwa pada usia 7 tahun, karena mielinisasi sempurna, pertumbuhan otak melambat. Tahap ini, kontras antar individu faktor keturunan dan lingkungan menjadi penyebab peningkatan berat badan. Anak berusia 6 tahun memiliki kenaikan pada tinggi badannya (anak laki – laki dan anak perempuan) sama, sekitar 115 cm. Setelah usia 12 tahun, tingginya sekitar 150 cm.

b. Pertumbuhan kognitif

Pada anak usia sekolah terletak dalam daya berpikir rasional terhadap konsidi saat ini dan disini, lain konsep abstraks. Persepsi tak lagi mendominasi pemikiran pada anak – anak usia sekolah dan pemahaman mereka tentang seluruh dunia.

c. Pertumbuhan Spiritual

Menurut Kozier, Erb, Berman, & Snyder(2011) mengatakan bahwa anak usia sekolah bisa mengutarakan beberapa pertanyaan mengenai Sang Pencipta beserta Keyakinan yang di anut dan secara universal memercayai bahwa Tuhan akan selamanya ada dan baik dalam menolong.. Orang tualah yang dapat mempengaruhi keputusan dari sang anak.

B. Konsep Dasar Penyakit DBD

1. Pengertian

Demam Berdarah *Dengue* (DBD) yakni virus *Dengue* yang berasal dari genus *Flavivirus*, famili *Flaviviridae* menjadi penyebab penyakit ditularkanya ke manusia lewat gigitan nyamuk dari genus *Aedes*, terutama *Aedes aegypti* atau *Aedes albopictocus* yang terkontaminasi oleh virus tersebut (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

Penyakit DBD merupakan penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus *dengue* yang berat dengan ditandainya gejala panas yang mendadak, perdarahan, dan kebocoran plasma yang dibuktikananya dengan adanya penurunan jumlah trombosit, meningkatnya hematokrit, adanya efusi pleura yang disertai adanya penurunan kadar albumin, protein, dan natrium (Suroso, 1984 dalam Nisa et al., 2013).

Menurut (Indriyani & Gustawan, 2020) DBD adalah infeksi virus dengan adanya petunjuk kebocoran pada plasma darah (*plasma leakage*). Tanda - tanda awal demam dengan suhu 39 – 40° C dan bifastik, demam berdarah *dengue* dapat menyamai demam *dengue* biasa. Terjadinya perubahan pada faal hemostatis dan *plasma leakage*, diketahuinya dari DBD. Terdapat tanda dari kelainan dapat dilihat menurunnya kadar trombosit darah (trombositopenia) beserta meningkat kadar hematokrit.

2. Etiologi

Menurut Irianto (2014) Penyakit Demam Berdarah *Dengue* (DBD) yang disebabkan oleh virus *dengue* yang termasuk dalam kelompok *Arthropoda Borne Virus* (Arboviroses). Virus ini masuk kedalam genus *Flavivirus*, famili *Flaviviridae* dan memiliki 4 macam serotype virus, yaitu DEN-1, DEN-2, DEN-3 dan DEN-4. Ke - 4 serotype ini dapat ditemukan dan sudah bersikulasi sepanjang tahun, dengan orang yang tinggalnya didaerah endemik *dengue* dapat terkena

infeksi oleh tiga atau empat serotype sepanjang hidupnya. Serotype yang terbanyak dan berhasil diisolasi sebesar (48,6%) yaitu serotype DEN-3, kemudian diikuti serotype DEN-2 (28,6%), serotype DEN-1 (20%) dan serotype DEN-4 sebesar (2,9%). Berbagai daerah di Indonesia sudah ditemukan keempat serotype virus *dengue* tersebut. Di dalam suatu penelitian menunjukkan bahwa adanya DEN-3 yang menggambarkan serotype yang paling menonjol dapat menyebabkan terjadinya kasus yang berat dan termasuk serotype yang paling luas distribusinya lalu diikuti serotype DEN - 2 ,DEN - 1 dan DEN - 4(Pujiarti, 2016).

3. Patofisiologi

Menurut (Candra, 2019) Virus dengue yang sudah masuk ke dalam tubuh penderita akan menyebabkan viremia. Ini menyebabkan reaksi oleh pusat pengatur suhu di hipotalamus yang mengarah ke (pelepasan bradikinin, serotonin, trombin, histamin) terjadinya: kenaikan suhu. Selain itu, viremia menyebabkannya dinding pembuluh darah mengalami pelebaran ini menyebabkan cairan dan plasma berpindah dari pembuluh darah (intravascular) ke ruang intersisiel, sehingga volume darah tidak mencukupi. Trombositopenia bisa terjadi penurunan produksi trombosit karena respon antibodi terhadap virus.

Pada penderita dengan trombositopenia dapat ditandai adanya perdarahan kulit, seperti petekia atau. perdarahan dari mukosa mulut. Hal ini menyebabkan tubuh kehilangan kemampuannya untuk melakukan mekanisme hemostatis yang normal. Hal tersebut dapat menyebabkan perdarahan dan jika tidak tertangani maka akan menimbulkan syok. Masa inkubasi virus dengue ialah 3-15 hari, dengan rata-rata 5-8 hari. Virus yang masuk ke dalam tubuh melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti*. Kejadian pertamanya ialah viremia, dapat menyebabkan nyeri otot, demam, mual, sakit kepala, ruam

merah di kulit, tenggorokkan mengalami hiperemia kemungkinan lain yaitu limfadenopati (pembesaran kelenjar getah bening), dan pembesaran hati (hepatomegali).

Virus lalu bertemu dengan antibodi yang akan membentuk kompleks virus antibodi. Dalam sirkulasi, sistem komplemen diaktifkan. Karena aktivasi C3 dan C5, maka C3a dan C5a dilepaskan. Kedua peptid dapat melepaskan histamin ialah jembatan kuat, yang bertindak sebagai komponen untuk meningkatkannya permeabilitas dinding kapiler pembuluh darah hal ini menimbulkan terjadinya peningkatan plasma ke ruang ekstraseluler. Plasma ke ruang ekstraseluler dapat menyebabkan kehilangan volume plasma, hipotensi, hemokonsentrasi dan hipoproteinemia, serta efusi (cairan) juga renjatan (syok). Kadar sel darah merah dalam darah (Hematokrit) mengalami peningkatan >20% hal ini membuktikan adanya kebocoran (penembusan) sehingga nilai hematokrit menjadi utama sebagai dasar untuk manajemen pemberian cairan intravena.

Adanya timbunan cairan di dalam rongga serosa (rongga peritonium, pleura, dan pericardium) menegaskan adanya kebocoran plasma ke daerah ekstra vaskuler, dan hasil otopsi menunjukkan bahwa cairan ini melebihi cairan yang diberikan melalui infus. Setelah tindakan infus intravena, peningkatan jumlah trombosit menunjukkan kebocoran plasma telah teratasi. Oleh karena itu, kecepatan dan jumlah infus intravena harus dikurangi untuk mencegah edema paru dan gagal jantung. Namun jika tidak segera mendapat cairan yang cukup, pasien akan mengalami kekurangan cairan, hal ini menyebabkan keadaan fisik yang buruk bahkan bisa mengalami (syok). Jika syok atau hipovolemik berlangsung lama maka timbul anoksia jaringan, metabolik asidosis dan kematian apabila tidak segera diatasi dengan baik.

4. Klasifikasi

Menurut (Candra, 2010) DBD diklasifikasikan menjadi empat, yaitu :

- a. Derajat I : Demam dengan gejala tidak khas, perdarahan spontan, uji tourniquet positif, trombositopenia, dan hemokonsentrasi.
- b. Derajat II : Gejala derajat I diikuti perdarahan spontan dikulit atau perdarahan lain.
- c. Derajat III : Ditemukan adanya tanda kegagalan sirkulasi, berupa nadi cepat & lemah, penurunan tekanan nadi (≤ 20 mmHg), hipotensi, sianosis disekitar mulut, akral dingin, kulit lembab, pasien tampak gelisah.
- d. Derajat IV : Renjatan syok berat (*Profoud shock*) dengan nadi yang sulit diraba serta tekanan darah sulit diukur.

5. Manifestasi Klinis

Demam berdarah dengue (DBD) ditegakkan dengan kriteria diagnosis yang dipublikasikan oleh WHO pada tahun 2014. Kriteria ini terdiri dari kriteria klinis dan laboratorium.

a] Gejala Klinis

- a. Demam tinggi, berlangsung selama 2-7 hari, tanpa sebab yang jelas
- b. Ciri – ciri mikrobleding: Tes torniquet (+), – Ekimosis, petekie, dan purpura, Epistaksis, perdarahan pada mukosa, perdarahan pada gusi, serta hematemesis melena.
- c. Pembesaran hati.
- d. Nadi cepat (takikardia), perfusi jaringan buruk ditambah dengan nadi lemah, penurunan tekanan nadi (< 20 mmHg), hipotensi dengan akral dingin dan/atau tampak gelisah.

b] Kriteria Laboratorium

- a. Trombositopenii (100.000/ μ l atau kurang).
- b. Hemokonsentrasi, (terlihat dari peningkatan hematokrit $>20\%$).

Untuk menentukan diagnosis klinis DBD cukup memenuhi dua kriteria pertama ditambah kadar trombosit (trombositopenia) dan peningkatan hematokrit. Adanya hepatomegali pada dua kriteria pertama juga dapat menjadi tanda DBD sebelum terjadinya plasma leakage. Efusi pleura yang terlihat dari gambaran radiologis dapat menjadi bukti objektif kebocoran plasma (Indriyani & Gustawan, 2020).

6. Pemeriksaan Diagnostik

Pada pasien yang diduga menderita DBD, pemeriksaan darah lengkap seperti pemeriksaan hemoglobin, hematokrit, dan trombosit dilakukan setiap 2 – 4 jam pada hari pertama pengobatan. Selain itu, pemantauan dilakukan pengawasan setiap 6 – 12 jam selama perjalanan penyakit.

a. Uji tourniquet

Tujuannya ialah untuk menguji resistensi kapiler menggunakan bendungan vena, untuk mendorong darah menuju ke dinding kapiler. Dinding kapiler yang lebih lemah akan rusak oleh bendungan itu, darah di dalam kapiler bocor keluar dari kapiler dan menembus ke jaringan sekitarnya, membentuk bintik – bintik kecil dipermukaan kulit.

b. Hemoglobin

Kadar hemoglobin darah ditentukan bermacam cara, yaitu melalui sahli dan sianmethemoglobin. Di 28 laboratorium metode sianmethemoglobin (fotolistrik) banyak digunakan karena hasilnya dianggap lebih akurat dan lebih cepat daripada sahli. Nilai normal untuk pria 13-15 gr/dl dan nilai normal untuk wanita ialah 12-14 gr/dl.

c. Hematokrit

Nilai hematokrit adalah volume semua sel darah merah (eritrosit) dalam 100 mililiter darah, yang disebut presentase volume darah. Biasanya nilai ini ditunjukkan oleh darah vena atau darah kapiler.

Nilai normalnya ialah 40-48 vol% untuk pria dan 37-43 vol% nilai normal untuk wanita. Pengukuran hematokrit bisa sangat akurat, dengan kesalahan metodis rata-rata sekitar 2%. Hasilnya terkadang sangat penting dalam menentukan situasi klinis yang mengarah pada tindakan darurat.

d. Trombosit

Trombosit sukar dihitung karena mudah sekali pecah dan sukar dibedakan dari kotoran kecil. Jumlah trombosit dalam keadaan normal sangat dipengaruhi oleh cara menghitungnya, sering dipastikan nilai normal itu antara 150.000 – 400.000/ μ l darah (Centers for Disease Control and Prevention pada tahun 2009 dalam Darmawan, 2019)

e. Radiologi

Pada posisi rontgen dada, "*Right Lateral Decubitus*" dapat mendeteksi adanya sejumlah kecil efusi pleura di paru – paru kanan. Asites, ialah penebalan dinding kantung empedu, dan efusi pleura juga dapat dideteksi dengan *Ultra Sonografi* (USG).

f. *Enzyme Linked Immunosorbent Assay* (ELISA)

Pada pemeriksaan serologis, ELISA berbasis infeksi dengue dapat membedakan infeksi primer atau infeksi sekunder dengan menentukan batas rasio antibodi IgM dan IgG dengue. Dengan mendeteksi antibodi IgM dan IgG demam berdarah, hanya satu sampel darah (serum), ialah darah akut, yang dapat digunakan untuk pengujian, sehingga hasilnya dapat diperoleh dengan cepat. Saat ini tersedia Dengue Rapid Test (misalnya Dengue Rapid Strip Test) yang prinsipnya yaitu pemeriksaan ELISA. (Kemenkes RI, 2017)

7. Penatalaksanaan

Menurut (Candra, 2019) Penatalaksanaan bersifat simptomatik dan suportif yang diberikan pada pesakit Demam Berdarah Dengue ialah dengan cara:

- a. Pentransferan cairan tubuh.
- b. Penderita diberi minum sebanyak 1,5 liter - 2 liter dalam 24 jam (air teh dan gula sirup atau susu).
- c. Gastroenteritis oral solution/kristal diare yaitu garam elektrolit (oralit).

Jika mengalami muntah atau nyeri perut yang terjadi secara terus menerus, maka cairan intravena perlu diberikan.

- a. Untuk hiperpireksia dapat diberikan kompres es di kepala, ketiak, inguinal.
- b. Antipiretik sebaiknya dari asetaminofen, eukinin atau dipiron.
- c. Antibiotik diberikan jika ada infeksi sekunder.

Sekarang belum tersedia obat untuk membasmi virus dan vaksin untuk menangkal Demam Berdarah Berdarah.

Adapun penatalaksanaan menurut (Yuliasati & Nining, 2016)

- a. Penatalaksanaan Demam Berdarah Dengue Tanpa Syok
Penatalaksanaan disesuaikan dengan gambaran klinis maupun fase, dan untuk diagnosis DBD pada derajat I dan II menunjukkan bahwa anak mengalami DBD tanpa syok sedangkan pada derajat III dan derajat IV maka anak mengalami DBD disertai dengan syok. Tatalaksana untuk anak yang dirawat di rumah sakit meliputi:

- 1] Berikan anak banyak minum larutan oralit atau jus buah, air tajin, air sirup, susu untuk mengganti cairan yang hilang akibat kebocoran plasma, demam, muntah/diare.

- 2] Jika mengalami demam, berikan parasetamol. Obat asetosal, ibuprofen jangan diberikan karena itu bisa merangsang terjadinya perdarahan.
- 3] Berikan infus yang sesuai dengan dehidrasi sedang, yaitu larutan isotonic seperti ringer laktat/asetat.
- 4] Kebutuhan cairan parenteral:
 - 4.1] Berat badan < 15 kg : 7 ml/kgBB/jam
 - 4.2] Berat badan 14-40 kg : 5 ml/kgBB/jam
 - 4.3] Berat badan > 40 kg : 3 ml/kgBB/jam
- 5] Setiap 6 jam monitor tanda - tanda vital dan diuresis setiap jam, serta periksa laboratorium (hematocrit, trombosit, leukosit dan hemoglobin).
- 6] Pengurangan jumlah cairan secara bertahap hingga kondisi stabil bila terjadi penurunan hematocrit dan klinis membaik.
- 7] Cairan intrvena biasanya hanya memerlukan waktu 24-48 jam sejak kebocoran pembuluh kapiler spontan setelah pemberian cairan.
- 8] Berikan tatalaksana yang sesuai dengan tatalaksana syok terkompensasi jika terjadi perubahan klinis yang buruk.

b. Penatalaksanaan Demam Berdarah Dengue Dengan Syok

Penatalaksanaan DBD menurut WHO pada tahun 2008, meliputi:

- 1] Perlakukan sebagai gawat darurat. Berikan oksigen 2-4 L/menit secara nasal.
- 2] Berikan 20 ml/kg larutan kristaloid seperti ringer laktat/asetan secepatnya.
- 3] Jika tidak menunjukkan perbaikan klinis, ulangi pemberian kristaloid 20 ml/kgBB secepatnya (maksimal 30 menit) atau pertimbangkan pemberian koloid 10-20 ml/kg BB/jam maksimal 30 ml/kgBB/24 jam.

- 4] Jika tidak ada perbaikan klinis tetapi hematocrit dan hemoglobin menurun pertimbangkan terjadinya perdarahan tersembunyi: berikan transfusi darah/komponen.
- 5] Jika terdapat perbaikan klinis (pengisian kapiler dan perfusi perifer mulai membaik, tekanan nadi melebar), jumlah cairan dikurangi hingga 10 ml/kgBB dalam 2-4 jam dan secara bertahap diturunkan tiap 4-6 jam sesuai kondisi klinis laboratorium.
- 6] Dalam banyak kasus, cairan intravena dapat dihentikan setelah 36-48 jam. Perlu diingat banyak kematian terjadi karena pemberian cairan yang terlalu banyak dari pada pemberian yang terlalu sedikit.

8. Komplikasi

Menurut Soedarto (2012), komplikasi DBD ada tujuh, yaitu komplikasi susunan sistem saraf pusat (SSP) yang dapat berbentuk konvulsi, kaku kuduk, perubahan kesadaran dan varises, ensefalopati yaitu komplikasi neurologik yang terjadi akibat pemberian cairan hipotonik yang berlebihan, infeksi, kerusakan hati, kerusakan otak, resiko syok, kematian (Haerani & Nurhayati, 2020)

C. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

Menurut Nursalam, Susilaningrum & Utami (2013) dalam (Darmawan, 2019) pengkajian yang muncul pada pasien dengan Demam Berdarah Dengue, antara lain:

- a. Identitas pasien

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

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Datang ke rumah sakit dengan keluhan panas tinggi dan anak lemah yang dirasakan paling berat pada pasien DBD.

2) Riwayat kesehatan sekarang

Didapatkan gejala demam yang mendadak disertai menggigil. Kondisi anak makin melemah dan panas turun pada hari ketiga dan ke tujuh. Terkadang disertai dengan gejala batuk, pilek, nyeri telan, mual, muntah anoreksia, diare atau konstipasi, sakit kepala, nyeri otot dan persendian, nyeri ulu hati dan merasakan pegal pada pergerakan bola matanya, terdapat adanya tanda perdarahan di kulit, perdarahan pada gusi untuk derajat III dan IV, terjadinya muntah darah (*hematemesis*) atau tinja berwarna gelap (*melena*).

3) Riwayat kesehatan dahulu

Penyakit apa saja yang pernah diderita. Umumnya pada pasien DBD menemui kejadian ulang DBD tetapi pada tipe virus yang lain.

4) Riwayat gizi

Beragam penilaian status gizi anak pesakit DBD. Mual, muntah, dan nafsu makan menurun ialah keluhan yang dialami anak. Jika keadaan ini berturut terjadi dan nutrisi yang tidak memenuhi, maka kondisi kurangnya status gizi yang terjadi pada pasien berakibat pada menurunnya berat badan pasien.

c. Kondisi lingkungan

Daerah dengan padat penduduk disertai lingkungan yang tidak bersih yaitu banyak baju yang menggantung dikamar dan banyak air yang menggenang.

d. Pola kebiasaan

- 1) Nutrisi dan metabolisme Frekuensi, jenis, pantangan, nafsu makan berkurang.
- 2) Eliminasi (buang air besar) Anak mengalami diare atau konstipasi. Melena terjadi pada derajat IV DBD.
- 3) Eliminasi urin (bang air kecil) Pada anak DBD akan mengalami urine output sedikit. Pada DBD grade IV sering terjadi hematuria.
- 4) Kebersihan

Kurangnya usaha keluarga dan masyarakat dalam menjaga kebersihan lingkungan juga diri sendiri seperti pembersihan tempat sarang nyamuk yang tidak bersih, kurangnya kegiatan keluarga maupun masyarakat dalam kegiatan 3m plus seperti menutup, mengubur, menguras dan menebar bubuk abate.

e. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik secara umum yaitu dimulai dari ujung rambut hingga ujung kaki dengan Inspeksi, Perkusi, Palpasi, Auskultasi (IPPA), sebagai berikut :

1. Tingkat kesadaran Biasanya ditemukan kesadaran menurun, terjadi pada grade III dan grade IV karena nilai hematokrit meningkat menyebabkan darah mengental dan oksigen ke otak berkurang.
2. Keadaan umum
Lemah
3. Tanda-tanda vital (TTV) Tekanan nadi lemah dan kecil (grade III), nadi tidak teraba (grade IV), tekanan darah menurun (sistolik menurun sampai 80 mmHg atau kurang), suhu tinggi (diatas 37,5oC)
4. Kepala Kepala terasa nyeri, muka tampak kemerahan karena demam.
5. Mata Konjungtiva anemis

6. Hidung kadang mengalami perdarahan (epistaksis) pada grade II, III, IV.
7. Telinga Terjadi perdarahan telinga (pada grade II, III, IV)
8. Mulut Pada mulut didapatkan bahwa mukosa mulut kering, terjadi perdarahan gusi, dan nyeri telan. Sementara tenggorokkan mengalami hyperemia pharing.
9. Leher Kelenjar getah bening dan kelenjar tiroid tidak mengalami pembesaran.
10. Dada/thorak
Inspeksi : Bentuk simetris, kadang-kadang tampak sesak.
Palpasi : Biasanya fremitus kiri dan kanan tidak sama
Perkusi : Bunyi redup karena terdapat adanya cairan yang tertimbun pada paru
Auskultasi : Adanya bunyi ronchi yang biasanya terdapat pada grade III, dan IV.
11. Abdomen
Inspeksi : Abdomen tampak simetris dan adanya asites.
Auskultasi : Adanya penurunan bising usus
Palpasi : Mengalami nyeri tekan, pembesaran hati (hepatomegali)
Perkusi : Terdengar redup
12. Sistem integument
Adanya petekia pada kulit spontan dan dengan melakukan uji tourniket. Turgor kulit menurun, dan muncul keringat dingin, dan lembab.
13. Genitalia
Biasanya tidak ada masalah
14. Ekstremitas
Akral dingin, serta terjadi nyeri otot, sendi serta tulang. Pada kuku sianosis / tidak.

2. Diagnosa Keperawatan dan Fokus Intervensi Keperawatan

a. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang ditemukan pada pasien dengan DBD berdasarkan Tim pokja SDKI DPP PPNI (2016), adalah:

1. Hipovolemia dengan berhubungan peningkatan permeabilitas kapiler.
2. Resiko Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologi (keengganan untuk makan).
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.
4. Resiko tinggi terjadinya perdarahan berhubungan dengan trombositopenia.

b. Fokus Intervensi Keperawatan

Menurut Tim pokja SIKI DPP PPNI (2018), perencanaan keperawatan pada kasus DBD yaitu:

1. Hipovolemia dengan berhubungan peningkatan permeabilitas kapiler.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status cairan membaik.

Kriteria Hasil :

- a) Hematokrit membaik
- b) Turgor kulit meningkat
- c) Membran mukosa lembab
- d) Tekanan darah dan nadi membaik
- e) Kadar Hb membaik

Intervensi Keperawatan:

Observasi

- a) Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis, frekuensi nadi meningkat, nadi terasa lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran

mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus lemah)

- b) Monitor intake dan output cairan

Terapeutik

- a) Hitung kebutuhan cairan
- b) Berikan posisi *modified Trendelenburg*
- c) Berikan asupan cairan oral

Edukasi

1. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral
2. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak

Kolaborasi

- a) Kolaborasikan pemberian cairan intravena (IV) isotonis (misalnya, NaCl, Ringer Laktat, Ringer Asetat)
 - b) Kolaborasikan pemberian cairan intravena (IV) hipotonis (misalnya glukosa 2,5%, NaCl 0,4%)
 - c) Kolaborasikan pemberian cairan koloid (misal albumin, plasmanate)
 - d) Kolaborasikan pemberian produk darah
2. Risiko Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologi (keengganan untuk makan).

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi membaik.

Kriteria Hasil:

- 1) Porsi makanan yang dihabiskan meningkat
- 2) Frekuensi makan membaik
- 3) Nafsu makan membaik

Intervensi Keperawatan

Observasi

- a) Identifikasi status nutrisi
- b) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan

- c) Identifikasi makanan yang disukai
- d) Monitor asupan makan
- e) Monitor berat badan
- f) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

Terapeutik

- a) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
- b) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
- c) Berikan suplemen makanan, *jika perlu*

Edukasi

- a) Anjurkan posisi duduk, *jika perlu*
- b) Ajarkan diet yang diprogramkan

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antipiretik), *jika perlu*
- b) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, *jika diperlukan*

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktivitas meningkat.

Kriteria hasil :

- 1) Kemudahan melakukan aktivitas sehari – hari meningkat
- 2) Keluhan lelah menurun
- 3) Frekuensi nadi membaik

Intervensi keperawatan

Observasi

- a) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
- b) Monitor kelelahan fisi dan emosional
- c) Monitor pola dan jam tidur

Terapeutik

- a) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus

- b) Lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif
- c) Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan

Edukasi

- a) Anjurkan tirah baring
- b) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

Kolaborasi

- a) Kolaborasikan dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

4. Resiko tinggi terjadinya perdarahan berhubungan dengan trombositopenia.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat perdarahan menurun

Kriteria Hasil:

- 1) Kelembapan kulit dapat meningkat
- 2) Hemoglobin membaik
- 3) Hematokrit membaik

Intervensi Keperawatan

Observasi

- a) Monitor adanya tanda dan gejala perdarahan
- b) Monitor nilai hematokrit atau haemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah
- c) Monitor tanda-tanda vital

Terapeutik

- a) Pertahankan bed rest selama perdarahan

Edukasi

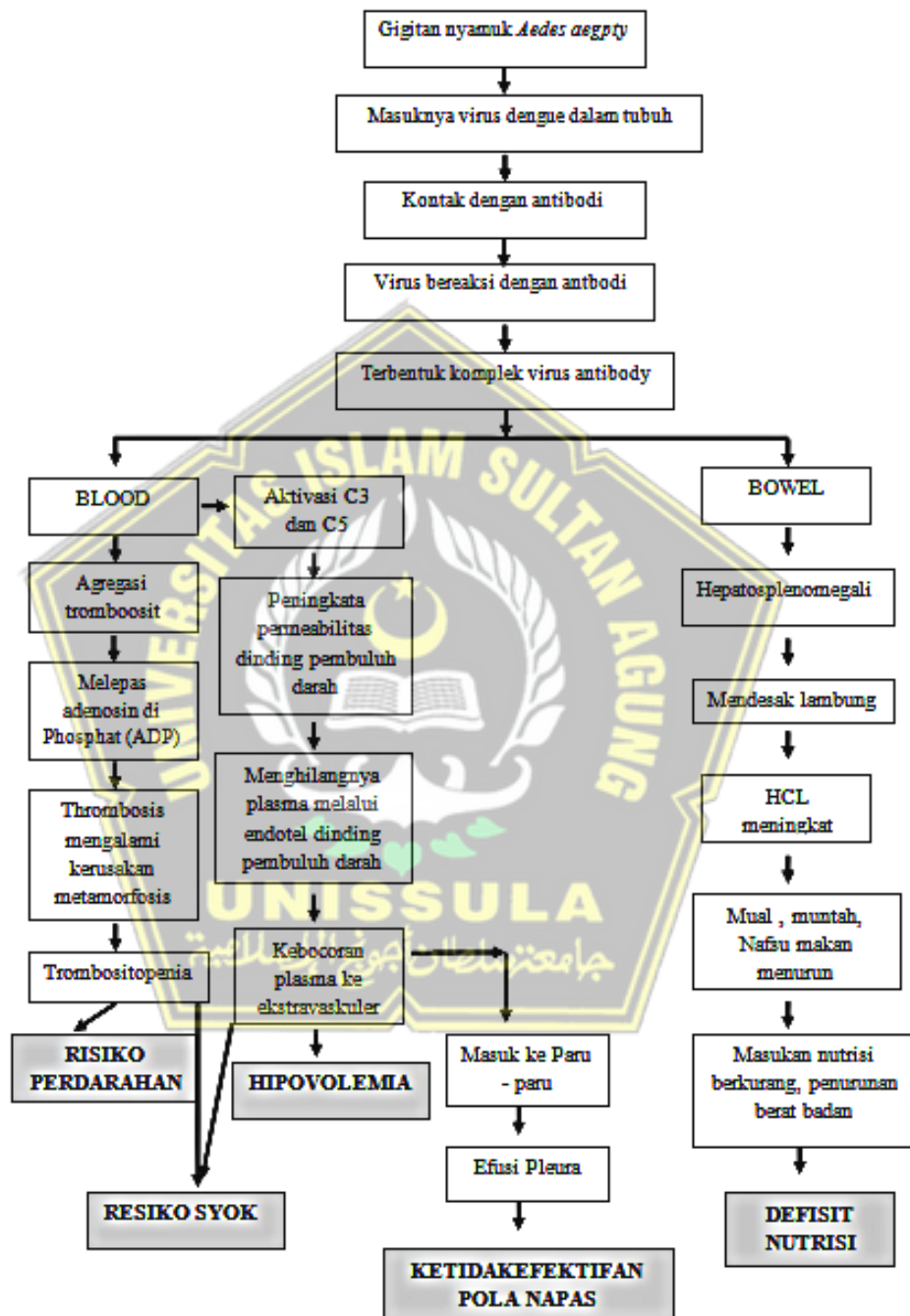
- a) Jelaskan tanda dan gejala perdarahan
- b) Anjurkan untuk meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi
- c) Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K
- d) Anjurkan segera melapor jika mengalami perdarahan

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, *jika diperlukan*
- b) Kolaborasi pemberian produk darah, *jika diperlukan.*



D. Pathways



Gambar 1. Pathway

Sumber (Candra, 2019) dan Nurarif & Kusuma tahun 2011 dalam (Hasanah, 2020) dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI, 2016)

BAB III

Laporan Asuhan Keperawatan

A. Pengkajian

Pengkajian ini dilakukan pada hari Kamis tanggal 18 Februari 2021 pukul 8.45 WIB. Penulis mengelola kasus pada An. R dengan masalah penyakit Demam Berdarah *Dengue* (DBD) di ruang Baitunnisa 1 RSI Sultan Agung Semarang. Didapatkan gambaran kasus sebagai berikut :

1. Identitas

a. Identitas Pasien

Pasien bernama An. R lahir di Semarang 27 April 2014. Pasien berusia 6 tahun yang tinggal di Semarang. Pasien Beragama Islam. Pasien dirawat dirumah sakit pada tanggal 17 Februari 2021 dan di diagnosa medis Demam Berdarah *Dengue*. Dengan nomor rekam medik 01265912.

b. Penanggung Jawab

Selama pasien dirawat di rumah sakit yang bertanggung jawab atas An. R yaitu ibu kandungnya. Bernama Ny. A yang beragama Islam dan bekerja sebagai karyawan swasta. Pendidikan terakhir Ny. A adalah Sekolah Menengah Atas (SMA). Tempat tinggal dari Ny. A di Semarang. Suku bangsa ibu dari An. R yaitu suku Jawa dan bangsa Indonesia.

2. Keluhan Utama

Ibu pasien mengatakan bahwa An. R masih lemas.

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Ibu pasien mengatakan An. R mengalami demam 3 hari sejak hari Senin 15 Februari 2021, disertai muntah, muncul bintik – bintik merah pada lengan kiri dan sebagian di wajah, sakit perut di bagian ulu hati. Pasien tidak mengalami mimisan, tidak mengalami perdarahan pada

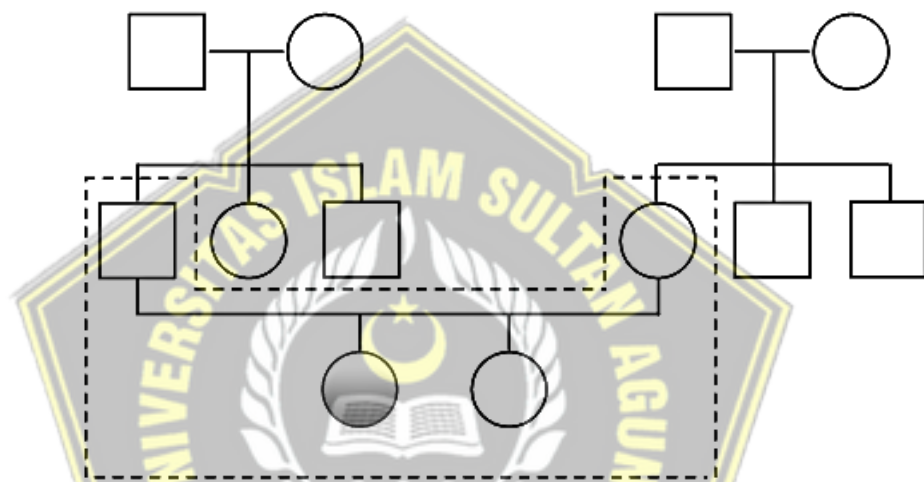
gusi, Buang Air Besar (BAB) dan Buang Air Kecil (BAK) tidak terdapat keluhan. Sebelum dibawa ke rumah sakit An. R sudah dibawa ke klinik terdekat untuk di cek laboratorium dan hasilnya menunjukkan gejala demam berdarah. Saat dibawa ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) rumah sakit pada tanggal 17 Februari 2021 pukul 21.00 dengan keadaan lemas, mukosa bibir kering dan nafsu makan yang menurun. Saat di IGD, pasien telah diberikan tindakan keperawatan berupa observasi keadaan umum, tanda – tanda vital dengan hasil kesadaran compos mentis, nadi 100x/menit, *Respiratory Rate* 20x/menit, suhu tubuh 37,6°C. Tindakan kolaborasi pada pasien seperti pemasangan infus RL 500cc, pemberian Paracetamol 125 mg dan hasil dari pemeriksaan laboratorium Hematologi Darah Rutin DBD, yaitu Leukosit 3,75 ribu/uL (5-14,5) ribu/uL, Hemoglobin 16,4 g/dL (10,7-14,7) g/dL, Hematorkit 49,4% (33-45)%, Trombosit 22 ribu/uL (184-488)riibu/uL. Lalu pada pukul 02.30 pasien dikirim ke ruang Baitunnisa 1, dengan kesadaran komposmentis, nadi 100x/menit, *Respiratory rate* 20x/menit, tekanan darah 100/60 mmHg, suhu 37°C. Sedangkan tindakan kolaborasi yang dilakukan yaitu pemberian cairan RL 500 cc 20 tetes permenit (tpm). Ibu pasien mengatakan bahwa An. R mengalami penurunan berat badan sejak sakit selama dalam kurung waktu 3 hari , sebelum sakit 17 kg saat sakit turun menjadi 16,6 kg.

4. Riwayat Masa Lampau

Ibu pasien mengatakan saat hamil rutin melakukan pemeriksaan kehamilan 1 kali dalam sebulan di bidan, tidak ada keluhan atau masalah. Nutrisi terpenuhi dengan mengkonsumsi buah – buahan, susu ibu hamil, tidak ada pantangan dalam makanan selama kehamilan dan tidak mengkonsumsi obat – obatan selama hamil. Saat melahirkan An. R dengan proses persalinan secara normal di bidan dengan berat badan 3 kg, tinggi badan 48 cm, keadaan ibu pasien pasca melahirkan tidak ada mengalami perdarahan, Air Susu Ibu (ASI) ibu pasien dapat keluar dan banyak. Ibu pasien mengatakan bahwa An. R pernah

dirawat di rumah sakit dan memiliki riwayat penyakit diare saat berusia 1 tahun. Ibu pasien mengatakan bahwa ketika An. R sedang sakit langsung dibawa ke pelayanan kesehatan terdekat dan diberi obat sesuai dengan yang diberikan oleh pelayanan kesehatan. Ibu pasien mengatakan An. R sudah diberikan Imunisasi secara lengkap sesuai dengan usianya.

5. Riwayat Keluarga



Gambar 2. Genogram Keluarga Pasien

Keterangan



: Laki – Laki



: Perempuan



: Pasien Perempuan



: Tinggal Serumah



: Garis Keturunan

Ibu pasien mengatakan bahwa di keluarga tidak ada yang memiliki riwayat penyakit yang berhubungan dengan penyakit yang diderita

pasien dan tidak ada anggota keluarga lainnya yang memiliki penyakit Hipertensi, Diabetes Mellitus, Jantung, atau penyakit lainnya.

6. Riwayat Sosial

Ibu pasien mengatakan bahwa An. R diasuh ayah dan ibu kandungnya, selama orang tua bekerja yang mengasuh An. R adalah neneknya. Ibu pasien mengatakan bahwa pembawaan secara umum An. R yaitu periang dan aktif bermain. Ibu pasien mengatakan bahwa lingkungan rumah terjaga kebersihannya, terdapat jendela dan ventilasi di dalam rumah, keselamatan anak terjamin.

7. Keadaan Kesehatan Saat ini

An. R saat ini telah di diagnosa medis penyakit demam berdarah dengue. Tindakan yang telah dilakukan untuk An. R yaitu terapi cairan isotonis dan cek darah rutin.

B. Pengkajian Pola Fungsional Menurut Gordon

1. Persepsi Kesehatan atau Penanganan Kesehatan

Ibu pasien mengatakan bahwa status kesehatan An. R sejak lahir baik, dari sejak kecil hingga sekarang ibu pasien rutin memeriksakan kesehatan anak di posyandu. Ibu pasien mengatakan bahwa orang tua An. R tidak merokok. Ibu pasien mengatakan selalu mengganti pakaian anaknya jika kotor. Ibu pasien mengatakan selalu memberikan mainan untuk anak yang sesuai umur dan tentunya aman untuk dimainkan.

Ibu pasien selalu memperhatikan kesejahteraan dan kesehatan sang anak. Bila sang anak sedang sakit, ibu pasien segera memeriksakan ke pelayanan kesehatan terdekat dan berharap lekas sembuh.

2. Nutrisi / Metabolik

Ibu pasien mengatakan bahwa sebelum anaknya sakit kebiasaan makan baik, dalam sehari makan sebanyak 3 kali sehari, 1 porsi piring berupa nasi, sayur dan lauk seperti ikan goreng atau ayam goreng.

Makanan yang disukai yaitu buah naga, pisang, susu. Selama sakit di rumah, ibu pasien mengatakan makan 3 kali sehari, namun setelah makan akan pasien akan mengalami muntah. Selama dirawat pasien tidak mengalami mual dan muntah namun selera makan menurun bila diberi makan dari rumah sakit berupa bubur sebanyak 3 kali sehari hanya menghabiskan 3- 4 sendok makan $\pm \frac{1}{4}$ dari 1 porsi yang diberikan dan hanya minum ± 300 ml. Terpasang cairan intravena yaitu Futrolit 500 cc 20 tpm.

$$\begin{aligned}\text{Air Metabolisme} &= 8\text{cc} \times \text{BB} \\ &= 8 \text{ cc} \times 16,6 \\ &= 132,8 \text{ cc}\end{aligned}$$

3. Eliminasi

Ibu pasien mengatakan pola Buang Air Besar (BAB) An. R sebelum sakit 1 kali dalam sehari, dengan warna kecoklatan dengan konsistensi lunak, namun selama dirawat klien belum BAB. Pola Buang Air Kecil (BAK) pasien sebelum dan selama dirawat 4 – 5 kali dalam sehari, bau pesing, warna kuning jernih dengan jumlah urin ± 1000 cc, tidak ada kesulitan dalam BAK.

4. Aktivitas

Ibu klien mengatakan An. R rutin mandi 2 kali dalam sehari dengan dibantu orang tua atau neneknya, selalu mengganti pakaian sesudah mandi. Aktivitas sehari – hari pasien sebelum sakit dengan bermain dirumah bersama adik dan teman sebayanya dengan pengawasan neneknya, sore berangkat les dan mengaji. Selama dirawat pasien masih lemas dalam melakukan aktivitas seperti mandi, makan, berpakaian pasien dibantu oleh orang tuanya. Ibu pasien mengatakan selama dirawat pasien tidak mengalami batuk, sesak nafas atau kesulitan bernapas, tidak terpasang alat bantu pernafasan.

5. Tidur / Istirahat

Ibu pasien mengatakan pola tidur An. R sebelum sakit yaitu tidur siang setelah dzuhur selama 1 jam dan tidur malam pada pukul 8 atau

9 malam selama 9 jam tidur. Selama dirawat ibu pasien mengatakan pola tidur klien lebih banyak karena pada siang hari klien menghabiskan banyak waktu untuk tidur siang.

6. Kognitif /Perseptual

Pasien belum sepenuhnya memahami penjelasan terhadap sakit yang sedang dialaminya. Pasien akan spontan menoleh dan mencari siapa yang memanggil namanya. Pasien sudah bisa menyebutkan namanya, pasien akan mengeluh, merintih sebagai simbol bila merasa tidak nyaman.

7. Persepsi Diri / Konsep Diri

Ibu pasien mengatakan sebelum dirawat An. R adalah anak yang aktif,tetapi saat dirawat anaknya lebih diam. Ibu pasien mengatakan bahwa ayah dan ibunya selalu ada untuknya supaya An. R tidak merasa takut ketika berada di rumah sakit.

8. Peran / Hubungan

Ibu pasien mengatakan bahwa An. R adalah anak yang periang namun tidak mudah dekat dengan orang lain.

9. Seksualitas / Reproduksi

Ibu pasien mengatakan bahwa anak – anaknya selalu diberikan kasih sayang penuh oleh kedua orang tua dan keluarga. Kebutuhan kasih sayang klien sudah terpenuhi.

10. Koping / Toleransi Stress

Pasien belum sepenuhnya memahami tentang penyakit yang sedang dideritanya, pasien mampu mengeluh dan merintih bila merasa tidak nyaman.

11. Nilai / Kepercayaan

Ibu pasien mengajarkan keyakinan yang dimilikinya dengan membiasakan anaknya untuk berkegiatan rutin mengaji disore hari.

C. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Klien

Keadaan umum pasien tampak lemah, lesu. Kesadarannya komposmentis. Tanda – tanda vital dari pasien sebagai berikut, yaitu : suhu : 37° C, tekanan darah : 98/65 mmHg, nadi : 100 x/menit, *Respiratory Rate* (RR) : 22 x/menit, SPO2 : 99%. Antropometri : Lingkar Kepala (LK): 43 cm, Lingkar Dada (LD) : 34 cm, Berat Badan (BB): 16,6 Kg, Tinggi Badan (TB) : 110 cm, Indeks Masa Tubuh (IMT) : $16,6 \text{ kg}/(1,10)^2 = 13,2$. Bentuk kepala pasien *mesocephal*, rambut bergelombang bewarna hitam, tampak lepek, tidak ada lesi pada kepala. Bentuk mata kanan dan kiri simetris, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor, tidak terdapat pembesaran pupil. Bentuk lubang hidung simetris, tidak terdapat sekret, tidak terdapat benjolan, tidak ada sinusitis, tidak ada nafas tambahan, tidak menggunakan alat bantu pernafasan. tidak mengalami perdarahan. Mulut bersih, gigi bersih, bentuk bibir simetris, mukosa bibir kering, bibir bewarna gelap, tidak ada lesi , tidak terdapat sianosis, tidak ada perdarahan pada gusi, tidak mengalami kesulitan menelan, tidak mengalami kesulitan berbicara. Telinga kanan dan kiri simetris, tidak terdapat luka/lesi, tidak terdapat serumen, tidak terdapat massa, tidak menggunakan alat bantu dengar, fungsi pendengaran baik. Leher tidak terdapat pembesaran kelenjar tonsil , tidak terdapat benjolan disekitar leher. Bentuk dada simetris, tidak terdapat lesi, tidak terdapat nyeri tekan, pernafasan mengembang simetris antara dada kanan dan dada kiri. Payudara normal.

2. Pemeriksaan Jantung, Paru dan Abdomen

Pemeriksaan Jantung inspeksi tidak terlihat *ictus cordis*, palpasi teraba *ictus cordis* di *intercosta* (ICS) 5 sinistra, perkusi pekak, auskultasi irama S1 dan S2 reguler lupdup.

Pemeriksaan Paru – paru inspeksi pergerakan dinding dada simetris, palpasi tidak ada retraksi dan benjolan pada dinding dada, perkusi terdengar suara perkusi redup, auskultasi tidak terdengar suara napas pada diafragma bawah bagian kanan tidak ada bunyi nafas tambahan. Pemeriksaan Abdomen inspeksi bentuk abdomen simetris, tidak ada lesi, tidak terdapat benjolan, tidak terdapat bekas operasi, tidak terdapat asites. Palpasi tidak ada pembesaran pada perut, terdapat nyeri tekan pada ulu hati, tidak terdapat asites. Auskultasi terdengar bunyi bising usus 8x/ menit. Perkusi terdengar bunyi tympani.

3. Genitalia

Alat Kelamin bersih, tidak ada luka atau lesi, tidak terpasang kateter, tidak terdapat nyeri tekan.

4. Ektremitas

Ektremitas atas tangan 2 dengan jumlah jari – jari ada 10 dan panjangnya simetris, ektremitas bawah 2 kaki dengan panjang kaki simetris dengan jumlah jari – jari ada 10. Kuku bersih, bewarna merah muda, permukaan halus tidak terdapat lesi, tidak terdapat sianosis, *capillary refill time* (CRT) < 3 detik, turgor kulit menurun, tidak terdapat edema, terpasang infus di tangan kanan.

5. Kulit

Kulit bersih, bewarna sawo matang, akral hangat, tidak terdapat edema, tes tourniquet terdapat bintik – bintik pada lengan kiri dan sebagian wajah, turgor kulit menurun.

D. Pemeriksaan Perkembangan

Ibu pasien mengatakan bahwa An. R mampu bergaul dengan teman sebayanya, mampu berinteraksi dengan sekitarnya seperti menjawab nama , tersenyum, membalas senyum, mampu menatap muka lawan bicaranya. Ibu pasien mengatakan bahwa An. R sudah bisa menulis dan membaca , sudah bisa memberi tahu berapa umurnya.

E. Therapy

1. Infuse
 - a. Futrolit 500 20tpm
2. Injeksi
 - a. Glybotic : 2 x 250 mg
 - b. Fartison : 2 x 40 mg
 - c. Sanmol : 125 mg
 - d. Ondancetron : 3 x 2 mg
 - e. Ranitidin : ¼ A
3. Oral
 - a. Triamcinolon : 1 mg
 - b. Ceftrizine : 2 mg
4. Diit : Nasi Tim DHF

F. Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan Radiologi

Nama : An. R

No. Rm : 01265912

Umur : 6 Tahun

Waktu : 17 Februari 2021 pukul 21:21

Thorax kecil AP / LAT (Non Kontras)

Ts. Yth

X foto thoraks RLD

Cor : Bentuk dan Letak Normal

Pulmo : Gerakan Vaskuler Tak Meningkatkan. Tak tampak bercak di kedua lapang. Pandang di lateral hemi thoraks kanan , tampak perselubungan homogen (PEI = 28)

Diagfraghma dan sinus cosrofrenicus kanan tertutup.

Perselubungan homogen kiri baik.

Cor tak membesar.

Saat ini pulmo tak tampak kelainan.

Efusi Pleura Kanan (PEI = 28)

2. Pemeriksaan Laboratorium

Nama : An. R
No. Rm : 01265912
Umur : 6 Tahun
Waktu : 17 Februari 2021 pukul 21:21

Tabel 1 Pemeriksaan Serologis

| Pemeriksaan | Hasil | Nilai Rujukan | Satuan | Keterangan |
|--------------------------------|---------|---------------|--------|------------|
| Anti Dengue IgG dan IgM | | | | |
| Anti Dengue IgG | Positif | (-) negatif | | |
| Anti Dengue IgM | Negatif | (-) negatif | | |

3. Pemeriksaan Laboratorium

Nama : An. R
No. Rm : 01265912
Umur : 6 Tahun
Waktu : 17 Februari 2021 pukul 21:21

Tabel 2 Pemeriksaan Darah Rutin

| Pemeriksaan | Hasil | Nilai Rujukan | Satuan | Keterangan |
|----------------------|-------|---------------|----------------|------------|
| Hematologi | | | | |
| Darah Rutin 3 | | | | |
| Hemoglobin | 16.4 | 10.7 – 14.7 | Gram/desiliter | |
| Hematokrit | 49.4 | 33.0 – 45.0 | % | |
| Leukosit | 3.75 | 5.00 – 14.50 | Ribu/uL | |
| Eritrosit | 5.9 | 3.8 – 5.2 | Juta/UI | |
| Trombosit | 22 | 184 – 488 | Ribu/UI | |
| Eosinofil % | 0.0 | 1.0 – 5.0 | % | |
| Basofil % | 0.8 | 0 – 1 | % | |
| Neutrofil % | 43.0 | 50 – 70 | % | |
| Limfosit % | 48.8 | 25 – 50 | % | |
| Monosit % | 6.1 | 1 – 6 | % | |

| | | | |
|--------------------------------|------|-------------|------|
| Ig % | 1.3 | - | |
| Netrofil limfosit ratio | 0.9 | | |
| Absolut limfosit count | 1830 | | |
| Index Eritrosit | | | |
| MCV | 84.2 | 69.0 – 93.0 | |
| MCH | 27.9 | 22.0 – 34.0 | |
| MCHC | 33.2 | 32.0 – 36.0 | g/dL |
| Kimia Klinik | | | |
| Crp kuantitatif | 1.84 | <= 3 | Mg/L |

4. Pemeriksaan Darah Rutin

Nama : An. R
 No. Rm : 01265912
 Umur : 6 Tahun
 Waktu : 18 Februari 2021 pukul 06:22

Tabel 3. Pemeriksaan Darah Rutin

| Pemeriksaan | Hasil | Nilai Rujukan | Satuan | Keterangan |
|----------------------|-------|---------------|----------------|------------|
| Hematologi | | | | |
| Darah Rutin 1 | | | | |
| Hemoglobin | 14.7 | 10.7 – 14.7 | Gram/desiliter | |
| Hematokrit | 43.8 | 33.0 – 45.0 | % | |
| Leukosit | 3.79 | 5.00 – 14.50 | Ribu/uL | |
| Trombosit | 24 | 184 – 488 | Juta/uL | |

5. Pemeriksaan Laboratorium

Nama : An. R
 No. Rm : 01265912
 Umur : 6 Tahun
 Waktu : 19 Februari 2021 pukul 06:02

Tabel 4 Pemeriksaan Darak Rutin 1

| Pemeriksaan | Hasil | Nilai Rujukan | Satuan | Keterangan |
|-------------------|-------|---------------|--------|------------|
| Hematologi | | | | |

Darah Rutin 1

| | | | |
|-------------------|------|--------------|----------------|
| Hemoglobin | 12.2 | 10.7 – 14.7 | Gram/desiliter |
| Hematokrit | 35.8 | 33.0 – 45.0 | % |
| Leukosit | 4.08 | 5.00 – 14.50 | Ribu/uL |
| Trombosit | 36 | 184 – 488 | Juta/uL |

6. Pemeriksaan Laboratorium

Nama : An. R
No. Rm : 01265912
Umur : 6 Tahun
Waktu : 19 Februari 2021 pukul 06:02

Tabel 5 Pemeriksaan Darak Rutin 1

| Pemeriksaan | Hasil | Nilai Rujukan | Satuan | Keterangan |
|----------------------|-------|---------------|----------------|------------|
| Hematologi | | | | |
| Darah Rutin 1 | | | | |
| Hemoglobin | 13.3 | 10.7 – 14.7 | Gram/desiliter | |
| Hematokrit | 40.0 | 33.0 – 45.0 | % | |
| Leukosit | 6.11 | 5.00 – 14.50 | Ribu/uL | |
| Trombosit | 37 | 184 – 488 | Juta/uL | |

G. Analisa Data

Pada tanggal 18 Februari 2021 pukul 08.45 WIB, telah didapatkan data subyektif yang pertama yaitu ibu pasien mengatakan anaknya masih lemas, minum \pm 300ml. Sedangkan data obyektif yaitu tanda – tanda vital suhu pasien tampak lemas, mukosa bibir kering, turgor kulit menurun, suhu : 37° C, tekanan darah : 98/65 mmHg, Nadi : 100 x/menit, *Respiratory Rate* (RR) : 22 x/menit, indeks masa tubuh (IMT): 13,2. Makan 3 – 4 sendok \pm $\frac{1}{4}$ porsi atau Air makanan \pm 187,5cc, air minum \pm 300cc, RI loading 200cc, air metabolisme 132,8cc, terapi injeksi sanmol (1,25cc) ondancentron (2 cc), BAK 5 – 6 kali sehari \pm 1000cc, Iwl 398,4cc, Input : 1322,55 cc, Output : 1.398,4 cc, Balance cairan = -

75,85cc. Hasil pemeriksaan laboratorium Hematokrit 43,8 %, hemoglobin 14,7 g/dL, trombosit 24 ribu/uL, terdapat bintik – bintik pada lengan kiri dan sebagian wajah, terpasang infus RL 20 tpm di tangan kanan. Berdasarkan data yang didapatkan penulis menegakkan diagnosa keperawatan yaitu hipovolemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler dibuktikan dengan hematokrit meningkat, mukosa bibir kering, turgor kulit menurun.

Data fokus yang kedua pada tanggal 18 Februari 2021 pukul 08.50 WIB, didapatkan data subyektif yaitu ibu pasien mengatakan nafsu makan pasien menurun, hanya makan 3 - 4 sendok dan mengalami penurunan berat badan dari 17 kg menjadi 16,6 kg selama dirumah dalam kurun waktu 4 hari dengan penurunan berat badan sebanyak 3%. Data obyektif yaitu pasien tampak lemah, mukosa bibir kering dan pucat, pasien hanya menghabiskan makan $\pm 1/4$ porsi dari yang diberikan dan pasien tampak menolak saat beri makanan, suhu : 37° C, tekanan darah : 98/65 mmHg, Nadi :100 x/menit, *Respiratory Rate* (RR) : 22 x/menit, indeks masa tubuh (IMT): 13,2. Berdasarkan data yang telah didapatkan penulis menegakkan diagnosa keperawatan yaitu risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan).

H. Planning atau Intervensi Keperawatan

Pada tanggal 18 Februari 2021 pukul 08.55 WIB, disusun intervensi keperawatan berdasarkan masing - masing diagnosa yang muncul.

Diagnosa keperawatan pertama yaitu hipovolemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler dibuktikan dengan hematokrit meningkat, mukosa bibir menurun, turgor kulit menurun. Tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan status cairan membaik dengan kriteria hasil sebagai berikut nilai hematokrit pasien membaik, hemoglobin membaik turgor kulit pasien membaik elastis, membran mukosa bibir

pasien lembab. Intervensi yang dapat dilakukan yaitu periksa tanda dan gejala hipovolemia, monitor intake dan output cairan, hitung kebutuhan cairan, anjurkan memperbanyak cairan oral, monitor hasil pemeriksaan laboratorium, kolaborasi pemberian cairan IV isotonis.

Diagnosa keperawatan kedua yaitu risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan). Tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil sebagai berikut keinginan untuk makan meningkat, porsi makan yang dihabiskan meningkat, berat badan membaik. Intervensi yang dapat dilakukan yaitu dengan identifikasi status nutrisi, identifikasi makanan yang disukai, mengkaji asupan makanan, lakukan *oral hygiene* sebelum makan, sajikan makanan secara menarik, anjurkan diet yang diprogramkan.

I. Implementasi Keperawatan

Pada tanggal 18 Februari 2021 pukul 09.00 melakukan implementasi diagnosa ke – 1 yaitu memeriksa tanda dan gejala hipovolemia. Respon klien adalah untuk data subyektif ibu pasien mengatakan bahwa pasien masih lemas sedangkan data obyektifnya berupa pasien tampak lemah, membran mukosa bibir pucat dan kering, tekanan darah 98/65 mmHg, hematokrit 43,8%, suhu 36,7° C, Nadi :100 x/menit, *Respiratory Rate* (RR) : 22 x/menit, indeks masa tubuh (IMT): 13,2, SPO2: 99%, turgor kulit menurun. Pukul 09.15 melakukan implementasi diagnosa ke – 1 yaitu mengkaji intake dan output cairan. Respon klien sebagai data subyektifnya ibu pasien mengatakan bahwa pasien keinginan untuk minum menurun, sedangkan data obyektifnya turgor kulit menurun, mukosa bibir pucat dan kering, Input : 1322,55 cc, Output : 1.398,4 cc, Balance cairan = - 75,85cc. Pukul 09.25 melakukan implementasi diagnosa ke – 1 yaitu menghitung kebutuhan cairan. Respon klien data subyektifnya ibu pasien bersedia untuk dihitung kebutuhan cairan anaknya. Pukul 09.30 mengkolaborasi pemberian cairan IV isotonis.

Respon klien data subyektifnya pasien mau diberi cairan isotonis sedangkan data obyektifnya pasien tampak tenang saat diberikan cairan isotonis futrolit 500cc 20 tpm. Pukul 09.40 melakukan implementasi diagnosa ke - 2 yaitu mengkaji status nutrisi. Respon klien data subyektifnya ibu pasien mengatakan nafsu makan dan minum klien menurun, sedangkan data obyektifnya suhu : 37° C, tekanan darah : 98/65 mmHg, nadi : 100 x/menit, *Respiratory Rate* (RR) : 22 x/menit, SPO2 : 99%. Antropometri : Lingkar Kepala (LK): 43 cm, Lingkar Dada (LD) : 34 cm, Berat Badan (BB): 16,6 Kg, Tinggi Badan (TB) : 110 cm, Indeks Masa Tubuh (IMT) : $16,6 \text{ kg}/(1,10)^2 = 13,2$, hemoglobin : 16,4 g/dL. Diit: Nasi Tim DHF. Pukul 09.45 melakukan implementasi diagnosa ke -2 yaitu mengidentifikasi makanan yang disukai oleh sang anak. Respon klien berupa data subyektifnya ibu pasien mengatakan bahwa pasien menyukai ayam goreng, ikan goreng, buah naga, buah pisang sedangkan data obyektifnya anak tampak tenang. Pukul 09.55 melakukan implementasi diagnosa ke - 2 yaitu menganjurkan keluarga untuk menyajikan makanan yang menarik. Respon klien berupa data subyektif dari ibu pasien bersedia untuk mengikuti saran dari perawat untuk memberikan sajian makanan yang menarik untuk pasien sedangkan data obyektifnya anak tampak tenang.

Pada tanggal 19 Februari 2021 pukul 14.15 melakukan implementasi diagnosa ke - 1 yaitu memeriksa tanda dan gejala hipovolemia. Respon klien adalah untuk data subyektif ibu pasien mengatakan bahwa pasien sudah tidak lemas seperti kemarin sedangkan data obyektifnya berupa pasien tampak tenang, membran mukosa bibir kering, tekanan darah 99/67 mmHg, hematokrit 35,8%, suhu 37° C, Nadi: 98x/menit, *Respiratory Rate* (RR) : 22 x/menit. Pukul 14.20 melakukan implementasi diagnosa ke - 1 yaitu memonitor intake dan output cairan. Respon klien sebagai data subyektifnya ibu pasien mengatakan bahwa pasien sudah mau minum air mineral ± 800cc dan 1 gelas teh ± 200 cc, sedangkan data obyektifnya turgor kulit menurun, mukosa bibir pucat dan

kering. Makan 3 – 4 sendok $\pm \frac{1}{4}$ porsi atau Air makanan $\pm 187,5\text{cc}$, air minum $\pm 1000\text{cc}$, air metabolisme $132,8\text{cc}$, terapi injeksi fartison (40mg) glybotic (500mg), terpasang infus 500cc 20tpm , BAB 1 kali $\pm 150\text{cc}$, BAK 6 kali lebih sehari $\pm 1200\text{cc}$, Input : $1825,7\text{ cc}$, Output : $1748,9\text{ cc}$, Balance cairan = $+76,8\text{cc}$. Pukul 14.30 melakukan implementasi diagnosa ke – 2 yaitu mengkaji asupan nutrisi. Respon klien data subyektifnya ibu pasien mengatakan anaknya sudah mau makan pagi dan siang yang disediakan oleh rumah sakit, menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi makan (5 sendok makan) sedangkan data obyektifnya pasien tampak lebih baik dan tenang. Pukul 20.25 melakukan implementasi diagnosa ke-1 yaitu mengkolaborasikan pemberian cairan IV isotonis. Respon klien data subyektifnya pasien mau diberi cairan isotonis sedangkan data obyektifnya pasien tampak tenang saat diberikan cairan isotonis futrolit 500 cc 20 tpm .

Pada tanggal 20 Februari 2021 pukul 08.15 melakukan implementasi diagnosa ke – 1 yaitu memeriksa tanda dan gejala hipovolemia. Respon klien adalah untuk data subyektif ibu pasien mengatakan bahwa pasien sudah lebih baik sedangkan data obyektifnya berupa pasien tampak tenang, membran mukosa bibir kering, tekanan darah $104/64\text{ mmHg}$, hematokrit $40,0\%$, suhu $36,4^{\circ}\text{C}$, Nadi: $100\text{x}/\text{menit}$, *Respiratory Rate* (RR) : $22\text{ x}/\text{menit}$. Pukul 08.25 melakukan implementasi diagnosa ke-1 yaitu memonitor intake dan output cairan. Respon klien sebagai data subyektifnya ibu pasien mengatakan bahwa pasien sudah mau minum lebih banyak 1 gelas air mineral $\pm 250\text{cc}$ dan makan pagi $\pm \frac{1}{2}$ porsi, sedangkan data obyektifnya turgor kulit membaik, mukosa bibir sudah mulai, air mineral 250cc , Air makanan $\pm 375\text{cc}$, air metabolisme $132,8\text{cc}$, terpasang infus 500cc 20tpm , BAB 1 kali $\pm 150\text{cc}$, BAK 5 kali selama 12 jam $\pm 600\text{cc}$, iwl $199,2\text{cc}$ selama 12 jam, Input : $1257,8\text{ cc}$, Output : $949,2\text{ cc}$, Balance cairan = $+308,6\text{cc}$. Pukul 08.40 melakukan implementasi diagnosa ke – 1 yaitu mengkolaborasikan pemberian cairan IV isotonis. Respon klien data subyektifnya pasien mau diberi cairan isotonis sedangkan data obyektifnya pasien tampak tenang saat diberikan

cairan isotonis futrolit 500 cc 20 tpm.. Pukul 09.05 melakukan implementasi diagnosa ke – 2 yaitu mengkaji asupan nutrisi. Respon klien data subyektifnya ibu pasien mengatakan anaknya sudah makan pagi yang disediakan oleh rumah sakit, menghabiskan Makan pagi $\pm 1/2$ porsi makan sedangkan data obyektifnya pasien tampak lebih baik dan tenang.

J. Evaluasi Keperawatan

Pada tanggal 18 Februari 2021 pukul 14.00 WIB hasil evaluasi diagnosa pertama S: ibu pasien mengatakan anaknya masih lemas, sudah mau minum 1 aqua gelas air mineral sebanyak ± 250 cc, makan masih 3 sendok atau $\frac{1}{4}$ porsi. O : Anak masih tampak lemah, mukosa bibir kering, turgor kulit menurun, hematokrit : 43,8%, suhu: 36,9° C, tekanan darah : 102/71 mmHg, nadi : 100 x/menit, *Respiratory Rate* (RR) : 20 x/menit, SPO2 : 99%. Air minum ± 250 cc, air makanan 187,5cc, iwl 99,6cc, BAK ± 500 cc, BAB ± 150 cc. Input : 937,5 cc, Output : 749,6 cc, Balance cairan = + 187,9. A : masalah belum teratasi, P : Lanjutkan intervensi. Pada tanggal 18 Februari 2021 pukul 14.05 hasil evaluasi diagnosa kedua S: ibu pasien mengatakan anaknya masih lemas, sudah mau minum 1 gelas air mineral sebanyak ± 250 cc. O : Anak masih tampak lemah, masih enggan untuk makan. A : masalah belum teratasi, P : Lanjutkan intervensi.

Pada tanggal 19 Februari 2021 pukul 20.30 WIB hasil evaluasi diagnosa pertama S: ibu pasien mengatakan anaknya tidak lemas, sudah mau minum 1 botol air mineral sebanyak 500cc dan susu 150cc. O : Anak masih sudah tidak lemas, mukosa bibir mulai lembab, turgor kulit membaik, hematokrit : 35,8%, tekanan darah 99/67 mmHg, suhu 37° C, Nadi: 98x/menit, *Respiratory Rate* (RR) : 22 x/menit. Air minum ± 650 cc, air makanan 187,5cc, iwl 99,6 cc, BAK 4 kali selama 6 jam ± 600 cc . Input : 837,5 cc, Output : 699,6 cc, Balance cairan = + 137,9. A : masalah teratasi sebagian, P : Lanjutkan intervensi. Pada tanggal 19 Februari 2021 pukul 21.35 hasil evaluasi diagnosa kedua S: ibu pasien mengatakan anaknya tidak lemas dan lebih segar, sudah mau minum 1 botol air mineral

sebanyak 500cc ditambah susu 150 cc dan makan 5 sendok makan. O : Anak tampak tenang, mukosa bibir mulai lembab, turgor kulit membaik. A : masalah belum teratasi, tujuan tercapai sebagian P : melanjutkan intervensi.

Pada tanggal 20 Februari 2021 pukul 12.00 WIB hasil evaluasi diagnosa pertama S: ibu pasien mengatakan anaknya tidak lemas, sudah mau minum 1 botol air mineral sebanyak 600cc. O : Anak masih sudah tidak lemas, mukosa bibir lembab, turgor kulit membaik, tekanan darah 104/64 mmHg, hematokrit 40,0%, suhu 36,4° C, Nadi: 100x/menit, *Respiratory Rate* (RR) : 22 x/menit. Air minum ± 600cc, air makanan ± 375cc, iwl 99,6 cc selama 6 jam, BAK 4 kali selama 6 jam ± 600cc . Input : 837,5 cc, Output : 699,6 cc, Balance cairan = + 137,9. A : masalah sudah teratasi, P : Pertahankan intervensi. Anjurkan pasien minum 8 gelas sehari. Pada tanggal 20 Februari 2021 pukul 12.00 hasil evaluasi diagnosa kedua S: ibu pasien mengatakan anaknya tidak lemas dan lebih segar, sudah mau minum 1 botol air mineral sebanyak 600cc ditambah susu 150 cc dan makan 7 sendok makan. O : Anak tampak tenang, mukosa bibir lembab, turgor kulit membaik. A : masalah teratasi sebagian, P : Lanjutkan intervensi.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab IV penulis akan memaparkan hasil analisa asuhan keperawatan pada An. R dengan Demam Berdarah *Dengue* (DBD) yang disesuaikan dengan teori yang sudah didapat. Asuhan keperawatan pada An. R dikelola selama tiga hari pada tanggal 18 Februari 2021 sampai 20 Februari 2021.

Pada bab ini penulis akan membahas tentang penyelesaian masalah yang ditemukan dan sudah disesuaikan dengan konsep dasar yang terdapat dalam bab II dengan memperhatikan proses asuhan keperawatan yaitu melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, menetapkan planning atau intervensi keperawatan, melakukan implementasi, dan melakukan evaluasi keperawatan. Setelah itu penulis akan menyarankan diagnosa keperawatan yang seharusnya ada, namun tidak diangkat oleh penulis dan ditambahkan oleh penulis dalam pembahasan ini serta membahas intervensi utama yang diperkuat dengan hasil penelitian.

A. Pengkajian

Dari pengkajian yang telah dilakukan penulis pada hari Kamis tanggal 18 Februari 2021 pukul 08.45 WIB ditemukan pasien An. R dengan diagnosa Demam Berdarah *Dengue* (DBD). Pengertian dari DBD itu sendiri yaitu salah satu penyakit yang disebabkan oleh virus *dengue* yang ditularkan melalui nyamuk *Aedes Aegypti*. Manifestasi klinis penderita dari penyakit demam berdarah *dengue* biasanya seseorang akan mengalami demam tinggi selama 5 sampai 7 hari, konstipasi, mual, muntah, tidak nafsu makan, lemas, nyeri ulu hati, perdarahan terutama dibawah kulit seperti peteki (Haerani & Nurhayati, 2020). Pada saat pengkajian ke pasien An. R penulis tidak menemukan manifestasi klinis seperti demam tinggi, perdarahan pada gusi, mimisan, tidak terjadi melena, hematemesis, tidak ada riwayat kejang.

Uji tourniquet tidak dilakukan oleh penulis karena bintik bintik merah atau petekie sudah muncul saat pasien sakit dirumah. Menurut (Hardi et al., 2015) mengatakan bahwa pemeriksaan fisik untuk mengelompokkan dan mengidentifikasi penyakit dengue dengan teknik uji tourniquet yaitu memberi tekanan pada pembuluh darah kecil, dan ditemukan pada pasien DBD yaitu petekie. Menurut (Kemenkes RI, 2017) mengatakan bahwa hasil *Tourniquet test* (uji touniquet) yang positif menjadi salah satu manifestasi perdarahan dan menjadi penilaian kuat perdarahan di kulit. Tahap - tahap tindakan uji tourniquet diantaranya memasang manset pada lengan atas anak, ukur tekana darah pasien, tentukan pertengahan antara *systole* dan *diastole*, pompa tensimeter kembali sampai air raksa atau jarum menunjukkan angka tersebut kemudian menutup sekrup balon dan menunggu sampai 5 menit, hasil uji tourniquet yang menyatakan positif (+) dapat dilihat dengan adanya lebih dari 10 petekie pada area 1 inci persegi (2,5 cm x 2,5 cm) yang terdapat dibawah lengan bagian depan.

Pada hasil pemeriksaan serologis pasien didapatkannya hasil *Immunoglobulin M* (IgM) negatif dan *Immunoglobulin G* (IgG) positif ini menunjukkan pasien mengalami infeksi sekunder. Menurut jurnal (Candra, 2010) mengatakan bahwa antibodi virus dengue dapat muncul dalam darah sekitar hari kelima demam, meningkatnya pada minggu pertama hingga ketiga, dan menghilang setelah 60 – 90 hari. Kinetik kadar antibodi IgM berbeda dengan kinetik IgG, sehingga kinetik antibodi IgG antara infeksi primer dan infeksi sekunder harus dibedakan. Pada infeksi primer, antibodi IgG meningkat sekita hari ke – 14, pada infeksi sekunder antibodi IgG meningkat pada hari ke-2. Maka dari itu, penentuan diagnosis dini infeksi primer ditentukan pada hari ke-5 setelah sakit untuk mendeteksi antibodi IgM dan infeksi sekunder dapat dipastikan lebih cepat dengan peningkatan antibodi IgG dari IgM. Pada pemeriksaan penunjang, pemeriksaan hematologi diperoleh hasil peningkatan hematokrit >20% , penurunan trombosit. Pada hasil gambaran radiologi pasien terdapat efusi pleura kanan. Selain itu, menurut (Pujiarti, 2016) mengtakan bahwa dengan ditandai

dispne dan sesak napas bisa terjadi karena efusi pleura yaitu didalam rongga pleura terdapat cairan. Hal ini menunjukkan atau menggambarkan adanya kebocoran pada plasma darah. Oleh karena itu pemberian cairan yang cukup diharapkan mampu mengatasi kebocoran plasma yang terjadi di ruang intravaskular. Dengan ditemukannya hasil tersebut pada saat pengkajian maka prioritas diagnosa keperawatan yang ditegaskan oleh penulis yaitu hipovolemia dengan intervensi utama pemberian cairan.

B. Diagnosa Keperawatan

1. Hipovolemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler dibuktikan dengan hematokrit meningkat, mukosa bibir kering, turgor kulit menurun.

Hipovolemia adalah penurunan volume cairan intravaskuler, interstisiel, dan / intraseluler (PPNI, 2016). Tanggal 18 Februari 2021 penulis mengangkat diagnosa tersebut karena pada saat pengkajian didapatkan data pasien lemah, turgor kulit menurun, mukosa bibir kering, dan dari hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan nilai hematokrit meningkat. Batasan karakteristik dalam Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) sudah sesuai yaitu adanya kelemahan mukosa bibir kering, turgor kulit menurun, peningkatan hematokrit.

Diagnosa hipovolemi menjadi diagnosa prioritas karena virus dengue yang masuk kedalam tubuh melalui gigitan nyamuk dapat menimbulkan viremia atau peningkatan suhu dan menyebabkan terjadinya pelebaran pada dinding pembuluh darah mengakibatkan terjadinya perpindahan cairan dan plasma dari intravascular keluar ke interstitial atau ke ekstraseluler, hal ini menyebabkan hipovolemia. Penderita DBD akan mengalami kekurangan cairan jika tidak mendapatkan cairan yang cukup, hal ini berakibat pada kondisi buruk bahkan bisa menjadi renjatan. Apabila renjatan dan hipovolemi yang berlangsung lama tidak segera diatasi dengan baik maka akan timbul anoksia jaringan, metabolik asidosis dan kematian. Oleh karena itu

diagnosa hipovolemia ditegaskan agar masalah tersebut dapat diselesaikan(Candra, 2019)

Intervensi untuk diagnosa hipovolemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler dalam 3 x 24 jam. Penulis akan menjabarkan tentang rasional pada diagnosa ini, yang pertama yaitu memeriksa tanda dan gejala hipovolemia untuk mengetahui adanya penurunan volume cairan intravaskuler. Mengkolaborasikan pemberian cairan intravena isotonis merupakan intervensi utama pada diagnosa hipovolemia dan rasionalnya untuk mengatasi kebocoran plasma yang terjadi di ruang intravaskular. Menurut jurnal penelitian dari(Wayan et al., 2017) mengatakan bahwa cairan yang diindikasikan untuk penderita DBD adalah cairan kristaloid isotonis dengan rekomendasi berupa ringer laktat/ asetat. Menurut Jurnal penelitian dari (Darwis, 2016) mengatakan bahwa cairan kristaloid isotonik efektif mengisi ruang intersisial, mudah disediakan, tidak mahal, tidak menimbulkan reaksi alergi. Berdasarkan jurnal penelitian dari (Utomo, 2014) tindakan pemberian terapi cairan secara dini pada penderita DBD sangat efektif karena mampu memenuhi kebocoran plasma sehingga tidak terjadi penurunan trombosit yang disebabkan proses penyakit DBD dan agar tidak terjadi kegawatan atau derajat yang lebih tinggi sehingga kematian pada penderita DBD bisa teratasi.

Implementasi dilakukan selama tiga hari mulai tanggal 18 Februari 2021 sampai 20 Februari 2021. Tidak semua intervensi dapat dilakukan oleh penulis. Seperti halnya memberikan posisi *Trendelenburg*, karena anak masih lemas, tampak terdiam dan cemas sejak penulis pertama kali melakukan pengkajian sehingga anak sulit untuk ditanya apa yang sedang dirasakannya. Anak hanya mau berbicara dan menganggukkan kepala jika ditanya dan diam saja pada saat penulis melakukan tindakan. Menurut jurnal penelitian (Tewuh et al., 2013) mengatakan bahwa banyak anak yang merasa takut, cemas

karena lingkungan yang baru selama dirawat di rumah sakit ini merupakan dampak hospitalisasi. Perawat dan dokter merupakan faktor yang membuat anak takut karena menggunakan pakaian putih serta alat – alat medik seperti suntik, thermometer yang membuat anak menjadi stres. Penulis melakukan pendekatan ke anak dengan melakukan komunikasi terapeutik seperti melakukan perkenalan, berbicara dengan nada yang lemah lembut, memasang wajah yang ramah dan tersenyum dengan memberikan umpan baik yang positif ini bertujuan untuk membuat anak merasa nyaman. Selain itu, penulis melakukan monitor intake , output cairan setiap 8 jam, memonitor frekuensi pernafasan pada pasien karena sudah mengalami efusi pelura, hal ini berdasarkan jurnal (Widityaningrum et al., 2011) mengatakan bahwa indikator mengetahui adanya efusi pleura yaitu dengan memonitor frekuensi pernafasan, sehingga bisa terhindar dari terjadinya syok dan angka kematian menjadi menurun. Menurut Pranata tahun 2013 dalam jurnal (Renira, 2019) mengatakan bahwa cairan adalah komposisi terbesar di dalam tubuh manusia, cairan juga membantu tubuh dalam melakukan metabolisme. Keseimbangan cairan memiliki peran penting dalam menjaga proses metabolisme. Cairan di dalam tubuh manusia normalnya yaitu sama antara asupan masuk (intake) dan keluaran (output). Jika kekurangan volume cairan sendiri terjadi berakibat hilangnya cairan dalam tubuh yang lebih cepat terjadi saat disatukan penurunan masukan cairannya yang tidak adekuat. Maka jumlah asupan cairan yang masuk dalam tubuh harus sama dengan jumlah cairan yang dikeluarkan dari tubuh. Selanjutnya penulis menghitung kebutuhan cairan pasien dalam jurnal(Leksana, 2015) mengatakan bahwa menghitung kebutuhan cairan sesuai berat badan dan dengan rumus $[10\text{kg pertama} \times 100\text{ml} + (10\text{kg kedua} \times 50\text{ml}) + (\text{sisanya} \times 20\text{ml})]$ hasilnya ialah kebutuhan cairan selama 24 jam. Disini penulis menghitung kebutuhan cairan pasien dengan berat badan 16,6 kg yaitu $[10\text{kg pertama} \times 100\text{ml} + (6,6 \text{ kg} \times 50\text{ml}) =$

1330ml. Menurut Mubarrak tahun 2015 dalam jurnal (Fauziah, 2016) dalam menghitung *Irreversible Water Loss* (IWL) usia ialah penentunya dengan rumus $[(30 - \text{usia dalam tahun})] = [(30 - 6) \times 16,6] = (24 \times 16,6) = 398,4$ cc. Menurut Lyndon tahun 2012 pada jurnal (Fauziah, 2016) dalam menentukan Jumlah cairan infus yang akaun diberikan ke pasien dengan rumus $[\text{tetes/menit} \times \text{faktor tetes(menit)} : \text{faktor tetes}] = [20 \times (24 \times 60) : 20]$ dihasilkan jumlah cairan infus 1440 cc.

Evaluasi dilakukan selama 3 hari dari tanggal 18 Februari 2021 sampai 19 Februari 2021. Hasil dari evaluasi selama 3 hari implementasi masalah keperawatan teratasi. Setelah diberi tindakan pemberian cairan yang tepat. Nilai hematokrit anak mengalami penurunan dan nilai trombosit mengalami peningkatan, mukosa bibir mulai lembab, turgor kulit elastis. Berhasilnya evaluasi ini juga didukung oleh tindakan pemberian cairan yaitu cairan isotonis seperti RL 500 cc 20 tpm. Menurut Effendy tahun 2010 dalam jurnal (Utomo, 2014) Setelah dilakukan tindakan pemberian cairan intravena peningkatan jumlah trombosit menunjukkan kebocoran plasma telah teratasi sehingga untuk mencegah terjadinya edema paru dan gagal jantung maka pemberian cairan intravena harus dikurangi jumlah dan kecepatan.

2. Risiko Defisit Nutrisi Dibuktikan Dengan Faktor Psikologis (Keenggana Untuk Makan)

Risiko Defisit Nutrisi adalah Berisiko mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme (PPNI, 2016). Pada tanggal 18 Februari 2021 penulis mengangkat diagnosa tersebut karena saat pengkajian ditemukan data pasien nafsu makan pasien menurun, hanya makan 3 suapan sendok dan mengalami penurunan berat badan dari 17 kg menjadi 16,6 kg selama dirumah dalam kurun waktu 4 hari dengan penurunan berat badan sebanyak 3%. Berat

badan ideal untuk anak usia 6 tahun yaitu 20 kg dengan tinggi badan 115 cm. Tanda – tanda vital suhu : 37° C, tekanan darah : 98/65 mmHg, Nadi :100 x/menit, *Respiratory Rate* (RR) : 22 x/menit, indeks masa tubuh (IMT): 13,2. Batasan karakteristik dalam Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) sudah sesuai dengan faktor risikonya yaitu faktor psikologis dan keengganan untuk makan sebagai indikatornya.

Alasan diagnosa risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan faktor psikologis (keenggana untuk makan) dipilih penulis sebagai diagnosa prioritas kedua karena menurut (Haerani & Nurhayati, 2020) mengatakan bahwa virus dengue yang telah masuk ke dalam tubuh penderitanya akan menimbulkan viremia yang mengakibatkan penderita mengalami nutrisi yng tidak adekuat. hal ini dibuktikan pada pasien An. R dengan adanya keluhan nafsu makan menurun dan keengganan untuk makan. Menurut jurnal (Huda, 2016) mengatakan bahwa nafsu makan yang berkurang bukanlah suatu penyakit melainkan suatu gejala klinis dari penyakit. Nasfu makan berkurang berakibat kekurangan gizi, hal ini perlu diperbaiki dengan pengaturan makan dengan memilih menu makanan yang kandungan gizinya tinggi, lebih variatif sesuai selera anak sehingga anak tidak mudah bosan.

Intervensi untuk diagnosa risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan faktor psikologis (keenggana untuk makan) selama 3 x 24 jam. Penulis akan menjabarkan tentang rasional pada diagnosa ini, yang pertama yaitu mengidentifikasi status nutrisi rasionalnya untuk mengetahui status nutrisi pasien. Mengidentifikasi makanan yang disukai dengan rasional dapat meningkatkan nafsu makan anak, melakukan *oral hygiene* sebelum makan dengan rasional menjaga kebersihan mulut dan menimbulkan rasa nyaman pada anak. Menganjurkan pemberian minuman jus buah – buahan seperti jambu biji merah, kurma, pepaya rasionalnya untuk meningkatkan kadar

trombosit pada pasien, menurut (Hermawati et al., 2018) mengatakan bahwa pemberian jus jambu menjadi salah satu terapi non farmakologis untuk meningkatkan kadar trombosit karena kandungan yang terkandung dalam jambu biji seperti vitamin C, A, B1, B2 dan B3, Protein, Asam Askorbat, dan zat yang memiliki fungsi untuk menghambat penyakit ialah flavonoid kuersetin. Menyajikan makanan secara menarik rasionalnya dengan memberikan penyajian makanan yang menarik menjadi upaya untuk meningkatkan daya terima pasien terhadap makanan yang diberikan, menganjurkan diet yang diprogramkan rasionalnya agar anak mendapatkan asupan gizi yang seimbang, kolaborasi dengan ahli gizi rasionalnya dengan ahli gizi dapat mendapatkan gizi yang sesuai dengan kebutuhan anak saat ini.

Implementasi dilakukan selama tiga hari mulai tanggal 18 Februari 2021 sampai 20 Februari 2021. Penulis memberikan informasi tentang diet yang telah diprogramkan oleh tim ahli gizi rumah sakit yaitu diet nasi tim dhf (nasi lunak, sayur tinggi serat, tinggi protein) menurut jurnal (Candra, 2019) asupan gizi yang diperlukan yaitu protein yang sangat berperan penting dalam sistem imun tubuh manusia sebagai imunostimulan, anti infeksi, melakukan perbaikan dan pembangunan pada rusaknya sel – sel tubuh juga aliran darah. Lemak berperan sebagai immunodulator pada asam lemak omega 3 dan 6. Lalu vitamin A, B kompleks, C, D, E, Tembaga, Besi, Magnesium, Selenium, Seng memiliki peran yang penting dalam asupan gizi yang cukup untuk mengobati dan mencegah infeksi demam berdarah. Menganjurkan keluarga untuk terus memberikan dukungan kepada pasien, menurut Jurnal dari (Puspita et al., 2018) mengatakan bahwa dukungan perawat dan keluarga menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi anak agar termotivasi dan semaksimal mungkin berupaya untuk mengonsumsi makanan dan minuman yang sudah disediakan. Menurut jurnal (Wahyuni et al., 2017) mengatakan

bahwa untuk memotivasi anak merupakan sebuah rangsangan yang menggerakkan anak untuk melakukan sesuatu yang sebelumnya tidak dilakukannya untuk mencapai sesuatu, misalnya dalam hal penelitian ini banyak anak-anak yang kurang menyukai sayuran sebagai pelengkap makanan maka diperlukannya motivasi pada anak untuk makan sayuran.

Evaluasi dilakukan selama 3 hari dari tanggal 18 Februari 2021 sampai 19 Februari 2021. Hasil dari evaluasi selama 3 hari implementasi masalah keperawatan teratasi sebagian karena pasien belum bisa menghabiskan satu porsi makanannya. Langkah yang dilakukan penulis yaitu terus memberikan motivasi kepada pasien untuk memotivasi keinginan untuk makan dan menambah porsi suapan dalam makannya. Didalam kriteria hasil yang sudah ditetapkan penulis pasien mulai mengalami perubahan adanya peningkatan keinginan untuk makan, porsi makan yang dihabiskan meningkat, berat badan membaik dengan hasil penimbangan di hari ke tiga yaitu 17 kg. Hal ini menunjukkan masalah teratasi sebagian lanjutkan intervensi untuk memberikan makanan yang disukai, lakukan *oral hygiene* sebelum makan, sajikan makanan secara menarik.

C. Tambah Diagnosa Keperawatan

Setelah membahas masalah keperawatan pada kasus An. R penulis akan membahas beberapa diagnosa tambahan yang tidak ditegakkan oleh penulis , sebagai berikut :

1. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan mengeluh lelah dan merasa lemah.

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (PPNI, 2016) Intoleransi aktivitas adalah ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari – hari. Diagnosa tersebut dapat diangkat menjadi diagnosa prioritas karena dari data yang didapatkan penulis. Ibu

pasien mengatakan sang anak lemah disebabkan kehilangan cairan dalam tubuh.

2. **Risiko tinggi terjadinya perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi (trombositopenia).**

Risiko perdarahan yaitu berisiko mengalami kehilangan darah baik internal (yang terjadi di dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh)(PPNI, 2016). Diagnosa risiko perdarahan dapat ditegakkan karena menurut data pasien yang didapatkan mengatakan nilai trombosit kurang dari $<100.000 \text{ sel/mm}^3$, munsul peteki pada ekstremitas di lengan kiri dan sebagian wajahnya.



BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Penulis telah memperoleh kesimpulan dari asuhan keperawatan pada An. R dengan Dengue Hemorrhagic Fever sebagai berikut :

1. Pengkajian keperawatan pada An. R dilakukan pada hari Kamis 18 Februari 2021, diperoleh data tampak lemas, mukosa bibir kering, turgor kulit menurun, nafsu makan menurun. Hasil pemeriksaan laboratorium Hematokrit 43,8 %, hemoglobin 14,7 g/dL, trombosit 24 ribu/uL, tes tourniquet terdapat bintik – bintik.
2. Masalah keperawatan yang muncul pada An. R adalah Diagnosa yang pertama yaitu Hipovolemi berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler ditandai dengan hematokrit meningkat , mukosa bibir kering, turgor kulit menurun. Diagnosa kedua Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan faktor psikologis dengan indikator keengganan untuk makan.
3. Rencana tindakan keperawatan yang diterapkan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Fokus intervensi yang diberikan kepada An. R dengan diagnosa prioritas yang pertama ialah Terapi Pemberian Cairan.
4. Implementasi keperawatan dilakukan selama tiga hari sesuai dengan intervensi yang sudah disusun sebelumnya.
5. Hasil evaluasi keperawatan yang didapatkan pada diagnosa pertama masalah An. R teratasi, penulis menganjurkan kepada keluarga untuk tetap memberikan asupan cairan 8 gelas sehari. Pada diagnosa kedua masalah An. R belum teratasi semua, penulis tetap memberikan motivasi kepada An. R untuk menambah porsi suapan saat makan, dan menyarankan kepada keluarga pasien untuk tetap memberikan

makanan yang disukai, lakukan *oral hygiene* sebelum makan, sajikan makanan secara menarik

B. Saran

1. Bagi Institusi

Hasil karya tulis ilmiah yang telah disusun penuli dapat menjadikan referensi intitusi pendidikan untuk memberikan materi penyusunan keperawatan dengan kasus demam berdarah dengue pada anak

2. Bagi Lahan Praktek

Hasil asuhan keperawatan yang sudah diberikan kepada pasien sudah baik dan hendaknya lebih meningkatkan mutu pelayanan agar dapat memberikan ashukan keperawatan yang optimal dengan mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan tentang keperawatan.

3. Bagi Masyarakat

Dalam masyarakat diharapkan orang tua terutama ibu mempunyai pemahaman yang baik mengenai tanda – gejala penyakit DBD, pencegahannya dan penanganannya, sehingga risiko dbd terutama pada anak – anak dapat memberikan penanganan pertolongan pertama pada keluarganya.

DAFTAR PUSTAKA

- Candra, A. (2010). Demam Berdarah Dengue : Epidemiologi , Patogenesis , dan Faktor Risiko Penularan. *Demam Berdarah Dengue: Epidemiologi, Patogenesis, Dan Faktor Risiko Penularan*, 2(2), 110–119. <http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/aspirator/article/download/2951/2136>
- Candra, A. (2019). Asupan Gizi Dan Penyakit Demam Berdarah/ Dengue Hemoragic Fever (Dhf). *Journal of Nutrition and Health*, 7(2), 23–31.
- Darmawan, D. (2019). Patofisiologi DHF. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Darwis, D. (2016). Kegawatan Demam Berdarah Dengue pada Anak. *Sari Pediatri*, 4(4), 156. <https://doi.org/10.14238/sp4.4.2003.156-62>
- Dinas Kesehatan Kota Semarang. (2016). Profil Kesehatan Kota Semarang Tahun 2016. *Dinas Kesehatan Kota Semarang*, 45–51.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. (2019). Profil Kesehatan Provinsi Jateng Tahun 2019. *Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah*, 3511351(24), 101.
- Fauziah, I. A. (2016). Upaya Mempertahankan Balance Cairan Dengan Memberikan Cairan Sesuai Kebutuhan Pada Klien Dhf Di Rsud Pandan Arang Boyolali. *Kesehatan*, 7–8.
- Haerani, D., & Nurhayati, S. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Demam Berdarah Dengue. *Buletin Kesehatan*, 4(2), 80–97.
- Hardi, J., Rambert, G., & Manoppo, F. (2015). Kadar Hemoglobin Dan Uji Tourniquet Pada Pasien Anak Dengan Infeksi Virus Dengue Di Manado. *Jurnal E-Biomedik*, 3(1), 1–4. <https://doi.org/10.35790/ebm.3.1.2015.7418>
- Hasanah, N. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengue Hemorrhage Fever

- (Dhf) Dengan Masalah Kekurangan Volume Cairan. *Journal of Nursing*, 01(01), 14–18.
https://docs.google.com/document/d/1TB4_5Alb9A1u6FoQYJr5Im8c3iv7cIDj/edit
- Hermawati, N., Ayu, G., & Debi, Y. (2018). Pengaruh konsumsi Jus Jambu Biji Merah Terhadap Peningkatan Kadar Trombosit Pada Pasien Demam Berdarah Dengue (DBD). *Jurnal Kesehatan Saintika Meditory Jurnal Kesehatan Saintika Meditory*, 1(August), 79–88.
<http://jurnal.syedzasaintika.ac.id/index.php/meditory/article/view/244>
- Huda, A. K. (2016). *Upaya Peningkatan Kebutuhan Nutrisi pada Anak dengan Dengue Haemorrhagic Fever*. 1–14. <http://eprints.ums.ac.id/>
- Indriyani, D. P. R., & Gustawan, I. W. (2020). Manifestasi klinis dan penanganan demam berdarah dengue grade 1: sebuah tinjauan pustaka. *Intisari Sains Medis*, 11(3), 694. <https://doi.org/10.15562/ism.v11i3.847>
- Kemkes RI. (2017). Demam Berdarah Dengue Indonesia. *Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Demam Berdarah Di Indonesia*, 5(7), 9.
- Kementerian Kesehatan RI. (2010). Demam Berdarah Dengue. *Buletin Jendela Epidemiologi*, 2, 48.
<https://pusdatin.kemkes.go.id/download.php?file=download/pusdatin/buletin/buletin-dbd.pdf>
- Kementerian Kesehatan RI. (2014). *Kondisi Pencapaian Program Kesehatan Anak Indonesia*.
<https://pusdatin.kemkes.go.id/download.php?file=download/pusdatin/infodatin/infodatin-anak.pdf>
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019. In *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019* (p. 189). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Leksana, E. (2015). Strategi Terapi Cairan pada Dehidrasi. *Cdk-224*, 42(1), 70–

73.

- Mayetti, M. (2016). Hubungan Gambaran Klinis dan Laboratorium Sebagai Faktor Risiko Syok pada Demam Berdarah Dengue. *Sari Pediatri*, 11(5), 367. <https://doi.org/10.14238/sp11.5.2010.367-73>
- Medik, R. (2021). *Data Kejadian Dengue Hemorrhagic Fever pada anak di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang bulan Desember 2020 - Februari 2021*.
- Nisa, W. D., Notoatmojo, H., & Rohmani, A. (2013). Karakteristik Demam Berdarah Dengue pada Anak di Rumah Sakit Roemani Semarang. *Jurnal Kedokteran Muhammadiyah*, 1(2), 93–98.
- Nurlaili. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada An. H Dengan Gangguan Bronkopneumonia (Brpn) Di Ruang Baitunnisa 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang*.
- PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1*. DPP PPNI.
- Prasetyowati, A. (2019). Kajian Epidemiologi Kejadian Demam Berdarah Dengue Di Wilayah Kerja Puskesmas Rowosari Kota Semarang. *Jurnal Manajemen Informasi Dan Administrasi Kesehatan (JMIAK)*, 2(2), 23–29. <https://doi.org/10.32585/jmiak.v2i02.453>
- Pujiarti, R. (2016). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Dengue Shock Syndrome (DSS) pada Anak di Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo Kota Semarang. *Universitas Negeri Semarang*, 35–43.
- Puspita, D., Nugroho, K. P. A., & Sari, N. K. K. (2018). Dukungan Perawat Dan Keluarga Dalam Pemberian Asupan Nutrisi Cairan Pada Pasien Penderita Demam Berdarah Di Rumah Sakit Paru Dr. Ario Wirawan, Salatiga. *Jurnal Kesehatan Kusuma Husada*, 39–47. <https://doi.org/10.34035/jk.v9i1.258>
- Rasyada, A., Nasrul, E., & Edward, Z. (2014). Hubungan Nilai Hematokrit

- Terhadap Jumlah Trombosit pada Penderita Demam Berdarah Dengue. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 3(3), 343–347. <https://doi.org/10.25077/jka.v3i3.115>
- Renira, T. A. W. (2019). *Pengelolaan Kekurangan Volume Cairan Pada An . U RSUD UNGARAN. C.*
- Sarayati, S. (2016). Analisis Faktor Perilaku Seksual Pada Anak SD di SDN Dukuh Kupang II - 489 Kecamatan Dukuh Pakis Kelurahan Dukuh Kupang Surabaya. *ADLN Perpustakaan Universitas Airlangga*, 11–76.
- Tansil, M. G., Rampengan, N. H., & Wilar, R. (2021). Faktor Risiko Terjadinya Kejadian Demam Berdarah Dengue pada Anak. *Jurnal Biomedik*, 13(28), 90–99. <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/biomedik/article/view/31760>
- Tewuh, N. R. ., Wahongan, G. J. ., & Onibala, F. (2013). Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Stres Hospitalisasi Pada Anak Usia Sekolah 6 - 12 Tahun Di Irina E Blu Rsup Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *Keperawatan*, 1, 2–6.
- Utomo, B. (2014). Pemberian Terapi Cairan Untuk Mencegah Syock Pada Anak Dengan Dengue Hemorrhagic Fever. *The Sun*, 1(3).
- Wahyuni, T., Syukri, M., & Halida. (2017). *Peningkatan motivasi anak makan sayuran melalui metode bermain permainan cooking class pada anak usia 5-6 tahun.* 1–11.
- Wayan, I., Pranata, A., & Artini, G. A. (2017). Gambaran pola penatalaksanaan demam berdarah dengue (dbd) pada anak di instalasi rawat inap rumah sakit umum daerah Kabupaten Buleleng tahun 2013. *Medika*, 6(5), 21–27. <http://ojs.unud.ac.id/index.php/eum>
- Widityaningrum, E., Arkhaesi, N., & Hardian. (2011). Frekuensi Pernafasan Sebagai Indikator Adanya Efusi Pleura Pada Demam Berdarah Dengue Anak Di RSUP Dr.Kariadi Semarang. *Artikel Ilmiah*, 1–22.

Yuliastati, & Nining. (2016). Keperawatan Anak. In *modul bahan ajar cetak keperawatan* (pp. 97–100). Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.



LAMPIRAN



Lampiran 1

SURAT KESEDIAAN MEMBIMBING

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ns. Kurnia Wijayanti, M.Kep

NIDN : 0628028603

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan FIK UNISSULA Semarang, sebagai berikut:

Nama : Melati Kusumaningtyas

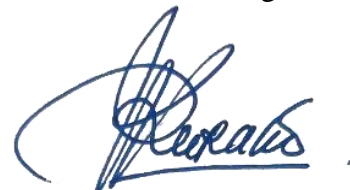
NIM : 40901800053

Judul KTI : Asuhan keperawatan pada an. R Dengan Demam Berdarah Dengue (DBD) Di Ruang Baitunnisa 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 25 Januari 2021

Pembimbing



Ns. Kurnia Wijayanti, M.Kep

NIDN. 0628028603

Lampiran 2

SURAT KETERANGAN KONSULTASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ns. Kurnia Wijayanti, M.Kep

NIDN : 0628028603

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan FIK UNISSULA Semarang, sebagai berikut:

Nama : Melati Kusumaningtyas

NIM : 40901800053

Judul KTI : Asuhan keperawatan pada an. R Dengan Demam Berdarah Dengue (DBD) Di Ruang Baitunnisa 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

Menyatakan bahwa mahasiswa seperti yang disebutkan di atas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing KTI mulai tanggal 25 Januari sampai dengan 13 Agustus 2021.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 13 Agustus 2021

Pembimbing



Ns. Kurnia Wijayanti, M.Kep

NIDN. 0628028603

Lampiran 3

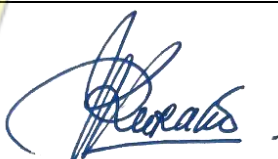

**LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH
MAHASISWA PRODI DIII KEPERAWATAN
FIK UNISSULA
2021**







NAMA MAHASISWA : Melati Kusumaningtyas





NIM : 40901800053


JUDUL KTI : Asuhan keperawatan pada an. R Dengan Demam Berdarah Dengue (DBD) Di Ruang Baitunnisa 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang

PEMBIMBING : Ns. Kurnia Wijayanti, M.Kep

| HARI/ TANGGAL | MATERI KONSULTASI | SARAN PEMBIMBING | TTD PEMBIMBING |
|----------------------------|--|--|---|
| Selasa, 26 Januari 2021 | Pembekalan dan pembahasan media untuk bimbingan kti. | Diskusi KTI via grup WhatsApp. |  |
| Rabu, 27 Januari 2021 | Pengambilan kasus | Konsul dan Pengambilan kasus yang ada di Rumah Sakit Islam Sultan Agung. |  |

| | | | |
|------------------------|-----------------------------|--|---|
| Jumat, 29 Januari 2021 | Pembahasan pengerjaan Askep | Dimaksimalkan pengkajian dalam kasus, baca buku panduan kti. |  |
| Rabu, 17 Februari 2021 | Acc Judul | Lanjutkan membuat Askep |  |
| Senin, 12 April 2021 | Askep | Lengkapi sesuai masukan, lanjutkan bab 1 dan 2 |  |
| Senin, 10 Mei 2021 | BAB 1 ,2, 3 | Perbaiki dalam penulisan latar belakang, perhitungan balance cairan |  |
| Rabu, 19 Mei 2021 | BAB 1 - 3 | Kesepakatan Poin – poin dalam konsep anak. Isinya disesuaikan dengan usia pasien. |  |
| Selasa, 25 Mei 2021 | BAB 1 - 4 | Lanjutkan ke bab 5. Cek dan teliti kaidah penulisan dan kutipan. |  |

| | | | |
|----------------------|------------------------------------|--|---|
| Senin, 31 Mei 2021 | BAB 1 - 5 | Revisi bagian balance cairan, dicari referensi dan dihitung dengan benar |  |
| Selasa, 01 Juni 2021 | BAB 1 - 5 | Persiapkan ujian sidang |  |
| Rabu, 02 Juni 2021 | BAB 1-5 | Revisi perbaikan sidang |  |
| Kamis, 10 Juni 2021 | Revisi BAB 1 - 5 | Dirapikan dan diteliti lagi dalam penulisan kaidah |  |
| Jumat, 18 Juni 2021 | Cek uji turnitin | Hasil turnitin belum memenuhi persyaratan , revisi bab 1 -5 diperbaiki parafrasanya. |  |
| Sabtu, 26 Juni 2021 | Memeriksa hasil turnitin BAB 1 - 5 | Hasil Turnitin 16 % |  |

| | | | | |
|------------------------|----|----------|-----|---|
| Jumat, Agustus 2021 | 13 | BAB 1 -5 | ACC |  |
|------------------------|----|----------|-----|---|



Lampiran 4

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. R DENGAN DEMAM
BERDARAH DENGUE (DBD) DI RUANG BAITUNNISA 1
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**



Disusun Oleh :

Melati Kusumaningtyas

40901800053

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG

SEMARANG

2021

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN ANAK

Nama : Melati Kusumaningtyas
Tempat Praktek : Baitunnisa 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang
Tanggal Pengkajian : 18 Februari 2021 pukul 08.45

I. IDENTITAS DATA

A. Klien

Nama : An. R
Tempat / Tnggal Lahir : Semarang 27 April 2014
Usia : 6 Tahun
Pendidikan : SD
Alamat : Semarang
Agama : Islam
Tanggal Masuk : 18 Februari 2021 pukul 02.15
No. CM : 01265912

B. Penanggung Jawab

Nama Ibu : Ny.
Pekerjaan : Swasta
Pendidikan : SMA
Agama : Islam
Alamat : Semarang
Suku / Bangsa : Jawa / Indonesia

II. KELUHAN UTAMA

Ibu Klien mengatakan bahwa klien lemas,

III. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

Untuk mengetahui lebih detail hal yang berhubungan dengan keluhan utama

1. Munculnya keluhan

- Ibu klien mengatakan bahwa klien mengalami demam 3 hari yang lalu, mengatakan suhu tubuh klien naik turun, disertai muntah muncul bintik – bintik merah pada wajah dan di lengan sebelum masuk rumah sakit. Klien mengatakan lemas dan sakit perut di bagian ulu hati.
- Ibu klien mengatakan jika klien muntah setelah makan berlanjut nafsu makan menurun, minum menurun dan berat badan anaknya sebelum sakit 17 kg saat sakit turun menjadi 16,6 kg

IV. RIWAYAT MASA LAMPAU

1. Prenatal

Ibu klien mengatakan saat sedang hamil klien rutin melakukan pemeriksaan kehamilan 1 kali dalam sebulan di bidan, tidak ada keluhan atau masalah. Nutrisi terpenuhi dengan mengkonsumsi buah – buahan , susu ibu hamil , tidak ada pantangan dalam makanan selama kehamilan dan tidak mengkonsumsi obat – obatan selama hamil.

2. Natal

Ibu klien mengatakan saat melahirkan klien dengan tindakan persalinan secara normal di bidan dengan berat badan 3 Kg, panjang badan 48 cm.

3. Post Natal

Ibu klien mengatakan keadaan ibu pasca melahirkan tidak ada mengalami perdarahan, ASI ibu klien dapat keluar dan banyak.

4. Penyakit waktu kecil

Ibu klien mengatakan bahwa klien memiliki riwayat penyakit diare.

5. Pernah dirawat di rumah sakit

Ibu klien mengatakan pada saat klien umur 1 tahun pernah dirawat di RS dengan penyakit diare.

6. Obat – obatan yang digunakan

Ibu klien mengatakan bahwa ketika klien sakit langsung dibawa ke pelayanan kesehatan terdekat dan diberi obat sesuai dengan yang diberikan oleh pelayanan kesehatan.

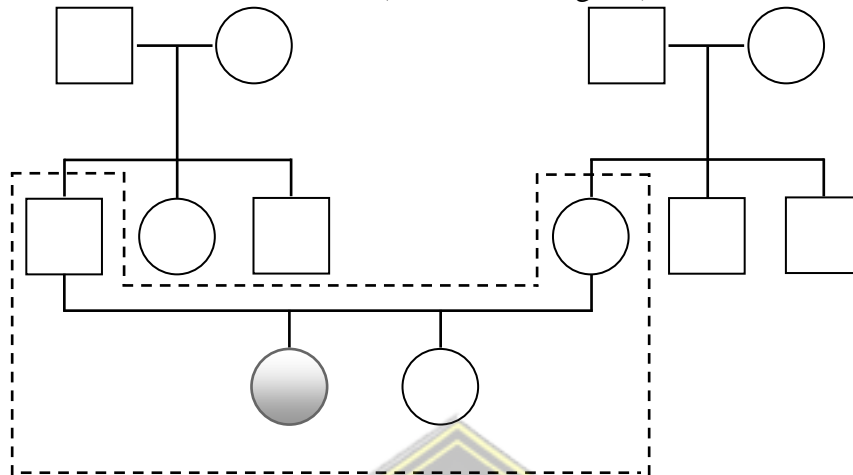
7. Alergi

Ibu klien mengatakan bahwa klien tidak memiliki riwayat alergi terhadap makanan, obat maupun binatang.






8. Imunisasi

| No | Imunisasi yang diberikan | Usia |
|----|--------------------------|---------|
| 1 | Hepatitis B | 0 bulan |
| 2 | BCG , Polio 1 | 1 bulan |
| 3 | DPT 1 | 2 bulan |
| 4 | DPT 2 | 3 bulan |
| 5 | DPT 3 | 4 bulan |
| 6 | Campak | 9 bulan |

V. RIWAYAT KELUARGA (Disertai Genogram)



Keterangan :

-  : Laki – Laki
-  : Perempuan
-  : Pasien Perempuan
-  : Tinggal Serumah
-  : Garis Keturunan

Ibu klien mengatakan bahwa di keluarga klien tidak ada yang memiliki riwayat penyakit yang berhubungan dengan penyakit yang diderita pasien dan tidak ada anggota keluarga lainnya yang memiliki penyakit hipertensi, DM, Jantung, atau penyakit lainnya.

VI. RIWAYAT SOSIAL

1. Yang Mengasuh dan alasannya

Ibu klien mengatakan bahwa selama orang tua klien bekerja yang mengasuh klien adalah nenek klien.

2. Pembawaan secara umum

Ibu klien mengatakan bahwa pembawaan secara umum klien yaitu periang , Namun pada saat berkomunikasi dengan perawat klien tampak malu tetapi klien sangat kooperatif.

3. Lingkungan rumah

Ibu klien mengatakan bahwa lingkungan rumah terjaga kebersihannya , terdapat jendela dan ventilasi , keselamatan anak terjamin.

VII. KEADAAN KESEHATAN SAAT INI

1. Diagnosa Medis : Dengue Hemoragic Fever
2. Tindakan Medis / Operasi : Cek Darah Rutin

VIII. PENGKAJIAN POLA FUNGSIONAL MENURUT GORDON

1. Persepsi kesehatan / penanganan kesehatan

Ibu klien mengatakan bahwa status kesehatan klien sejak lahir baik, dari sejak kecil hingga sekarang ibu klien rutin memeriksakan kesehatan anak di posyandu. Ibu klien mengatakan bahwa orang tua klien tidak merokok. Ibu klien mengatakan selalu mengganti pakaian anaknya jika kotor dan mengganti popok jika sudah penuh dan kotor. Ibu klien mengatakan selalu memberikan mainan untuk anak yang sesuai umur dan tentunya aman untuk dimainkan.

Orang tua :

Ibu klien selalu memperhatikan kesejahteraan dan kesehatan sang anak. Bila sang anak sedang sakit, ibu klien segera memeriksakan ke pelayanan kesehatan terdekat dan berharap lekas sembuh.

2. Nutrisi / Metabolik

Ibu klien mengatakan bahwa sebelum klien sakit kebiasaan makan baik , dalam sehari makan sebanyak 3 kali sehari, 1 porsi piring berupa nasi , sayur dan lauk seperti ikan goreng atau ayam goreng. Makanan yang disukai yaitu buah naga, pisang, susu. Selama dirawat selera makan menurun bila diberi makan dari rumah sakit berupa diet yang dianjurkan adalah bubur sebanyak 3 kali sehari hanya menghabiskan 3 sendok makan dari 1 porsi yang diberikan dan hanya minum kurang lebih 600 ml. Terpasang cairan intravena yaitu Futrolit 500 cc 20 tpm.

Orang tua :

Ibu klien mengatakan status nutrisi keluarga baik dan tidak ada masalah.

3. Eliminasi

Ibu klien mengatakan pola BAB klien sebelum sakit 1 kali dalam sehari, dengan warna kecoklatan dengan konsistensinya lunak, namun selama dirawat klien belum BAB. Pola BAK klien sebelum dan selama dirawat 4 – 5 kali dalam sehari ,bau pesing, warna kuning

jernih dengan perkiraan jumlah 408 ml, tidak ada kesulitan dalam BAK.

Orang tua :

Ibu klien mengatakan bahwa pola eliminasi dalam keluarganya baik tidak terdapat masalah.

4. Aktivitas / Latihan

Ibu klien mengatakan klien rutin mandi 2 kali dalam sehari dengan dibantu orang tua atau neneknya, selalu mengganti pakasian sesudah mandi. Aktivitas sehari – hari pasien sebelum sakit dengan bermain dirumah bersama adik dan teman sebayanya dengan pengawasan neneknya, sore berangkat les dan mengaji. Selama dirawat dalam melakukan aktivitas seperti mandi , makan , berpakaian pasien dibantu oleh orang tuanya.

Bernapas :

Ibu pasien mengatakan selama dirawat pasien tidak mengalami batuk, sesak nafas atau kesulitan bernapas, tidak terpasang alat bantu pernafasan.

5. Tidur / Istirahat

Ibu klien mengatakan pola tidur klien sebelum sakit yaitu tidur siang setelah dzuhur selama 1 jam dan tidur malam pada pukul 8 atau 9 malam selama 9 jam tidur. Selama dirawat ibu klien mengatakan pola tidur klien lebih banyak karena pada siang hari klien menghabiskan banyak waktu untuk tidur siang.

6. Kognitif / Perseptual

Klien belum sepenuhnya memahami penjelasan terhadap sakit yang sedang dialaminya. Klien akan spontan menoleh dan mencari siapa yang memanggil namanya. Klien sudah bisa menyebutkan namanya, klien akan mengeluh, merintih sebagai simbol bila merasa tidak nyaman.

7. Persepsi Diri / Konsep Diri

Ibu klien mengatakan sebelum dirawat klien adalah anak yang aktif, tetapi saat dirawat klien lebih diam. Ibu klien mengatakan bahwa ayah dan ibunya selalu ada untuknya supaya klien tidak merasa takut ketika berada di rumah sakit.

8. Peran / Hubungan

Ibu klien mengatakan bahwa klien adalah anak yang periang namun tidak mudah dekat dengan orang lain.

9. Seksualitas / Reproduksi

Ibu klien mengatakan bahwa anak – anaknya selalu diberikan kasih sayang penuh oleh kedua orang tua dan keluarga. Kebutuhan kasih sayang klien sudah terpenuhi.

10. Koping / Toleransi Stress

Klien belum sepenuhnya memahami tentang penyakit yang sedang dideritanya, klien mampu mengeluh dan merintih bila merasa tidak nyaman.

11. Nilai / Kepercayaan

Ibu klien mengajarkan keyakinan yang dimilikinya dengan membiasakan anaknya untuk berkegiatan rutin mengaji disore hari.

IX. PEMERIKSAAN FISIK

1. Keadaan Umum : Lemah

Kesadaran : Composmentis

2. Tanda Vital

Suhu : 37° C

Tekanan Darah : 98/65 mmHg

Nadi : 100 x/menit

Respiratory Rate : 22 x/menit

SPO2 : 100%

3. Antropometri

Berat Badan : 16 Kg

Tinggi Badan : 110 cm

Lingkar Kepala : 43 cm

Lingkar Dada : 34 cm

Indeks Masa Tubuh (IMT) : 16,6 kg : (1,10)²

جامعہ سلطان ابو جوع الإسلامية

4. Kepala

Bentuk Mesocephal, Rambut bergelombang, berwarna hitam, tampak lepek, tidak ada lesi pada kepala.

5. Mata

Bentuk simetris, Bersih, Konjungtiva anemis, Sklera tidak ikterik, Pupil isokor, Tidak terdapat pembesaran pupil.

6. Hidung

Bentuk lubang hidung simetris, Tidak terdapat sekret, Tidak ada sinusitis, Tidak ada nafas tambahan, Tidak menggunakan alat bantu pernafasan. Tidak mengalami perdarahan.

7. Mulut

Bentuk bibir simetris , Mukosa bibir kering, Bibir berwarna gelap, Tidak ada lesi , tidak terdapat sianosis, tidak ada perdarahan pada

gusi, tidak mengalami kesulitan menelan, tidak mengalami kesulitan berbicara.

8. Telinga

Bentuk Daun telinga simetris, Tidak terdapat luka / lesi, Tidak terdapat serumen, Tidak terdapat massa, Tidak menggunakan alat bantu dengar.

9. Leher

Tidak terdapat pembesaran kelenjar tonsil , tidak terdapat benjolan disekitar leher.

10. Dada

Bentuk dada simetris, tidak terdapat lesi, tidak terdapat nyeri tekan, pernafasan mengembang simetris antara dada kanan dan dada kiri. Payudara normal.

11. Jantung

- Inspeksi : tidak terlihat ictus cordis
- Palpasi : teraba ictus cordis di Intercosta V
- Perkusi : terdengar peka
- Auskultasi : irama jantung teratur, frekuensi 100x/m

12. Paru – paru

- Inspeksi : simetris
- Palpasi : Tidak ada retraksi dinding dada
- Perkusi : Terdengar suara perkusi sonor
- Auskultasi : Terdengar suara vesikuler, tidak ada bunyi nafas tambahan.

13. Abdomen

- Inspeksi : Bentuk simetris , tidak ada lesi , tidak terdapat benjolan, tidak terdapat bekas operasi, tidak terdapat asites.
- Palpasi : Tidak ada pembesaran pada perut, terdapat nyeri tekan pada ulu hati, tidak terdapat asites.
- Perkusi : Terdengar bunyi tympani.
- Auskultasi : Terdengar bunyi bising usus

14. Punggung

Bentuk simetris , tidak ada lesi , tidak terdapat kelainan tulang belakang.

15. Genitalia

Bersih , tidak ada luka atau lesi , tidak terpasang kateter.

16. Ekstremitas

Kuku bersih , bewarna merah muda , permukaan halus tidak terdapat lesi, tidak terdapat sianosis, Capillary refill time kurang dari 3 detik, turgor kulit kembali cepat, tidak terdapat edema, terpasang infus di ekstremitas kanan atas. Terdapat bintik merah disekitar tangan, Akral hangat.

17. Kulit

Kulit bersih , bewarna sawo matang , tidak terdapat edema, terdapat bintik – bintik merah di lengan dan wajah, turgor kulit menurun.

18. Neurologis

Pada ekstremitas tidak ada gangguan saraf.

X. PEMERIKSAAN PERKEMBANGAN

1. Kemandirian dan bergaul atau personal sosial

Ibu klien mengatakan bahwa klien sedikit pemalu dengan orang baru, ketika bermain klien bermain dengan adik dan teman – teman sebayanya.

2. Motorik halus

Ibu klien mengatakan bahwa klien sudah bisa menulis

3. Kognitif dan Bahasa

Klien sudah bisa memberi tahu berapa umurnya. Klien sedang belajar membaca huruf hijaiyah.

Bagi anak diatas 6 tahun , maka dinyatakan tumbuh kembang secara umum sbb:

a. Berat badan

i. Saat lahir : 3,0 Kg

ii. Saat ini : 16,6 Kg

b. Pertumbuhan gigi

Klien mengalami pertumbuhan gigi di usia 8 bulan dan mengalami pertumbuhan gigi lengkap

c. Usia saat mulai

i. Menegakkan kepala : 4 bulan

ii. Duduk : 6 bulan

iii. Merangkak : 8 bulan

iv. Berdiri : 10 bulan

v. Berjalan : 12 bulan

d. Perkembangan sekolah klien saat ini lancar dan dilakukan secara daring, klien juga mengikuti les tambahan.

XI. THERAPY

1. Infus

- a. Futrolit 200 cc, 20 tpm
2. Injeksi
- a. Fartison : 40 mg
 - b. Glybotic : 500 mg
 - c. Ranitidin : ¼ A
 - d. Ondancetron :
 - e. Sanmol : 125 mg
 - f. gelofusal : 500 ml 20 tpm
 - g. futrolit : 500 ml 20 tpm

XII. PEMERIKSAAN PENUNJANG

1. Pemeriksaan Radiologi

Nama : An. R

No. Rm : 01265912

Umur : 6 Tahun

Waktu : 17 Februari 2021 pukul 21:21

Thorax kecil AP / LAT (Non Kontras)

Ts. Yth

X foto thoraks RLD

Cor : Bentuk dan Letak Normal

Pulmo : Gerakan Vaskuler Tak Meningkat. Tak tampak bercak di kedua lapang. Pandang di lateral hemi thoraks kanan , tampak perselubungan homogen (PEI = 28)

Diaphragma dan sinus cosrofrenicus kanan tertutup.

Perselubungan homogen kiri baik.

Cor tak membesar.

Saat ini pulmo tak tampak kelainan.

Efusi Pleura Kanan (PEI = 28)

2. Pemeriksaan Laboratorium

Nama : An. R

No. Rm : 01265912

Umur : 6 Tahun

Waktu : 17 Februari 2021 pukul 21:21

Tabel 1 Pemeriksaan Serologis

| Pemeriksaan | Hasil | Nilai Rujukan | Satuan | Keterangan |
|--------------------------------|---------|---------------|--------|------------|
| Anti Dengue IgG dan IgM | | | | |
| Anti Dengue IgG | Positif | (-) negatif | | |
| Anti Dengue IgM | Negatif | (-) negatif | | |

3. Pemeriksaan Laboratorium

Nama : An. R
No. Rm : 01265912
Umur : 6 Tahun
Waktu : 17 Februari 2021 pukul 21:21

Tabel 2 Pemeriksaan Darah Rutin

| Pemeriksaan | Hasil | Nilai Rujukan | Satuan | Keterangan |
|-------------------------|-------|---------------|----------------|------------|
| Hematologi | | | | |
| Darah Rutin 3 | | | | |
| Hemoglobin | 16.4 | 10.7 – 14.7 | Gram/desiliter | |
| Hematokrit | 49.4 | 33.0 – 45.0 | % | |
| Leukosit | 3.75 | 5.00 – 14.50 | Ribu/uL | |
| Eritrosit | 5.9 | 3.8 – 5.2 | Juta/UL | |
| Trombosit | 22 | 184 – 488 | Ribu/UL | |
| Eosinofil % | 0.0 | 1.0 – 5.0 | % | |
| Basofil % | 0.8 | 0 – 1 | % | |
| Neutrofil % | 43.0 | 50 – 70 | % | |
| Limfosit % | 48.8 | 25 – 50 | % | |
| Monosit % | 6.1 | 1 – 6 | % | |
| Ig % | 1.3 | - | | |
| Netrofil limfosit ratio | 0.9 | | | |
| Absolut limfosit count | 1830 | | | |
| Index Eritrosit | | | | |
| MCV | 84.2 | 69.0 – 93.0 | | |
| MCH | 27.9 | 22.0 – 34.0 | | |
| MCHC | 33.2 | 32.0 – 36.0 | g/dL | |
| Kimia Klinik | | | | |

Crp kuantitatif 1.84 <= 3 Mg/L

4. Pemeriksaan Darah Rutin

Nama : An. R
No. Rm : 01265912
Umur : 6 Tahun
Waktu : 18 Februari 2021 pukul 06:22

Tabel 3. Pemeriksaan Darah Rutin

| Pemeriksaan | Hasil | Nilai Rujukan | Satuan | Keterangan |
|----------------------|-------|---------------|----------------|------------|
| Hematologi | | | | |
| Darah Rutin 1 | | | | |
| Hemoglobin | 14.7 | 10.7 – 14.7 | Gram/desiliter | |
| Hematokrit | 43.8 | 33.0 – 45.0 | % | |
| Leukosit | 3.79 | 5.00 – 14.50 | Ribu/uL | |
| Trombosit | 24 | 184 – 488 | Juta/uL | |

5. Pemeriksaan Laboratorium

Nama : An. R
No. Rm : 01265912
Umur : 6 Tahun
Waktu : 19 Februari 2021 pukul 06:02

Tabel 4 Pemeriksaan Darak Rutin 1

| Pemeriksaan | Hasil | Nilai Rujukan | Satuan | Keterangan |
|----------------------|-------|---------------|----------------|------------|
| Hematologi | | | | |
| Darah Rutin 1 | | | | |
| Hemoglobin | 12.2 | 10.7 – 14.7 | Gram/desiliter | |
| Hematokrit | 35.8 | 33.0 – 45.0 | % | |
| Leukosit | 4.08 | 5.00 – 14.50 | Ribu/uL | |
| Trombosit | 36 | 184 – 488 | Juta/uL | |

6. Pemeriksaan Laboratorium

Nama : An. R

No. Rm : 01265912
 Umur : 6 Tahun
 Waktu : 19 Februari 2021 pukul 06:02

Tabel 5 Pemeriksaan Darak Rutin 1

| Pemeriksaan | Hasil | Nilai Rujukan | Satuan | Keterangan |
|----------------------|-------|---------------|----------------|------------|
| Hematologi | | | | |
| Darah Rutin 1 | | | | |
| Hemoglobin | 13.3 | 10.7 – 14.7 | Gram/desiliter | |
| Hematokrit | 40.0 | 33.0 – 45.0 | % | |
| Leukosit | 6.11 | 5.00 – 14.50 | Ribu/uL | |
| Trombosit | 37 | 184 – 488 | Juta/uL | |

XIII. ANALISA DATA

| Tanggal / Jam | Data Fokus | Etiologi | Problem | TTD |
|--------------------------------|---|-----------------------------------|------------|--------|
| 18 – 02 – 2021 08.45 | Ds : – Ibu klien mengatakan klien lemas Ibu klien mengatakan klien kurang minum , minum \pm 300ml. Do : – Klien tampak lemah , letih – Mukosa bibir kering – Turgor kulit menurun – Hematokrit meningkat 43,8 % – Suhu : 37° C TD : 98/65 mmHg N : 100 x/menit RR : 22 x/menit – Input : 1322,55 cc | Peningkatan permeabilitas kapiler | Hipovolemi | melati |

| | | | | |
|--------------------------------|--|---|------------------------|--------|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Output : 1398,4 cc - IWL : 398,4 cc - Balance cairan : - 75,85 cc | | | |
| 18 – 02 – 2021 08.45 | <p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan nafsu makan anak menurun dan hanya makan 3 sendok. - Ibu klien mengatakan anaknya mengalami penurunan berat badan dari 17 kg menjadi 16,6 kg. <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemah - Tampak diit yang diberikan hanya ¼ porsi yang dihabiskan. - Mukosa bibir tampak pucat dan kering - Suhu : 37° C - TD : 98/65 mmHg - N : 100 x/menit - RR : 22 x/menit - BB : 16,6 Kg - TB : 110 cm - IMT : 13,2 <p>Mengalami penurunan berat badan 3%</p> | Faktor psikologis (keengganan untuk makan) | Risiko defisit nutrisi | melati |

XIV. PRIORITAS MASALAH

1. Hipovolemi b.d peningkatan permeabilitas kapiler d.d Hematokrit meningkat, Mukosa bibir kering, Turgor kulit menurun.
2. Risiko defisit nutrisi b.d faktor psikologis d.d nafsu makan menurun hanya ¼ porsi yang dihabiskan

XV. PLANNING / INTERVENSI

| Tanggal / Jam | Dx. Ke | Tujuan & Kriteria Hasil | Planning | Rasional | TTD |
|-------------------------|--------|---|---|--|--------|
| 18 – 02 – 2021 08.50 | 1 | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan Status Cairan membaik dengann kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Hematokrit membaik 2. Turgor kulit membaik 3. Membran mukosa lembab meningkat 4. Intake cairan membaik | <p>Manajemen hipovolemi</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Periksa tanda dan gejala (tekanan darah menurun, membrane mukosa kering, hematokrit meningkat) – Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Berikan asupan cairan oral <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Kolaborasikan pemberian cairan IV isotonis (misalnya Ringer Laktat) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui tingkat kekurangan vairan / hipovolemi 2. Mengetahui cairan yang akan dibutuhkan. | melati |

| | | | | | |
|--------------------------------|---|---|---|--|--------|
| 18 – 02 – 2021 08.50 | 2 | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan risiko defisit nutrisi membaik dengan kriteria hasil : – Keinginan untuk makan meningkat – Kemampuan menikmati makanan meningkat – Asupan nutrisi meningkat | <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Identifikasi status nutrisi – Identifikasi makanan yang di sukai – Monitor asupan terapeutik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan oral hygiene sebelum makan - Fasilitasi menentukan pedoman diet - Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Anjurkan posisi duduk – Anjurkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Kolaborasi dengan ahli gizi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui status nutrisi 2. Mengetahui makanan yang disukai 3. Menjaga kebersihan oral 4. Menarik keinginan untuk makan 5. Memberikan posisi yang nyaman | Melati |
|--------------------------------|---|---|---|--|--------|

XVI. IMPLEMENTASI

| Tanggal | Diagnosa | Implementasi | Respon klien |
|-------------------|----------|--|---|
| 18 Februari 09.00 | Dx. 1 | Memeriksa tanda dan gejala (tekanan darah 98/65 mmHg ,membrane mukosa bibir klien kering, hematokrit meningkat) | S : ibu klien mengatakan bahwa klien lemas O : klien tampak lemas dan mukosa terlihat pucat |

| | | | |
|-------|-------|---|--|
| 09.15 | Dx. 1 | Memonitor intake dan output cairan – Input : 1322,55 cc – Output : 1398,4 cc – IWL : 398,4 cc – Balance cairan : - 75,85 cc | S : ibu klien mengatakan bahwa klien keinginan minum menurun O : turgor klien menurun dan mukosa bibir pucat. |
| 09.25 | Dx. 1 | Menghitung kebutuhan cairan | S : ibu klien mengatakan bahwa bersedia untuk dihitung kebutuhan cairan anaknya O : BB 16,6 kg [10kg pertama x 100ml + (6,6 kg x 50ml)] = 1330ml |
| 09.30 | Dx. 1 | Mengkolaborasikan pemberian cairan IV isotonis (futrolit 20 tpm) | S : pasien mengatakan mau untuk di beri cairan isotonis. O : klien tampak kooperatif dengar arahan perawat. |
| 09.40 | Dx. 2 | Mengidentifikasi status nutrisi. | S: ibu klien mengatakan nafsu makan dan minum klien menurun O: Klien tampak lemas, Suhu :37°C TD :98/65mmHg N :100x/menit RR :22x/menit BB :16,6Kg TB :110cm IMT :16,6kg/(1,10) ² =13,2 |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | Mengidentifikasi makanan yang disukai oleh klien | <p>S: Ibu klien mengatakan bahwa klien suka ayam goreng dan ikan goreng. klien mengatakan bahwa klien suka buah naga dan buah pisang</p> <p>O: klien tampak antusias menceritakan makanan kesukaan .</p> |
| | | Menganjurkan keluarga untuk menyajikan makanan secara menarik | <p>S : Ibu klien mengatakan untuj mengikuti saran dari perawat. Klien mengatakan setuju dengan perawat untuk menambah suapan saat makan.</p> <p>O: Klien kooperatif dengan arahan dari perawatn.</p> |

XVII. EVALUASI

| Tanggal / Jam | Dx. Ke | Evaluasi | TTD |
|-----------------------|--------|--|--------|
| 18 Feb 2021/ 14.00 | Dx.1 | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan klien lemas - Ibu klien mengatakan klien sudah mau minum sebanyak 1 botol mineral <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien masih tampak lemah - Mukosa bibir kering - Turgor kulit menurun - Hematokrit meningkat 43,8 % - Suhu : 36,9° C TD : 102/71 mmHg N : 100 x/menit RR : 20 x/menit - Input : 937,5 cc | melati |

| | | | |
|---------------------|-------|--|--------|
| | | <p>– Output : 749,6 cc Balance cairan : + 187,9 cc</p> <p>A : masalah belum tertasi P : Lanjutkan intervensi ke 3 , 4 , 5 dan 6</p> | |
| | D.x 2 | <p>S : Ibu klien mengatakan bahwa klien sudah mau minum 1 gelas air O : klien masih tampak lemas , masih enggan untuk makan A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi</p> | |
| 19 feb 2021 / 20.30 | Dx.1 | <p>S: Ibu klien mengatakan klien sudah tidak lemas, sudah mau minum sebanyak 1botol mineral dan susu 1 gelas O: Klien tampak tidak lemas Mukosa bibir kering Turgor kulit mulai membaik Hematokrit menurun 35,8% Suhu :36.7°C TD :99/67 mmHg N :96 x/menit RR :22x/menit Input: 837,5 cc Output:699,6cc Balancecairan:= 137,9 cc</p> <p>A:masalah belum teratasi P:Lanjutkan intervensi ke 3,4,5dan6</p> | melati |
| | Dx. 2 | <p>S : Ibu klien mengatakan klien sudah lemas, sudah mau minum 1 botol mineral dan 1 gelas susu dan makan habis 5 sendok suapan. O : Anak tampak tenang , mukosa bibir mulai lembab , turgor klien membaik A :</p> | |

| | | | |
|--------------------------|-------|---|--------|
| | | Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi | |
| 20 feb 2021/ 12.00 | Dx .1 | S : Ibu klien mengatakan tidak lemas, sudah mau minum 1 botol air mineral sebanyak 600cc O : Anak tampak lebih segar , mukosa bibir lembab, turgor kulit membaik TD : 104/64 mmHg Suhu : 36,4 C N : 100x/menit RR : 22 x/menit Input: 837,5 cc Output:699,6cc Balancecairan:= 137,9 cc A : Masalah teratasi P : Pertahankan intervensi. Anjurkan pasien minum 8 gelas sehari. | melati |
| | Dx .2 | S : Ibu klien mengatakan tidak lemas, sudah mau minum 1 botol air mineral sebanyak 600cc dan makan menghabiskan 7 sendok suapan. O : Anak tampak tenang, mukosa bibir lembab, turgor kulit membaik A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi | |