

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

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan Sebagai Salah Satu Persyaratan
Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh :

SEPTIANNA ULI RAHMAWATI

NIM : 40901800091

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

HALAMAN JUDUL

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

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

SEPTIANNA ULI RAHMAWATI

NIM : 40901800091

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

2021

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.



HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah Berjudul :

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

Disusun Oleh :

Septianna Uli Rahmawati

40901800091

Karya tulis ilmiah telah disetujui oleh pembimbing untuk di pertahankan dihadapan tim penguji karya tulis ilmiah program studi D-III keperawatan fakultas ilmu keperawatan Unissula Semarang pada :

Hari : Septianna Uli Rahmawati

Tanggal : 13 Agustus 2021

Semarang, 13 Agustus 2021

Pembimbing



(Ns. Kurnia Wijayanti, M.Kep)

NIDN. 06-2802-8603

HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI

Karya tulis ilmiah ini telah di pertahankan di hadapan tim penguji karya tulis ilmiah program studi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Tanggal dan telah diperbaiki sesuai masukan tim penguji.

Penguji 1

Ns. Nopi Nur Khasanah, M.Kep.,

Sp. Kep. A. NIDN. 06-3011-8701

Penguji II

Ns. Indra Tri Astuti, M.Kep., Sp.Kep.A

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.

NIDN. 062.208.7403

MOTTO

“sesungguhnya Allah tidak akan merubah suatu kaum shingga mereka mengubah keadaan yang ada pada diri mereka sendiri”

(QS. Ar Ra'd : 11)

“Dan bahwassanya seorang manusia tidak memperoleh selain apa yang telah diusahakan.”

(QS. An. Najm : 39)

“Barangsiapa yang mempelajari ilmu penngetahuan yang seharusnya ditunjukkan untuk mrnari ridho Allah bahkan hanya untuk mendapatkan kedudukan kekayaan duniawi maka ia tidak akan mendapatkan baunya disurga nanti pada hari kiamat”

(Riwayat Abu Hurairah Radhiallahu anhu)



KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarokatuh

Puji syukur penulis haturkan kepada Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayahnya, sehingga penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dapat selesai dengan baik. Sholawat serta salam tak lupa penulis haturkan kepada junjungan Nabi Muhammad SAW yang telah membawa kita dari zaman yang gelap gulita hingga zaman terang benderang seperti saat ini. Semoga kita semua mendapatkan Syafaat-Nya di hari akhir nanti.

Karya Tulis Ilmiah ini berjudul “Asuhan Keperawatan pada An. P dengan Demam Berdarah Dengue di Ruang Baitunnisa 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”. Dalam proses penyusunan karya tulis ilmiah ini tidak terlepas dari banyaknya kesulitan. Tetapi berkat bantuan, bimbingan, dukungan serta doa dan kerja sama yang baik dari berbagai belah pihak akhirnya penulis telah menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Maka dari itu penulis mengucapkan terimakasih kepada :

1. Drs. H. Bedjo Santoso M.T, Ph.D, selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang
2. Iwan Ardian, SKM., M.Kep, Dekan Fakultas Ilmiah Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang
3. Ns. Muh. Abdurrouf., M.Kep selaku Kaprodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang
4. Ns. Kurnia Wijayanti, M.Kep selaku pembimbing Karya Tulis Ilmiah saya yang senantiasa bijaksana dan bersabar dalam memberikan bimbingan, semangat, nasehat, kepercayaan dan waktunya selama penulisan Karya Tulis Ilmiah saya.
5. Seluruh dosen pengajar dan staf Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan

berbagai ilmu selama masa perkuliahan hingga dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.

6. Kepada orang tua saya Bapak Supardjo dan Ibu Solichatun yang tercinta atas limpahan doa, susah payah, kerja keras dan kesabaran yang ikhlas serta berjuang demi masa depan dan kesuksesan penulis dan tidak pernah berhenti memberikann semangat motivasi dalam proses penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Kepada para sahabat saya yang selalu memberikan semangat dan dukungan serta motivasi dari mulai awal penulisan hingga akhir penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Teman-teman D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang angkatan 2018 yang saling mendukung dan memberikan motivasi dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Semoga Allah senantiasa memberikan balasan yang berlipat ganda kepada semua pihak yang telah ikhlas membantu dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini sangat jauh dari kesempurnaan, untuk itu peneliti mengharapkan kritik dan saran dari semua pihak guna menyempurnakan Karya Tulis Ilmiah ini. Akhirnya peneliti berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi siapa saja yang memerlukan dan membutuhkannya.

Wassalamual'aikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Semarang, 2 Juni 2021

Penulis



(Septianna Uli Rahmawati)

DAFTAR ISI

HALAMAN PERSETUJUAN.....	4
HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI.....	v
MOTTO.....	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
BAB I.....	1
PENDAHULUAN.....	1
A. LATAR BELAKANG.....	1
B. Tujuan Penelitian.....	3
1. Tujuan Umum.....	3
2. Tujuan Khusus.....	3
C. Manfaat Penelitian.....	3
1. Institusi Pendidikan.....	3
2. Profesi Keperawatan.....	3
3. Lahan Praktik.....	3
BAB II.....	4
KONSEP DASAR.....	4
A. Konsep Anak.....	4
1. Pengertian Tumbuh Kembang.....	4
2. Factor-Faktor Yang Mempengaruhi Tumbuh Dan Kembang.....	4
3. Tahap Tumbuh Kembang Masa Remaja.....	5
4. Tugas-Tugas Perkembangan Anak Usia 12 Tahun.....	5
B. Konsep Dasar Demam Berdarah <i>Dengeu</i>	6
1. Pengertian.....	6

2. Etiologi	6
3. Patofisiologi.....	6
4. Klasifikasi	7
5. Manifestasi klinis.....	7
6. Pemeriksaan diagnostic.....	8
7. Komplikasi	9
8. Penatalaksanaan medis.....	9
C. Konsep Asuhan Keperawatan Anak dengan DBD	11
1. Pengkajian.....	11
2. Diagnose Keperawatan.....	15
3. Intervensi Keperawatan	17
D. Pathways.....	20
BAB III.....	21
LAPORAN RESUME ASUHAN KEPERAWATAN	21
A. Pengkajian.....	21
Table 1 Hasil laboratorium hari pertama.....	25
B. Analisa Data	26
C. Diagnosa Keperawatan.....	27
D. Intervensi/Planning	27
E. Implementasi	28
F. Evaluasi	31
BAB IV	33
Pembahasan	33
A. Pengkajian	33
B. Diagnose Keperawatan	33
C. Diagnosa yang mungkin muncul.....	37
BAB V	38
PENUTUP	38
A. Kesimpulan.....	38
B. Saran	39
DAFTAR PUSTAKA	40
LAMPIRAN.....	43

BAB III TINJAUAN KASUS PENGKAJIAN KEPERAWATAN ANAK	47
I. Identitas Data	47
A. Klien.....	47
B. Penanggungjawab.....	47
II. Keluhan Utama	47
III. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG	48
A. Munculnya Keluhan	48
B. Karakteristik.....	48
C. Masalah Sejak Muncul Keluhan	48
IV. RIWAYAT MASA LAMPAU	49
V. RIWAYAT KELUARGA (GENOGRAM).....	50
VI. RIWAYAT SOSIAL	52
VII. KEADAAN KESEHATAN SAAT INI	52
VIII. PENGKAJIAN POLA FUNGSIONAL MENURUT GORDON.....	52
A. Persepsi Kesehatan/Peranganan Kesehatan	52
B. Nutrisi/Metabolic	54
C. Eliminasi.....	55
D. Aktivitas dan Latihan	56
IX. PEMERIKSAAN FISIK.....	66
X. PEMERIKSAAN PERKEMBANGAN.....	67
XI. THERAPY.....	68
XII. PEMERIKSAAN PENUNJANG.....	68
XIII. ANALISA DATA	68
XIV. PRIORITAS MASALAH	69
XV. PLANNING/INTERVENSI.....	70
XVI. IMPLEMENTASI	71
XVII. EVALUASI	75

DAFTAR TABEL

Table 1 Hasil laboratorium hari pertama	25
Table 2 Hasil laboratorium hari kedua	25
Table 3 Hasil laboratorium hari ketiga	26



DAFTAR GAMBAR

Figure 1 Pathways DBD.....20



BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Demam Berdarah Dengeu (DBD) merupakan penyakit berbasis vector yang menyebabkan kematian terbanyak di negara tropis dimana sifat negaranya yang endemis terutama pada usia kurang dari 15 tahun (Amin Huda Nurarif & Kus`uma Hardhi, 2015).

Angka kematian terbanyak dalam golongan usia 5-9 tahun sejumlah 507 kasus atau 29,2 % sedangkan untuk usia 10-14 tahun hanya 9 % atau 135 kasus hampir seluruh masyarakat endemis mengalami hal serupa mudah terjadi akibatnya banyak factor dapat mengakibatkan munculnya DBD (Dinkes Kota Semarang, 2017).

Incident rate (IR) DBD yang bersumber dari Dinkes Kota Semarang(2017)di Indonesia pada tahun 2014 memiliki jumlah kasus DBD 52,75 dari semua jumlah penduduk, sedangkan di tahun 2015 mengalami peningkatan menjadi 89,32. *Incident rate* (IR) DBD di Jawa Tengah memiliki jumlah kasus 33,28 per 100 ribu penduduk pada tahun 2014 dan di tahun 2015 memiliki jumlah 64,4 per 100 ribu penduduk(Dinkes Kota Semarang, 2017)

Kasus DBD digolongkan sesuai usia anak di umur 10-14 tahun juga dikemukakan oleh (Dinkes Kota Semarang, 2017) dengan jumlah 21 % di Kota Semarang pada tahun 2016, Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang (RSISA) memiliki jumlah pasien anak usia 12-15 berjumlah 33 dari 275 di segala usia pada tahun 2019 dan di tahun 2020 terdapat 17 pasien anak usia 12-15 dari 142 di segala semua usia(RSISA SEMARANG, 2021).

Komplikasi yang dihasilkan dari DBD yaitu dapat menyebabkan kasus Dengue Syok Syndrom(DSS) yang menyebabkan angka kematian DSS lebih tinggi daripada DBD dilansir dari (Setiawati, 2011) didapatkan kasus DSS

pada Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Persahabatan Jakarta di ruang anak sebanyak 74 kasus dari 483 kasus DBD dan DSS (15,32%) dan angka kematian karena DSS sebanyak 2 anak dengan presentase (0,41%) sedangkan angka kematian dari DBD tidak ada namun pasien anak yang dirawat sebanyak 409 kasus dari 2867 pasien berkisar usia <15 tahun.

Dengan begitu, peran perawat dan apa penting harus diberikan dengan cara memberikan preventif dan promotif melalui pihak yang terkait dengan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) dapat dilakukan secara mandiri agar angka kejadian di masyarakat sehingga pada saat sedang masuk musim penghujan potensi penyebaran Demam Berdarah *Dengue* (DBD) tidak tinggi maka setiap individu memiliki peran dalam pengendalian dengan cara pemberantasan sarang nyamuk meliputi menguras tempat penampungan air minimal 1 kali dalam 1 minggu, menutup tempat yang berpotensi dalam berkembang biakan sarang nyamuk, mendaur ulang atau memanfaatkan kembali barang bekas yang masih layak, dengan ini dapat mencegah timbulnya Kejadian Luar Biasa (KLB) (Wahyuanasari, 2020).

Berdasarkan dengan uraian yang telah disampaikan, maka penulis tertarik untuk menulis topik penelitian tentang ”*Pengelolaan Asuhan Keperawatan Pada Klien Anak dengan Kasus Demam Berdarah Dengeu (DBD) yang di Rawat di Ruang Baitunnisa 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang* “

B. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Menganalisa dan menerapkan studi kasus Asuhan Keperawatan pada Klien Anak dengan Kasus DBD yang di Rawat di Ruang Baitunnisa 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

2. Tujuan Khusus

Memberikan Asuhan Keperawatan pada Anak DBD secara komprehensif di Ruang Baitunnisa 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

C. Manfaat Penelitian

Penelitian ini setelahnya diharapkan dapat memberikan manfaat bagi:

1. Institusi Pendidikan

Pemberian pembelajaran dalam perkembangan ilmu pengetahuan secara komprehensif terutama pada kasus anak dengan Demam Berdarah *Dengue* (DBD) sehingga dapat menciptakan perawat yang berkompeten dan inovatif.

2. Profesi Keperawatan

Sebagai tolak ukur dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien anak *Demam Berdarah Dengue* dan dapat meningkatkan kemampuan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan.

3. Lahan Praktik

Diterapkannya di lahan praktik sesuai dengan standard yang di tetapkan dalam kasus penanganan *Demam Berdarah Dengue* dan meningkatnya mutu pelayanan dalam perawatan.

BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep Anak

1. Pengertian Tumbuh Kembang

Pertumbuhan berkaitan dengan perubahan dalam jumlah, ukuran, besar yang sifatnya kuantitatif sehingga dapat diukur menggunakan ukuran berat dan ukuran panjang (Sulistyo, 2011). Hal ini dimaksudkan anak yang memiliki pertumbuhan bukan hanya secara fisik, namun ukuran organ serta otak pada anak juga terlihat pertumbuhan sehingga anak dapat tumbuh dengan baik secara fisik maupun mental (Soetjiningsih dan Ranuh, 2013).

Perkembangan merupakan aspek perilaku dari pertumbuhan misalnya individu mengembangkan berjalan, berbicara dan melakukan suatu aktivitas yang lebih kompleks lainnya (Kozier, 2010). Istilah pertumbuhan dan perkembangan mengacu pada proses yang dinamis walaupun sering digunakan secara bergantian akan tetapi keduanya memiliki makna yang berbeda (Kozier, 2010).

2. Factor-Faktor Yang Mempengaruhi Tumbuh Dan Kembang

Menurut (Cahyaningsih, 2011) yaitu :

a. Factor Genetik

Melalui faktor genetik yang terkandung dalam sel telur yang sudah dibuahi dapat menentukan kualitas dan kuantitas pada pertumbuhan diantaranya factor genetic yaitu jenis kelamin, suku bangsa, keluarga, umur dan kelainan genetic lainnya.

b. Factor Lingkungan

Lingkungan yang dimaksud yaitu dalam lingkup *bio-fisik-psiko-sosial* yang dapat berpengaruh pada individu setiap hari.

3. Tahap Tumbuh Kembang Masa Remaja

Usia 12-20 tahun menurut (Soetjiningsih dan Ranuh, 2013) yaitu :

- a. Perubahan fisik cepat dan jelas terutama perkembangan reproduksi
- b. Maturitas reproduksi mulai dimulai hingga dewasa
- c. Teman sebaya dapat mempengaruhi perkembangan dan pertumbuhan serta konsep diri
- d. Kemampuan berpikir sudah abstrak serta menggunakan asan yang bersifat ilmiah sudah berkembang
- e. Sifat egoisentris menetap pada beberapa perilaku
- f. Hubungan pada orangtuanya pada umumnya mulai membaik seperti adanya komunikasi dengan komperehensif.

4. Tugas-Tugas Perkembangan Anak Usia 12 Tahun

Tugas perkembangan remaja menurut (Hurlock, 2010):

- a. Peranan sosial dicapai individu sesuai dengan jenis kelamin masing-masing
- b. Pencapaian individu pada hubungan yang lebih dewasa dengan teman sebaya laki-laki ataupun perempuan.
- c. Menerima kenyataan apabila terjadi perubahan fisik, dan bisa memanfaatkan fisiknya yang lain
- d. Kemadirian emosional individu dapat dicapai tanpa bergantung pada orangtua dan orang dewasa lainnya.
- e. Individu dapat mengelola ekonomi sendiri gna untuk mencapai jaminan kebebasan ekonomi.
- f. Mengembangkan keterampilan intelektual
- g. Mendapatkan penilaian dan system etika sebagai pedoman dalam perilaku

B. Konsep Dasar Demam Berdarah *Dengue*

1. Pengertian

Demam Berdarah Dengue(DBD) adalah suatu penyakit yang umumnya disebabkan oleh virus dengue (*arbovirus*) yang masuk kedalam tubuh melalui gigitan nyamuk *Aedes Aegypti* atau *Aedes Aebopictus*(Wijayaningsih, 2017).

Demam Berdarah Dengue(DBD) adalah penyakit yang disebabkan oleh virus yang bermanifestasi demam akut,perdarahan, nyeri otot dan sendi paling banyak dialami oleh anak dengan usia < 15 tahun(Lestari, 2016)

2. Etiologi

Virus *dengue* digolongkan dalam genus *Flavivirus*, keluarga *flaviridae*. Terdapat 4 serotipe virus yaitu DEN-1,DEN-2,DEN-3 dan DEN-4. Jenis paling banyak yang ditemukan di Indonesia yaitu jenis DEN-3. Infeksi salah satu serotype akan menimbulkan antibody terhadap serotype yang bersangkutan, sedangkan antibody yang terbentuk serotype kurang maka tidak dapat melindungi serotype lainnya. Individu yang tinggal pada daerah endemis *dengue*, selama hidupnya dapat terinfeksi oleh 3 atau 4 serotype. Semua jenis serotype virus *dengue* dapat juga ditemukan diberbagai daerah Indonesia (Amin Huda Nurarif & Kusuma Hardhi, 2015).

3. Patofisiologi

Virus *dengue*akan masuk melalui tubuh manusia melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti* sehingga menimbulkan viremia(fase demam akut). Dengan begitu pusat pengatur suhu di hipotalamus akan menimbulkan reaksi yang menyebabkan pelepasan zat (bradikinin,serotonin,trombin,histamine) sehingga terjadinya peningkatan suhu.Selain itu viremia dapat menyebabkan pelebaran pada dinding pembuluh darah, akibatnya cairan dan plasma berpindah dari intravascular ke intersisiel yang mengakibatkan

terjadinya hipovolemia dengan trombosit mengalami penurunan sehingga terjadinya trombositopenia (berkurangnya jumlah trombosit) sebagai reaksi dari antibody untuk melawan virus (Murwani, 2018). Dengan demikian, pembesaran plasma darah dapat terjadi dan menyebabkan kekurangan plasma sehingga dapat menimbulkan hipotensi, hemokonsentrasi (peningkatan hematokrit >20%) mengindikasikan adanya kebocoran pada plasma, hipoproteinemia, efusi serta renjatan (syok) akibatnya sangatlah penting untuk memonitor nilai hematokrit sebagai acuan pemberian cairan intravena (Nursalam, 2013)

4. Klasifikasi

Menurut (Nurarif & Hardhi, 2015) klasifikasi DBD diklasifikasikan sebagai berikut :

- a. Derajat I : demam dengan gejala non spesifik, terjadinya perdarahan spontan, uji tourniquet positif, trombositopenia dan hemokonsentrasi
- b. Derajat II : gejala yang timbul pada derajat satu di sertai dengan perdarahan di area lain misalnya gusi, nadi melemah
- c. Derajat III : pada individu ditemukan tanda pada sirkulasi dengan nadi lemah, tekanan darah menurun, ekstremitas dingin.
- d. Derajat IV : terdapat renjatan syok berat, nadi sulit teraba serta tekanan darah sulit untuk diukur.

5. Manifestasi klinis

Manifestasi klinis DBD menurut (Susilaningrum, 2013) adalah :

a. Demam

Demam terjadi secara mendadak dengan suhu tinggi 40°C berlangsung selama 2-7 hari bersamaan dengan muncul gejala lainnya seperti nyeri tulang dan persendian, nyeri kepala dan rasa lemas.

b. Perdarahan

perdarahan biasanya terjadi pada ahari ke 2 dan ke 3 demam menggunakan uji tourniquet menghasilkan ptekiea (bintik-bintik merah yang disebabkan intradermal), purpura (perdarahan pada

kulit), epistaksis (mimisan), perdarahan gusi.

- c. Mual muntah
- d. Trombositopenia ($<100.000/\text{mm}^3$)
- e. Hepatomegaly

Apabila terjadi peningkatan hepatomegaly dan hati teraba kenyal harus diperhatikan ada kemungkinan akan terjadi renjatan atau syok pada penderita.

- f. Renjatan (syok)

Permulaan syok biasanya terjadi pada hari ke tiga sejak awal demam, tanda kegagalan dari sirkulasi yaitu kulit lembab, dingin pada ujung hidung, jari tangan, jari kaki serta sianosis disekitar mulut.

6. Pemeriksaan diagnostic

Pemeriksaan penunjang yang mungkin dapat dilakukan meliputi (Wijayaningsih, 2017) :

- a. Pemeriksaan darah lengkap

Pemeriksaan darah rutin dilakukan untuk mengetahui kadar hemoglobin, hematokrit, jumlah trombosit. Peningkatan nilai hematokrit yang dijumpai pada DBD menjadi indikator utama terjadinya pembesaran plasma.

1) Pada demam *dengue* terdapat *Leukopenia* di hari kedua atau hari ketiga

2) Umumnya terjadi trombositopenia dan hemokonsentrasi.

- b. Pada pemeriksaan kimia darah: Hipoproteinemia (kadar protein dalam darah rendah), pemeriksaan darah lengkap.

- c. Uji hambatan *hemaglutinasi*

Prinsip dalam metode ini adalah mengukur campuran titer IgM dan IgG berdasarkan pada kemampuan *antibody-dengue* yang dapat menghambat reaksi *hemaglutinasi* darah angsa oleh virus *dengue* yang

disebut reaksi *hemaglutinasi inhibitor*(HI).

d. Uji netralisasi (Neutralisasi Test= NT test)

Uji serologi adalah alat uji yang paling spesifik dan sensitive untuk virus *dengue*. Menggunakan metode *plaque reduction neutralization test* (PRNT). *Plaque* merupakan tempat daerah virus yang menginfeksi sel dan memiliki batas yang jelas dilihat disekitar sel yang tidak terkena infeksi.

e. *Rontgen Thorax* : pada foto thorax (DBD grade III/IV dan sebagian besar grade II) biasanya terdapat efusi pleura

7. Komplikasi

Komplikasi yang terjadi pada pasien dengan DBD yaitu perdarahan massif dan *dengue shock syndrome* (DSS) atau *syndrome syok dengue* (SSD). Syok biasanya ditandai dengan nadi lemah atau cepat bahkan sampai tidak dapat teraba, tekanan nadi menurun hingga 20 mmHg atau sampai dengan nol, tekanan darah menurun hingga dibawah 80 mmHg atau bahkan sampai nol, terjadi penuru disekitar mulut dan kulit ujung jari, hidung, telinga, dan kaki teraba dingin (Pangaribuan, 2017).

Komplikasi DBD yang dapat terjadi diantaranya pada susunan system saraf pusat (SSP) yang dapat berbentuk konvulsi, kaku kuduk, perubahan kesadaran dan varises serta pada neurologi yang terjadi akibat pemberian cairan hipotonik yang berlebihan, infeksi, kerusakan hati, kerusakan otak, resiko syok serta dapat mengakibatkan kematian (Soedarto, 2012).

8. Penatalaksanaan medis

Penatalaksanaan medis menurut (KEMENKES RI, 2017) adalah :

a. Tatalaksana DBD tanpa syok

1) Fase demam

Pada fase demam anak harus diberikan cairan oral untuk mencegah dehidrasi, apabila anak tidak mau diberikan asupan oral dikarenakan anak mengalami muntah atau nyeri pada perutnya maka pemberian lewat intravena rumatan. Antipiretik dapat diberikan, tetapi perlu

diperhatikan karena tidak data mengurangi lama demam pada DBD.

2) Fase kritis

Fase kritis merupakan waktu transisi yaitu dimana suhu pada umumnya hari ke 3-5 demam. Pasien harus diawasi dengan ketat agar tidak terjadi syok. Pemeriksaan kadar hematokrit secara berkala merupakan pemeriksaan laboratorium yang terbaik dalam pengawasan hasil pemberian cairan yaitu penggambaran derajat kebocoran plasma dan pedoman kebutuhan cairan intravena. Hematokrit harus diperiksa minimal satu kali sejak awal sakit sampai ketiga hingga suhu normal kembali.

3) Penggantian volume plasma

Cairan intravena dibutuhkan apabila anak:

- a) Anak terus menerus muntah, tidak mau minum, demam tinggi dan tidak memungkinkan diberikan per oral karena ditakutkan akan mempercepat terjadinya syok.
- b) Jumlah cairan yang diberikan tergantung dari derajat dehidrasi dan kehilangan elektrolit, dianjurkan cairan glukosa 5% di dalam larutan NaCl 0,45%. Jika terdapat asidosis, diberikan natrium bikarbonat 7,46%, 1-2 ml/kgBB intravena perlahan-lahan
- c) Pada saat pasien datang dapat diberikan cairan kristaloid/NaCl 0,9% atau dekstrosa 5% dalam ringer laktat? NaCl 0,9% 6-7 ml/kgBB/jam. Monitor tanda vital, diuresis setiap jam dan hematokrit serta trombosit setiap 6 jam. Selanjutnya dapat dievaluasi selama 12-24 jam.

C. Konsep Asuhan Keperawatan Anak dengan DBD

1. Pengkajian

Dasar utama dalam melakukan asuhan keperawatan adalah pengkajian, hal ini dilakukan saat pasien masuk ke rumah sakit maupun saat pasien dirawat dirumah sakit (Widyorini & et al, 2017).

a. Identitas pasien

Nama, umur (pada pasien dhf paling banyak terserang saat usia anak kurang dari 15 tahun), jenis kelamin, alamat, pendidikan, nama orang tua, pendidikan orangtua dan pekerjaan orangtua.

b. Keluhan utama

Alasan atau keluhan utama yang paling sering pada pasien DBD adalah panas tinggi serta lemah.

c. Riwayat penyakit sekarang

Umumnya keluhan didapatkan pada anak yaitu panas mendadak disertai dengan menggigil, namun pada saat demam biasanya kesadaran anak composmentis. Panas mulai turun terjadi antara hari ke 3 dan ke 7, akan tetapi pada hari keduanya kondisi anak masih tampak lemah. Keluhan lainnya biasanya adanya nyeri telan, mual, muntal, anoreksia, diare atau konstipasi, sakit kepala, nyeri otot, dan persendian, nyeri ulu hati dan terasa pegal saat adanya pergerakan pada bola mata. Pada grade III dan IV terdapat manifestasi perdarahan pada kulit dan gusi, melena atau hematemesis.

d. Riwayat penyakit yang pernah diderita

DBD pada anak biasanya mengalami serangan ulang akan tetapi dengan tipe virus yang lain.

e. Riwayat imunisasi

Kemungkinan anak mengalami komplikasi dapat dihindarkan jika anak memiliki kekebalan tubuh yang baik.

f. Riwayat gizi

Status gizi pada setiap anak memang berbeda. DHF tidak hanya terjadi pada anak yang memiliki status gizi yang buruk saja, ada kemungkinan anak yang status gizinya baik dapat beresiko terkena DBD. Anak yang sedang mengalami DBD sering mengalami mual, muntah dan tidak nafsu makan. Apabila kondisi yang dialami berlanjut sedangkan anak tidak mendapatkan kecukupan nutrisi, anak akan mengalami penurunan status gizi dan mengalami penurunan pada berat badan.

g. Kondisi lingkungan

Kondisi lingkungan dapat mempengaruhi terjadinya DBD pada anak. Sering juga terjadi pada daerah yang memiliki pada penduduk dan lingkungannya kurang bersih seperti adanya genangan air atau gantungan baju dikamar.

h. Pola kebiasaan

- 1) Nutrisi dan metabolisme : Frekuensi, jenis, nafsumakan menurun dan kuantitas makanan yang dimakan berkurang.
- 2) Eliminasi: Pada saat anak terserang DBD biasanya anak akan mengalami konstipasi atau diare, sementara pada DBD anak grade IV sering terjadinya hematuria.
- 3) Tidur dan istirahat : saat sakit waktu tidur anak akan berkurang karena merasakan sakit pada anggota badan di daerah tertentu, sehingga kuantitas dan kualitas tidur anak berkurang.
- 4) Kebersihan : keluarga harus berupayadalam menjaga kebersihan lingkungan terutama pada tempat-tempat yang berpotensi menjadi sarang nyamuk Aedes aegypty.
- 5) Respon dan perilaku jika ada keluarga yang sedang sakit berupaya untuk menjaga kesehatan.

i. Pemeriksaan fisik : inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi dari ujung rambut sampai dengan ujung kaki. Berdasarkan dengan tingkatan DBD, kondisi anak adalah sebagai berikut:

- 1) Grade 1 yaitu keadaan umum yang lemah dengan kesadaran composmentis, tanda-tanda vital dan nadi lemah.
- 2) Grade II yaitu keadaan umum lemah dengan kesadaran composmentis, terdapat petechiae, perdarahan gusi dan telinga, serta nadi teraba lemah, kecil.
- 3) Grade III yaitu keadaan umum lemah dengan kesadaran apatis, somnolen, nadi teraba lemah dan kecil serta tekanan darah menurun.
- 4) Grade IV yaitu kesadaran coma, tanda-tanda vital : nadi tidak teraba, tekanan darah tidak teratur, perapasan tidak teratur, ekstremitas dingin, berkeringat, dan kulit tampak membiru.

j. System Integumen

- 1) Adanya petechiae pada kulit, turgor menurun, dan muncul keringat dingin dan lembab.
- 2) Ada atau tidak sianosis di kuku
- 3) Kepala dan leher : kepala terasa nyeri, muka
- 4) tampak kemerahan karena demam, mata enemis, hidung kadang mengalami perdarahan atau epistaksis pada grade II, III, IV.
- 5) Mulut : pada mulut didapatkan mukosa mulut kering, terjadi perdarahan gusi dan adanya nyeri telan. Sementara tenggorokan mengalami hiperemia faring dan terjadi perdarahan di telinga (pada grade II, III, IV).
- 6) Dada : bentuk simetris dan terkadang mengalami sesak di dada. Pada hasil foto thorak terdapat cairan paru yang tertimbun pada paru disebelah kanan (efusi pleura) , ronchi + , hal itu biasa

terdapat pada grade III dan IV.

- 7) Abdomen : sering terjadi mengalami nyeri tekan dan pembesaran hati atau hepatomegaly dan asites
- 8) Ekstremitas : yang dapat dirasakan oleh pasien yaitu dingin serta adanya nyeri sendi, otot dan tulang.

k. Pemeriksaan laboratorium

Pasien DBD saat dilakukan pemeriksaan darah akan dijumpai :

a) Hematologi

(1) Trombosit

Pemeriksaan trombosit biasanya dilakukan pada hari ke 3 sampai 7 sakit. Pemeriksaan trombosit diperlukan pengecekan ulang setiap 4-6 jam sampai terbukti bahwa jumlah trombosit dalam batas yang normal atau kondisi klinis penderita sudah membaik.

(2) Hematokrit

Penilaian hematokrit digunakan sebagai indikator terjadinya pembesaran pada plasma jika hematokrit mengalami peningkatan 20% misalnya nilai hematokrit 35% menjadi 42% ini mencerminkan adanya peningkatan permeabilitas kapiler dan pembesaran pada plasma.

b) Radiologi

Radiologi digunakan untuk mendeteksi adanya efusi pleura letaknya pada paru kanan.

c) Serologis

Pemeriksaan serologis didasarkan atas timbulnya antibody

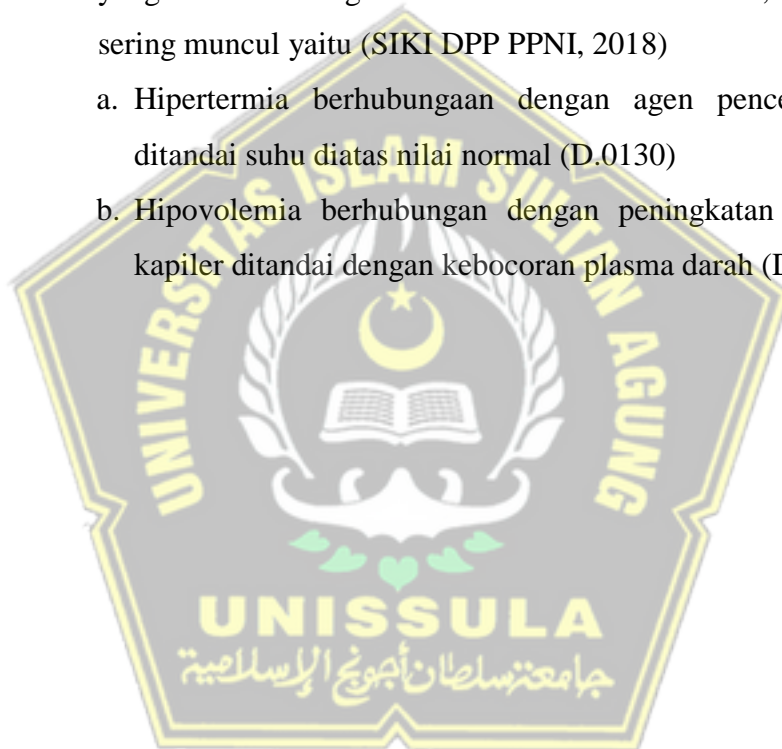
(1) Uji Serologi Hemaglutinasi Inhibisi

Pemeriksaan ini memerlukan 2 sampel darah yaitu sample specimen pertama diambil pada fase akut dan kedua pada fase konvalen (penyembuhan).

2. Diagnose Keperawatan

Diagnose keperawatan dilakukan sebagai penilaian kllinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami secara actual maupun potensial. Tujuan ditegaskan diagnose keperawatan adalah untuk mnegidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Pada kasus DHF, diagnose yang sering muncul yaitu (SIKI DPP PPNI, 2018)

- a. Hipertermia berhubungan dengan agen pencederafisiologis ditandai suhu diatas nilai normal (D.0130)
- b. Hipovolemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler ditandai dengan kebocoran plasma darah (D.0023)



Uraian berikut didapatkan dari diagnose yang dapat timbul bagi pasien DBD dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI DPP PPNI 2017).

1) Hipertermia (D.0130)

Pengertian :Suhu tubuh meningkat diatas rentang normal tubuh

Penyebab :Proses penyakit (mis. Infeksi,kanker dll.)

a) Kriteria Mayor

Subyektif : (tidak tersedia)

Objektif

(1) Suhu tubuh diatas normal $>37^{\circ}C$

(2) Kejang

(3) Takikardi

(4) Takipnea

(5) Kulit terasa hangat

2) Hipovelemia (D.0032)

Pengertian :Penurun pada volume cairan intravaskuler, intersisiel, dan/atau intraseluler.

Penyebab :Kehilangan cairan aktif,Peningkatan permeabilitas kapiler,Kekurangan intake cairan

a) Kriteria Mayor

Subjektif : (tidak tersedia)

Objektif

(1) Frekuensi nadi meningkat

(2) Nadi teraba lemah

(3) Tekanan darah menurun

(4) Tekanan nadi menyempit

(5) Turgor kulit menurun

(6) Membrane mukosa kering

(7) Volume urin menurun

(8) Hematokrit meningkat

b) Kriteria Minor

Subjektif : Merasa lemah dan Mengeluh haus

Objektif :

- (1) Pengisian vena menurun
- (2) Status menta berubah
- (3) Suhu tubuh meningkat
- (4) Konsentrasi urin meningkat
- (5) Berat badan turun secara tiba-tiba

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala tindakan yang dikerjakan oleh perawat berdasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (SIKI DPP PPNI, 2018) (SLKI DPP PPNI, 2019).

a. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit

Tujuan : suhu tubuh agar tetap berada pada rentang yang normal 36,5-37,5°C

Kriteria hasil : (L. 14134)

- 1) Menggigil menurun
- 2) Kulit merah menurun
- 3) Suhu tubuh membaik
- 4) Tekanan darah membaik

Intervensi : (I. 15506)

Observasi

- 1) Mengidentifikasi penyebab hipertermia (mis. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan incubator)
- 2) Memonitor suhu tubuh
- 3) Memonitor kadar elektrolit
- 4) Memonitor keluarannya urin

Teraupetik

- 1) Menyediakan lingkungan yang dingin
- 2) Melonggarkan atau lepaskan pakaian
- 3) Membasahi dan kipasi permukaan tubuh
- 4) Memberikan cairan oral
- 5) Melakukan pendinginan eksternal (mis. Kompres pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila)
- 6) Menghindari pemberian antipiretik atau aspirin
- 7) Memberikan oksigen, jika perlu

Edukasi :Menganjurkan tirah baring

Kolaborasi :Berkolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, *jika perlu*

b. Hipovolemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler

Tujuan : gangguan volume cairan tubuh dapat teratasi

Kriteria Hasil : (L.03028)

- 1) Turgor kulit meningkat
- 2) Output urine meningkat
- 3) Tekanan darah dan nadi membaik
- 4) Kadar hemoglobin membaik

Intervensi (I.03116) :

Observasi

- 1) Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. Frekuensi nadi mningkat,nadi terasa lemah,tekanan darah menurun,tekanan nadi menyempit,turgor kulit menurun,membrane mukosa kering,volume urin menurun,hematokrit meningkat, haus dan lemah).
- 2) Memonitor intake dan output cairan

Teraupetik :Memberikan asupan cairan oral

Edukasi :Menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral

Kolaborasi :Berkolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. NaCl, RL)



D. Pathways

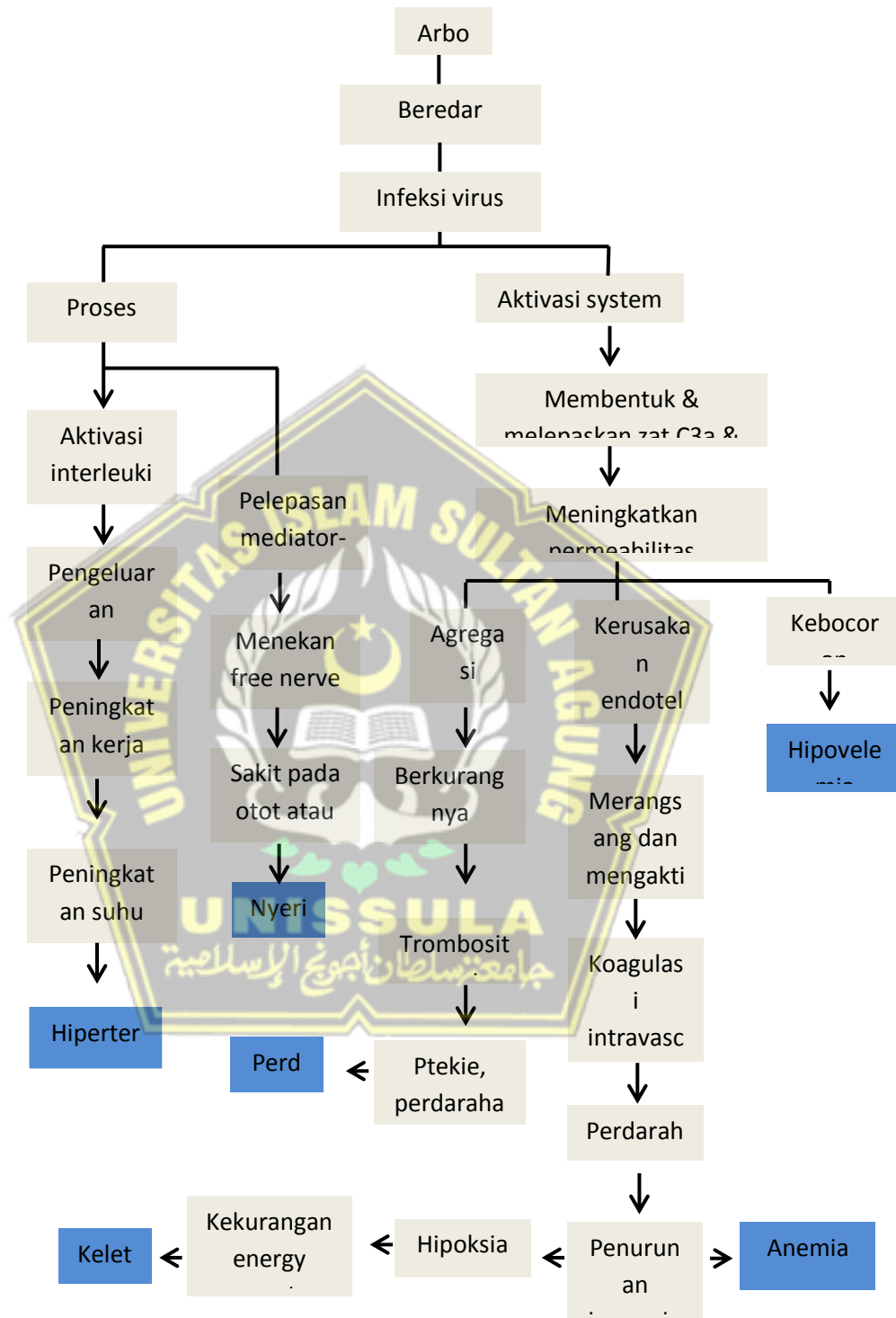


Figure 1 Pathways DBD

Sumber : (Nurarif &Hardhi, 2015)

BAB III

LAPORAN RESUME ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan oleh penulis pada tanggal 15 Februari 2021 pukul 20.15. Kasus yang diambil oleh penulis adalah demam berdarah dengue pada An.P di Ruang Baitunnisa 1. An.P masuk rumah sakit sampai di bangsal pada jam 20.00 WIB tanggal 15 Februari 2021.

1. Identitas

a. Identitas klien

Nama klien An. P dengan usia 12 tahun, alamat rumah Genuk Sari 1/7 Semarang. Klien dirawat pada tanggal 15 Februari 2021 dengan diagnosa medis Demam Berdarah Dengue, nomor rekam medik 01139636

b. Identitas penanggung jawab

Selama An. P dirawat penanggung jawab adalah ibu An. P, Ny. A berusia 33 tahun, beragama Islam, alamat tinggal Genuk Sari RT 1 RW 7 Semarang, sedangkan Tn.A memiliki pekerjaan di luar Jawa saat An. P dirawat di rumah sakit.

2. Alasan dirawat

An.P terdiagnosa Demam Berdarah Dengue, setelah An. P mengalami demam dirumah selama 4 hari.

3. Kesehatan sekarang

Ny. A mengatakan bahwa An.P demam pada hari ke 4, sebelumnya sudah dibawa ke klinik terdekat. Ny. A tidak tahu nama obatnya, yang Ny. A ketahui itu obat penurun panas dan vitamin. Pada saat dibawa ke rumah sakit Ny. A mengatakan anaknya masih demam, kulit terlihat bintik-bintik merah, keadaannya lemas, sejak pagi An.P tidak mau makan. An.P mau minum air 250ml setiap kali makan kalau tidak makan tidak minum air.

4. Riwayat prenatal

Ny. A selaku ibu dari An. P mengatakan lahir spontan di bidan terdekat lahir dengan berat badan 3400 gram dan panjang 50 cm. pada kehamilan An.P, Ny. A mengatakan tidak memiliki alergi atau sedang konsumsi obat-obatan. Setelah lahir, An.P tercukupi dalam imunisasi yaitu *difteri, pertussis dan tetanus* (DPT), Hib, Polio, Campak, *measles and rubella* (MR). klien An.P juga memiliki riwayat sakit demam typhoid di umur 10 tahun.

5. Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat kesehatan keluarga yang pernah dialami oleh Ny. A yaitu hipertensi pada 1 tahun yang lalu sedangkan Tn.A tidak ada riwayat sakit.

6. Pengkajian pola fungsional

a. Persepsi kesehatan/penganganan kesehatan

Orang tua An.P mengatakan bahwa anaknya dapat sembuh dalam beberapa hari kedepan, Ny. A selalu berdoa agar anaknya kembali sehat.

b. Nutrisi / metabolic

Sebelum sakit, Ny. A mengatakan bahwa An.P tidak ada masalah dalam makan dan minum karena setiap hari An.P makan teratur dengan makan nasi dan masakan yang dimasak oleh Ny. A, pada saat mulai demam An.P masih mau makan tapi sedikit (5 sendok makan), jika makan terlalu banyak An.P mengatakan rasanya mual tapi tidak muntah, An.P mengatakan makan teratur sehari 3 kali. An.P mengatakan minum air hanya saat setelah makan saja (500ml setiap makan)

c. Eliminasi

Buang air besar (BAB) : klien belum BAB semenjak sakit buang air kecil (BAK) : buang air kecil klien lancar frekuensi 4x sehari, baunya pesing, warna kuning, dan tidak ada kesulitan dalam BAK.

d. Aktivitas latihan

Saat ini An.P masih terbaring lemas dan belum membutuhkan pergerakan yang banyak untuk melakukan aktivitas. Saat dirumah selama demam An. P mengatakan masih bisa melakukan aktivitas

seperti *toileting, bathing, feeding, dressing, transvering, moving* dengan cara mandiri.

e. Tidur/istirahat

Pada saat pengkajian An.P berkeinginan ingin tidur karena An.P baru sampai di rumah sakit. Sebelum sakit Ny. A mengatakan waktu tidur An.P baik pada jam 9 malam dan bangun pada jam 5 pagi.

f. Kognitif perseptual

An. P sangat paham bahwa dirinya saat ini sedang sakit di haruskan di rawat di rumah sakit.Saat diajak bicara An.P selalu merespon dengan baik dan paham kemana arah pembicaraan.

g. Peran dan hubungan

Ny. A dan An. P masih bisa berinteraksi dengan baik sehingga tidak tampak stress pada Ny. A.

h. Koping/toleransi stress

Ny. A saat mengetahui An.P akan di rawat di rumah sakit hanya bisa berdoa dan mendukung anak dalam proses penyembuhan.

i. Nilai kepercayaan

An. P dan keluarga menganut agama islam dan mereka selalu menjalankan ibadah yang dianutnya.

j. Pemeriksaan tanda vital

1) Keadaan umum An. P composmentis, lemas, mukosa bibir kering

2) Tekanan darah(TD) 90/55 mmHg

3) Nadi(N) 65 x/menit

4) Suhu tubuh (S) 38,5 °C

5) Berat badan 45 kg

6) Tinggi badan 158 cm

k. Pemeriksaan fisik

1) Kepala

Bentuk kepala An.P mesocephal, rambut warna hitam, kulit rambut bersih, daerah sekitar wajah terdapat bintik merah.

2) Mata

Kedua mata An.P simetris, konjungtiva tidak anemis, seklera warna putih, sekitar mata tampak bersih.

3) Hidung

Hidung An.P terlihat simetris, tidak terpasang oksigen.

4) Mulut

Tampak mukosa bibir An.P kering.

5) Telinga

Terlihat telinga simetris antara kanan dan kiri, terlihat bersih dan tidak terpasang alat bantu dengar

6) Leher

Tidak teraba pembesaran pada kelenjar tiroid, daerah sekitaran leher tidak ada luka.

7) Dada

a) Jantung

Tidak ada retraksi dinding dada, saat dilakukan palpasi dada simetris, auskultasi terdengar bunyi lupdup, saat dilakukan perkusi terdengar bunyi pekak tanda bahwa jantung berada ditempatnya.

b) Paru-paru

Terlihat pengembangan dada kanan dan kiri simetris, palpasi pada dada simetris kanan dan kiri, auskultasi bunyi paru vesikuler, dan hasil perkusi bunyi paru sonor.

8) Abdomen

Pemeriksaan pada abdomen, saat dilakukan inspeksi bentuk perut terlihat simetris, terdengar suara bising usus 5x/menit, saat dilakukannya palpasi pada perut tidak teraba adanya pembesaran pada hati, klien An.P tidak ada keluhan dalam abdomen.

9) Punggung

Punggung An. P tampak bersih, tidak ada lesi atau bekas luka.

10) Genetalia

An.P mengatakan genetalia rutin dibersihkan menggunakan air bersih

11) Extreminas

Ektremitas An.P di area jari tangan dan kaki tidak terdapat kelainan,terpasang selang infus di kanan, terdapat bintik merak pada tangan kanan dan kiri.

12) Kulit

Kulit An.P tampak kering,warnanya simetris dengan yang lain sawo matang,turgor pada kulit kurang elastis.

7. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan hasil laboratorium yang didapatkan pasien berupa hasil laboratorium pada tanggal 15 Februari 2021 pukul 20.00 wib.

Hasil pemeriksaan laboratorium klinik

No Rm :01139636

Nama: An.P

Table 1 Hasil laboratorium hari pertama

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai normal	Keterangan
Haemoglobin	15.3	g/dL	11.8-15.0	H
Hematokrit	46.0	%	33.0-45.0	H
Trombosit	8	Ribu/ μ L	156-408	LL

Hasil laboratorium 16 Februari 2021 pukul 07.00

Hasil pemeriksaan laboratorium klinik

No Rm :01139636

Nama: An.P

Table 2 Hasil laboratorium hari kedua

Haemoglobin	13.9	g/dl	11.8-15.0
Hematokrit	41.7	%	33.0-45.0

Trombosit 5 Ribu/ μ L 156-408 LL

Hasil laboratorium 17 Februari 2021 07.00

Hasil pemeriksaan laboratorium klinik

No Rm :01139636

Nama: An.P

Table 3 Hasil laboratorium hari ketiga

Haemoglobin	14.1	g/dL	11.8-15.0
Hematokrit	42.8	%	33.8-51.0
Trombosit	12	Ribu/ μ L	156-408 LL

8. Therapy

Terapi yang diperoleh selama penambahan kebutuhan cairan An.P adalah Futrolit 500 ml, gelafusal 500 ml sebanyak 2 kantong. Setelahnya diberikan terapi pemulihan yaitu glybotic 2x 1 gram, fartison 2x50mg, sanmol iv 500 ml, ondansentron 3x4 mg.

B. Analisa Data

Setelah dilakukan pengkajian pada tanggal 15 Februari 2021 pukul 20.00 diperoleh beberapa data, selanjutnya penulis mengelompokkan dan menganalisa data sehingga penulis mendapatkan identifikasi masalah keperawatan dan intervensi sesuai dengan masalah keperawatan. Adapun data yang diperoleh sebagai berikut:

1. Data objektif An. P didapatkan TD 90/55 mmHg klien mengeluh badan lemas, nadi 65 x/menit teraba lemah, turgor kulit kurang elastis, mukosa bibir kering, hematokrit meningkat 46%. Dari data yang sudah dihasilkan dapat ditarik masalah keperawatan yaitu hipovolemia b.d peningkatan permeabilitas kapiler.
2. Data obyektif suhu tubuh An. P dengan nilai di atas normal 38,5°C, kulit terasa hangat, berdasarkan dari analisa data tersebut dapat ditarik kesimpulan dengan masalah keperawatan hipertermia b.d proses penyakit terpaparnya infeksi virus dengue.

C. Diagnosa Keperawatan

1. Hipovolemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler ditandai dengan tekanan darah (TD) 90/55 mmHg klien mengeluh badan lemas, nadi (N) 65 x/menit teraba lemah, turgor kulit kurang elastis, hematokrit meningkat 46%.
2. Hipertermia b.d proses penyakit terpaparnya infeksi virus dengue ditandai dengan suhu tubuh klien di atas batas normal yaitu suhu (S) 38,5°C.

D. Intervensi/Planning

1. Diagnosa utama yang muncul pada An. P adalah Hipovolemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler ditandai dengan tekanan darah (TD) 90/55 mmHg klien mengeluh badan lemas, nadi 65 x/menit teraba lemah, turgor kulit kurang elastis, mukosa bibir kering, hematokrit meningkat 46%. Maka planning yang tepat untuk mengatasi masalah yaitu planning yang memiliki tujuan kondisi volume cairan dapat membaik setelah dilakukan tindakan keperawatan dengan kriteria hasil turgor kulit meningkat menjadi elastis, perasaan lemah menurun, kadar haemoglobin menurun, kadar hematokrit menurun. Sedangkan intervensi yang tepat sesuai dengan buku standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI) untuk kasus tersebut yaitu dengan manajemen hipovolemia yaitu periksa tanda dan gejala tekanan darah menurun, turgor kulit kurang elastis, kadar hematokrit dan haemoglobin menurun, memberikan asupan

cairan oral, menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral (PPNI, 2018).

2. Diagnosa kedua yang muncul setelah hipovolemia yaitu hipertermia berhubungan dengan proses penyakit terpapar virus dengue, untuk mengatasi masalah tersebut diperlukan intervensi yang bertujuan termoregulasi dengan keadaan membaik dengan kriteria hasil suhu tubuh membaik 36,5-37,5 °C, suhu kulit membaik. Sedangkan intervensi sesuai dengan standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI) yang dapat dilakukan yaitu monitor suhu klien setiap shift, memberikan cairan oral (air putih) mengajarkan pendinginan eksternal dengan memakai pakaian longgar atau dilepas, edukasi tirah baring (PPNI, 2018).

E. Implementasi

1. Hari pertama tanggal 15 Februari 2021
 - a. Implementasi pertama pada diagnosa hipovolemia didapatkan respon klien mengatakan masih lemas dan didapatkan dari respon obyektif yang didapatkan dari klien pada jam 21.00 didapatkan tanda dan gejala tekanan darah 90/55 mmHg, turgor kulit kurang elastis, kadar hematokrit 46% dan haemoglobin 15.3 g/dL. Selanjutnya observasi yang kedua yaitu memonitor intake dan output cairan dilakukan pada pukul 21.00 dengan respon klien mengatakan masih lemas dan respon obyektifnya didapatkan nilai intake (infus 1500 ml, air minum 600 ml) dan output (urin 1000 ml, feses 100). Implementasi menganjurkan penambahan asupan cairan oral dapat diberikan dengan mengkonsumsi jus jambu agar trombosit klien dapat meningkat dengan respon ibu klien mengatakan iya dan subyektifnya ibu klien tampak menerima anjuran. Tindakan keperawatan selanjutnya yaitu kolaborasi pemberian cairan isotonis futrolit loading 500 ml dan cairan hipotonis gelafusal 1000 ml loading.

b. Implementasi dari diagnosa kedua yaitu hipertermia b.d proses penyakit terpaparnya infeksi virus pada pukul 21.30 yaitu observasi pertama dengan memonitor suhu tubuh klien 38,5 °C dari observasi yang sudah diberikan tampak respon klien yang didapatkan klien mengeluh badannya panas dan data obyektif yang terlihat klien kooperatif menjalankan pemeriksaan dengan suhu 38,5°C. Selanjutnya melakukan terapeutik menganjurkan minum cairan oral tambahan (air putih) sebanyak 2500 ml per hari didapatkan respon dari klien menjawab iya dan data obyektifnya klien kooperatif. Implementasi selanjutnya dilakukan pada pukul 21.35 yaitu melakukan pendingin eksternal dengan cara mengajarkan pada klien dan ibu secara mandiri memakai pakaian yang tipis atau melepaskan pakaian serta selama demam berlangsung, respon yang diberikan ibu dan klien menjawab paham dan data obyektifnya klien kooperatif. Selanjutnya dilakukan kolaborasi pemberian antipiretik untuk menurunkan suhu didapatkan klien mengatakan iya dan data obyektifnya klien tampak kooperatif dan dilakukan pada pukul 21.45 sebanyak 500 ml per IV.

2. Implementasi hari kedua tanggal 16 Februari 2021

a. Hipovolemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitaskapiler. Implementasi kedua dimulai pada pukul 07.00 hasil obyektif dari An. P didapatkan klien masih sudah tampak bugar dengan keadaan composmentis. Didapatkan respon dari klien mengatakan sudah mendingan dan didapat data obyektifnya klien tampak kooperatif dalam menjalankan pemeriksaan pada jam 07.00 yaitu memeriksa tanda dan gejala tekanan darah 122/73 mmHg, turgor kulit elastis, kadar hematokrit 41.7%, haemoglobin 13.9 g/dL dan trombosit 5 ribu/ μ L. Selanjutnya observasi yang kedua yaitu memonitor intake (infus 500, minum 600ml, injeksi 6,5 ml) dan output cairan (urin 500ml) dengan respon klien mengatakan iya dan data obyektif yang didapat klien kooperatif.

Penganjuran ulang dalam memberikan asupan cairan tambahan untuk minum jus jambu dapat diberikan kembali selama trombosit klien belum mengalami peningkatan. Klien terpasang cairan infus futrolit 500 ml dengan 20 tpm, respon yang didapat dari klien menerima pemberian infus dan data subyektifnya klien berseedia.

- b. Implementasi dari diagnosa kedua yaitu hipertermia b.d proses penyakit terparanya infeksi virus dengue. Implementasi diagnosa kedua dilaksanakan pada pukul 08.00 yaitu observasi pertama dengan memonitor suhu tubuh klien 37 °C respon klien mengatakan badannya sudah tidak sepanas kemarin dan respon obyektifnya tampak klien semangat sembuh. Tindakan yang diberikan pada. Implementasi selanjutnya dilakukan pada pukul 08.05 yaitu melakukan pendingin eksternal dengan cara mengajarkan ulang pada klien dan ibu untuk melepas pakaian atau memakai pakaian longgar didapat respon dari klien mengatakan iya dan data obyektifnya klien tampak kooperatif. Pemberian antipiretik tidak diberikan karena suhu klien sudah 37°C.
3. Implementasi hari ketiga tanggal 17 Februari 2021
 - a. Hipovolemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler. Implementasi ketiga dimulai pada pukul 09.00 hasil obyektif dari An. P didapatkan respon klien mengatakan sudah tidak lemas dan respon obyektif klien masih sudah tampak buger dan nilai laboratoriumnya membaik dengan nilai hematokrit turun menjadi 42.8%, haemoglobin turun 14.1 g/dL dan trombosit naik menjadi 12 ribu/ μ L. Selanjutnya observasi yang kedua yaitu memonitor intake dan output cairan dilakukan pada pukul 09.00 dengan nilai intake (infus 500, minum 600 ml, injeksi 6,5ml) dan output (urin 1000, feses 100) dengan respon klien mengatakan iya dan respon obyektifnya intake output klien sudah mulai membaik. Penganjuran ulang dalam memberikan cairan tambahan oral dapat diberikan lagi dengan respon ibu klien mengangguk dan subyektifnya klien tampak menerima anjuran. Klien masih terpasang infus dengan cairan futrolit 500

ml 20 tpm respon yang diberikan klien menerima pemasangan cairan dan subyektifnya klien setuju.

- b. Implementasi dari diagnosa kedua yaitu hipertermia b.d proses penyakit terparahnya infeksi virus dengue ditandai dengan suhu tubuh klien diatas batas normal yaitu $38,5^{\circ}\text{C}$ implementasi diagnosa kedua dilaksanakan pada tanggal 17 februari 2021 pukul 10.00 didapatkan respon klien mengatakan bersedia dan respon obyektifnya klien tampak semangat saat dilakukan observasi dengan memonitor suhu tubuh klien $36,7^{\circ}\text{C}$. Respon klien mengatakan iya dan respon obyektifnya klien suhu klien $36,7^{\circ}\text{C}$ saat dilakukan implementasi dihentikan pada pukul 10.10 yaitu melakukan pendingin eksternal dihentikan karena kondisi suhu tubuh sudah kembali normal. Pemberian antipiretik telah dihentikan dengan bukti suhu klien kembali normal.

F. Evaluasi

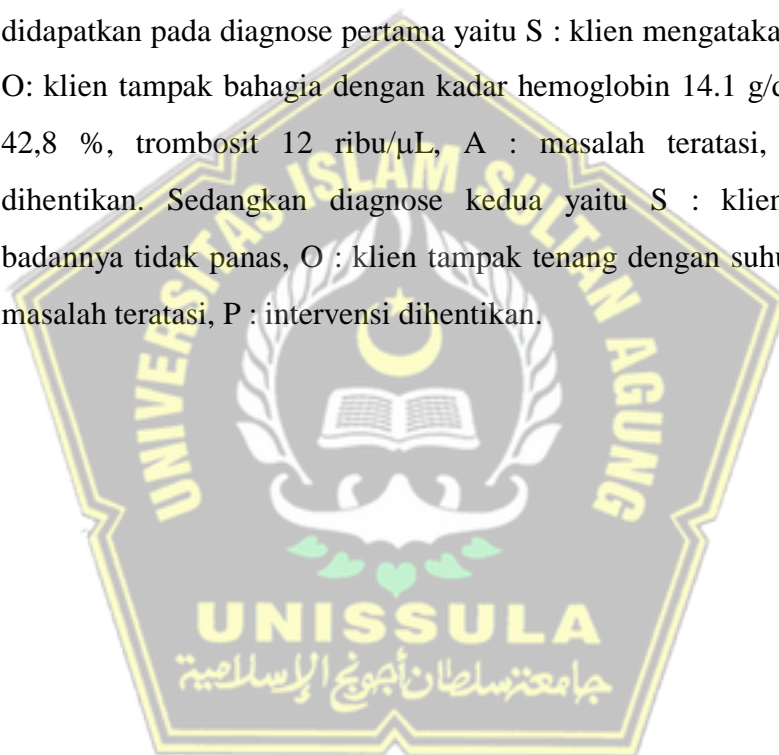
Evaluasi yang didapatkan dari hasil implementasi selama 3 hari dari diagnose hipovolemia dan hipertermia adalah :

Pada tanggal 15 Februari 2021 pukul 23.00 WIB hasil evaluasi pada diaagosa pertama didapatkan data subyektif(S) : klien mengatakan tubuhnya lemas, objektif(O): klien tampak tidak berdaya dengan TD 90/55 mmHg, Hematokrit 46.0%, Hemoglobin 15,3 g/dL, Trombosit 8 ribu/ μL , N : 80 x/menit, assessment(A): masalah belum teratasi, planning(P) : lanjutkan intervensi yaitu dengan monitoring kadar (hemotokrit,hemoglobin,trombosit), pengajaran penambahan cairan oral.

Sedangkan hasil evaluasi pada diagnose kedua didapatkan S : klien mengatakan demam, O: klien tampak lemas dengan suhu $38,5^{\circ}\text{C}$, A: masalah belum teratasi, P: lanjutkan intervensi yaitu mengajarkan pendinginan eksternal dengan cara melonggarkan pakaian atau melepasnya. Evaluasi tanggal 16 Februari 2021 pukul 09.00 WIB hasil evaluasi pada diagnose pertama didapatkan S : mengatakan sudah mendingan, O: klien tampak kooperatif dengan kadar hemoglobin 13,9 g/dL, Hematokrit 41,7

%, Trombosit 5 ribu/ μ L, A: masalah sedikit teratasi, P: lanjutkan intervensi dengan (monitor kadar hemoglobin, hematocrit, trombosit), penganjuran penambahan cairan oral berlangsung. Sedangkan evaluasi diagnose kedua didapatkan S : klien mengatakan badannya sudah tidak panas, O : klien tampak kooperatif dengan S 37°C, A : masalah teratasi, P : pertahankan intervensi monitor suhu tubuh.

Tanggal 17 Februari 2021 pukul 11.00 WIB hasil evaluasi yang didapatkan pada diagnose pertama yaitu S : klien mengatakan sudah sehat, O: klien tampak bahagia dengan kadar hemoglobin 14.1 g/dL, hematocrit 42,8 %, trombosit 12 ribu/ μ L, A : masalah teratasi, P: intervensi dihentikan. Sedangkan diagnose kedua yaitu S : klien mengatakan badannya tidak panas, O : klien tampak tenang dengan suhu 36,7 °C, A : masalah teratasi, P : intervensi dihentikan.



BAB IV

Pembahasan

Pada bab ini penulis akan menguraikan tentang asuhan keperawatan anak pada An. P dengan masalah Demam Berdarah Dengue (DBD) yang telah dilaksanakan selama 3 hari, dari tanggal 15-17 Februari 2021 di Ruang Baitunnisa 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Pembahasan pada bab ini meliputi tahapan proses keperawatan yaitu pengkajian, merumuskan diagnosa, menyusun intervensi, implementasi dan evaluasi. Disini penulis akan membahas tiap permasalahan dengan mengacu pada setiap diagnosa keperawatan yang dimulai dari analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan hal yang terpenting dan dasar utama dilakukan baik saat pasien masuk pertama kali maupun selama pasien dirawat di rumah sakit (Widyorini & et al, 2017). Dalam melakukan pengkajian, menyusun diagnosa dan melakukan implementasi dari intervensi penulis lakukan selama 3 x 8 jam. Pembahasan yang telah dibahas oleh penulis pada tulisan sebelumnya sudah sesuai dengan kriteria dalam SDKI, SIKI dan SLKI. Namun ada beberapa data dari pengkajian yang belum sepenuhnya penulis lakukan seperti data nutrisi sebelum sakit dan saat sakit seperti halnya pada penderita yang terkena DBD akan mengalami tanda dan gejala diare, konstipasi, mual, muntah dan nafsu makan turun sedangkan pada klien yang telah dibahas hanya memiliki tanda dan gejala mual dan nafsu makan turun (Kuloni, 2012).

B. Diagnose Keperawatan

Diagnose keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami baik

berlangsung actual maupun potensial. Dilakukannya diagnose keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SIKI DPP PPNI, 2018)

Berikut pembahasan diagnose yang muncul sesuai teori pada data kasus klien yaitu :

1. Hipovelemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler

Hipovelemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler dikaitkan dengan hemostasi yang abnormal, permeabilitas yang abnormal dapat mengakibatkan kebocoran pada plasma sehingga terjadinya hipovelemia dan syok sedangkan hemostasis dapat menimbulkan trombositopenia sehingga perdarahan dapat terjadi pada pasien DBD trombositopenia terjadi karena munculnya antibody kompleks antigen-antibodi yang terbentuk dengan nilai hematokrit meningkat karena adanya peningkatan kadar sel darah atau penurunan kadar plasma darah (Hidayat, et.al;, 2017). Berbeda penelitian yang dilakukan oleh Khan dan Hussain pada tahun 2009 didapatkan 14,9% penderita *dengue* dengan trombositopenia dengan tanda dan gejala perdarahan dengan begitu penderita yang mengalami tanda dan gejala perdarahan memiliki risiko kematian 3-4 kali lebih besar dibandingkan dengan pasien tanpa mengalami tanda dan gejala (Hidayat, et.al;, 2017). Oleh karena itu penulis menyimpulkan bahwa diagnosa hipovelemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler sebagai diagnosa utama yang sifatnya actual.

Intervensi yang dilakukan penulis pada diagnosa pertama yaitu dengan melakukan monitoring kadar haemoglobin 15.3 g/dL sedangkan nilai normalnya 11.8-15.0 g/dL, hematokrit 46.0 % sedangkan nilai normalnya 33.0-45.0 % dan trombosit 8 ribu/ μ L hal ini berguna untuk mengetahui kadar haemoglobin, hematokrit dan trombosit dalam batas normal hal ini dilakukan dengan cara melakukan pengambilan specimen darah untuk di uji laboratorium untuk mengetahui hasil dari kadar hematokrit,

haemoglobin, dan trombosit dalam memperkuat penegakan diagnosa (Leksana, 2015)

Intervensi lainnya yaitu dengan kolaborasi pemberian cairan isotonis berupa futrolit di hari awal masuk klien diberikan cairan futrolit loading 1 kolf dan gelafusal loading 2 kolf dengan intervensi yang diberikan sesuai dengan *standar intervensi keperawatan indonesia* (SIKI)(SIKI DPP PPNI, 2018).

Intervensi lainnya yaitu dengan menganjurkan asupan cairan oral tambahan minum jus buah jambu disebutkan dalam studi dengan hasil bahwa dalam mengkonsumsi selama beberapa hari dapat meningkatkan jumlah trombosit dikarenakan didalam buah jambu terdapat senyawa *flavonoid* dan *sitokinin* yang berperan dalam meningkatkan system pembekuan darah sehingga kapiler darah dapat diperbaiki dan tidak menyebabkan kebocoran plasma(Zainul, 2018).

Rasional dari setiap intervensi yang dilakukan bertujuan untuk mengetahui berapa nilai kadar yang dihasilkan karena dengan mengetahui jumlah nilainya, perubahan kondisi klien sebagai pembanding. Rasional intervensi lainnya bertujuan agar klien mendapatkan penambahan cairan sehingga cairan dalam tubuh menjadi adekuat.

Evaluasi dilakukan oleh penulis setelah dilakukannya implementasi selama 3 hari, dan didapatkan klien mengalami perubahan dalam pemulihan dengan sangat baik, dengan hasil laboratorium mengalami haemoglobin menurun, hematokrit menurun dan trombosit mengalami peningkatan, respon dari klien menunjukkan adanya keberhasilan dalam melakukan implementasi sesuai dengan intervensi yang direncanakan, maka daripada itu intervensi yang diberikan dapat dihentikan.

2. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit infeksi virus

Penulis telah menguraikan asuhan keperawatan pada kasus DBD pada pasien anak. Demam terjadi karena tubuh tidak mampu mengimbangi

produksi panas yang berlebihan sehingga peningkatan suhu dapat terjadi (Gita, 2015).Tanda dan gejala lainnya seperti munculnya ptekie diakibatkan oleh pembuluh darah yang pecah akibat dari gigitan nyamuk (Fadhilla, 2015).Membrane mukosa yang kering diakibatkan oleh perubahan suhu hal tersebut dipengaruhi oleh mekanisme pada tubuh penderita (Fauziah, 2016).Berdasarkan hal tersebut penulis menjadikan diagnosa actual hipertermi menjadi diagnosa kedua dari kasus DBD.

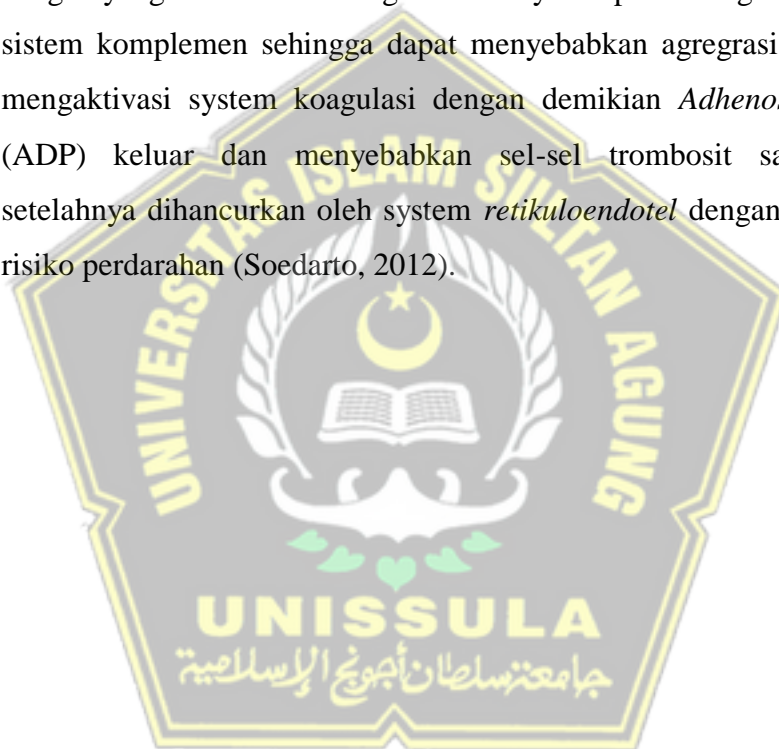
Penulis melakukan perencanaan intervensi pada klien yaitu memonitor suhu tubuh klien,mengajarkan pendinginan eksternal dengan cara menggunakan pakaian yang longgar atau bahan tipis, menganjurkan tirah baring, penulis melakukan tindakan implementasi sesuai dengan rencana tindakan atau intervensi(SIKI DPP PPNI, 2018). Dalam melakukan implemantasi pendinginan eksternal dengan menggunakan pakaian yang longgar atau tipis dikarenakan dapat mengurangi penguapan dan membantu penyerapan keringat, karena pada saat suhu tubuh anak tinggi, tubuh akan merespon dengan mengeluarkan keringat selain itu melindungi dari kondisi lingkungan yang tinggi atau panas dari permukaan tubuh (Sodikin, 2012).

Evaluasi di lakukan penulis selama 3 hari, didapatkan klien mengalami penurunan pada suhu tubuhnya pada hari kedua tanggal 16 Februari 2021, pada tanggal 17 Februari 2021 klien sudah stabil atau sudah tidak hipertermi, maka dari itu implementasi dari intervensi dihentikan.

C. Diagnosa yang mungkin muncul

Diagnosa yang mungkin muncul pada pasien dengan DBD yaitu risiko pendarahan dibuktikan dengan nilai trombosit pada pasien rendah sehingga pembekuan darah mengalami penurunan (Nurarif &Hardhi, 2015).

Risiko perdarahan awal mulanya terjadi dikarenakan oleh infeksi virus dengue yang membentuk antigen antibody kompleks dengan mengaktivasi sistem komplemen sehingga dapat menyebabkan agregasi trombosit dan mengaktivasi system koagulasi dengan demikian *Adhenosin Diphospat* (ADP) keluar dan menyebabkan sel-sel trombosit saling melekat setelahnya dihancurkan oleh system *retikuloendotel* dengan begitu terjadi risiko perdarahan (Soedarto, 2012).



BAB V

PENUTUP

Berdasarkan hasil penelitian, penerapan asuhan keperawatan pada klien anak dengan penyakit *Demam Berdarah Dengue* (DBD) dan pembahasan dalam BAB IV telah didapatkan kesimpulan dan saran sebagai berikut ini :

A. Kesimpulan

1. Data-data yang diperoleh dalam pengkajian adalah hasil dari wawancara dengan keluarga dan pasiennya sendiri atas persetujuan yang telah disepakati. Penulis melakukan pengkajian sesuai dengan kondisi An.P dengan demam berdarah dengue (DBD) .
2. Analisa data yang telah didapatkan dan dikelompokkan oleh penulis guna untuk penegakan diagnosa. Diagnosa yang pertama yaitu hipovelemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler dan diagnosa kedua yaitu hipertermia berhubungan dengan terjadinya infeksi arbovirus dari gigitan nyamuk *aedes aegypti*.
3. Rencana tindakan keperawatan yang ingin dicapai berhasil yaitu dengan melakukan rencana dengan sebaik mungkin sesuai diagnosa yang telah diperoleh, seperti untuk memperoleh nilai dari haemoglobin, hematokrit dan trombosit diperlukan bantuan dari perawat, advice dokter dan pihak analis kesehatan untuk pengecekan specimen darah yang sudah diambil dari An.P dengan tujuan kadar yang diperoleh sesuai dengan nilai standar.
4. Implementasi dalam asuhan keperawatantelah dilakukan oleh penulis dan mendapatkan hasil sesuai dengan kriteria hasil yang telah direncanakan.
5. Catatan perkembangan untuk mengatasi kondisi pada An.P yaitu salah satunya pemberian cairan tambahan dan pemeriksaan hematologic yang diambil dari darah klien berguna untuk pemeriksaan penunjang selama 3x24 jam berhasil dilakukan dengan kemajuan kadar nilai

haemoglobin, hematokrit, trombosit dalam keadaan nilai normal, selama melakukan tindakan pasien selalu kooperatif dan terkadang saat ingin dilakukan tindakan pasien tidur yang mengharuskan tindakan adanya keterlambatan atau terkadang terlalu cepat.

B. Saran

1. Institusi Pendidikan

Dalam institusi pendidikan diharapkan dapat lebih dikembangkan lagi sesuai dengan perkembangan teori ataupun dalam praktik.

2. Profesi Keperawatan

Penulis berharap tulisan ini dapat dikembangkan lagi lebih dalam oleh profesi keperawatan

3. Lahan Praktik

Tulisan ini diharapkan dapat berguna dilahan praktik dan dapat dikembangkan lagi sesuai dengan pembaharuan yang terbaru.



DAFTAR PUSTAKA

- Amin Huda Nurarif & Kusuma Hardhi. (2015). *APLIKASI Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC NOC* (Edisi Revi). MediAction.
- Dinkes Kota Semarang. (2017). *Profil kesehatan kota semarang 2016*.
- Iva tri wahyuanasari. (2020). *Waspada Demam Berdarah*.
- RSISA SEMARANG. (2021). *DHF RANAP 2016-2020*.
- SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*.
- Ali. (2016). *Dasar-Dasar Dkumentasi Keperawatan* . Jakarta.
- Cahyaningsih. (2011). *Pertumbuhan Perkembangan Anak Remaja*. Jakarta.
- Desastri. (2011). *Dengue Hemorrhagic Fever*. Jakarta.
- Fadhilla, e. a. (2015). Bioekologi vektor Demam Berdarah Dengue (DBD) Serta Dettekisi Virus dengue pada Aedes Aegypti dan Ae. Albopictus. *Jurnal Entomologi Indonesia*.
- Fauziah, A. (2016). Upaya mempertahankan Balance Cairan Sesuai kebutuhan pasien DBD.
- Gita, A. (2015). Hubungan Suhu Tubuh Terhadap Keadaan Neurologis.
- Hidayat, et.al;. (2017). Hubungan jumlah Trombosit dengan Nilai hematokrit Penderita Demam Berdarah Dengue dengan manifestasi Perdarahan Spontan di RSUP Dr. M. Djamil Padang. *Artikel Penelitian*, 3.
- Hurlock. (2010). *Perkembangan Anak. Alih Bahasa Oleh Soedjarmo & Istiwidayanti*. Jakarta: Erlangga.
- KEMENKES RI. (2017). *Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Demam Berdarah Dengue Di Indonesia*. Jakarta: KEMENKES.
- Kemenkes, R. (2015). *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta.

- Kozier, B. G. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan (ALih Bahasa : Esti wahyu Ningsih, Devi Yulianti, Yuyun Yuningsih dan Ana Lusiana)*. Jakarta: EGC.
- Kuloni, F. J. (2012). *Penyakit Tropis*. Jakarta: CV Trans Info Medika.
- Leksana, E. (2015). *Strategi Terapi Cairan Pada Dehidrasi*. Semarang: Fakultas Diponegoro.
- Lestari, T. (2016). *Asuhan Keperawatan Anak*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Murwani. (2018). *Patofisiologi Dengue Hemorrhagic Fever*. Jakarta.
- Nursalam. (2013). *Metodologi Penelitian Ilmu keperawatan Pendekatan Praktis*. Jakarta: Salemba Medika.
- Pangaribuan, A. (2017). *Faktor Prognosis Kematian Sindrom Syok Dengue (Vol. 5)*.
- Potter, P. &. (2012). *Fundamental of Nursing*. Jakarta: Salemba Medika.
- Rampengan. (2017). *Penatalaksanaan Dengue Hemorrhagic Fever*.
- Setiawati, S. (2011). Analisis Faktor-Faktor Risiko Terjadinya Dengue Syok Sindrom (DSS) Pada Anak Dengan demam Berdarah Dengue (DBD) Di RSUP Persahabatan Dan RSUD Budhi Asih. *Tesis*, 3.
- Sodikin. (2012). *Prinsip Perawatan Demam Pada Anak*. Jakarta: Rufaida LQ.
- Soedarto. (2012). *Demam Berdarah Dengue Hemorrhagic Fever*. Jakarta: Sugeng Seto. 
- Soetjningsih dan Ranuh, G. (2013). *Tumbuh Kembang Anak* . Jakarta: EGC.
- Sulistyo, D. (2011). *Pertumbuhan Perkembangan Anak & Remaja*. Jakarta: Trans Info Media.
- Susilaningrum, R. (2013). *Asuhan Keperawatan bayi dan Anak untuk peerawat dan Bidan Edisi 2*. Jakarta: Salemba Medika.
- WHO. (2016). *Prevention and Conrol Of Dengue and Dengue Hemorrhagic Fever*. Jakarta.
- Widyorini, P. K., & et al, W. (2017). *Dengue Hemorrhagic Fever Incidence Is Related to Air Temperature,Rainfall and Humadity of the Climate in Semarang City*. Central Java, Indonesia.

Wijayaningsih, K. S. (2017). *Asuhan Keperawatan Anak*. Jakarta: TIM.

Zainul, R. (2018). *Determination of the half-life and the quantum yield of ZnO semiconductor photocatalyst in humic acid*.



LAMPIRAN

SURAT KESEDIAAN MEMBIMBING

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ns. Kurnia Wijayanti,M.Kep

NIDN : 06-2802-8603

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA Semarang, sebagai berikut :

Nama : Septianna Uli Rahmawati

NIM : 40901800091

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Anak Pada An.P Dengan Demam Berdarah *Dengue* (DBD)Di Ruang Baitunnisa 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 25 Januari 2021

Pembimbing



(Ns. Kurnia Wijayanti,M,Kep)

NIDN : 06-2802-8603

SURAT KETERANGAN KONSULTASI

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ns. Kurnia Wijayanti, M.Kep

NIDN : 06-2802-8603

Pekerjaan : Dosen/pengajar

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah dari mahasiswa prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA Semarang, sebagai berikut :

Nama : Septianna Uli Rahmawati

NIM : 40901800091

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Anak Pada An. P Dengan Demam Berdarah *Dengue* (DBD) Di Ruang Baitunnisa 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang

Menyatakan bahwa mahasiswa tersebut diatas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing Karya Tulis Ilmiah pada tanggal 1 Februari - 28 Mei 2021 bertempat di Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA Semarang. Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 26 Januari 2021

Pembimbng



(Ns. Kurnia Wijayanti, M.Kep)

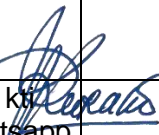

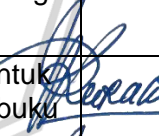
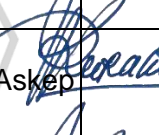
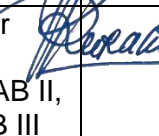
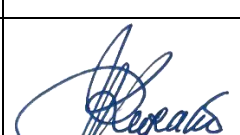
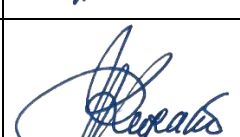
NIDN : 06-2802-8603

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH
MAHASISWA PRODI D- III KEPERAWATAN FIK UNISSULA 2021

NAMAMAHASISWA :Septianna Uli Rahmawati

NIM :40901800091

PEMBIMBING :Ns. Kurnia Wijayanti,M.Kep

HARI /TANGGAL	MATERIKONSULTAS I	SARAN PEMBIMBING	TTDPEMBIMBING
Selasa, 26 Januari 2021	Pembahasan mengenai media bimbingan kti	Bimbingan aktif kti melalui grup whatsapp	
Rabu, 27 Januari 2021	Pengambilan kasus	Sementara pengambilan kasus pasien untuk 2 orang	
Jumat, 29 Januari 2021	Pembahasan pengerjakan askep	Dimaksimalkan untuk pengkajian, baca buku panduan kti	
Senin, 15 Februari 2021	Acc judul	Lanjut membuat Askep	
Senin, 23 Maret 2021	Konsultasi BAB I, BAB II,BAB III(askep)	Perbaiki latar belakang, penambahan di BAB II, perbaikan di BAB III	
Kamis, 1 April 2021	Konsultasi perbaikan BAB I,BAB II,BAB III	Penambahan di BAB I, Perbaikan BAB II dan BAB III	
Senin, 11 Mei 2021	Konsultasi revisi BAB I, BAB II,BAB III dan konsultasi BAB IV, BAB V	Proses koreksi	

Selasa , 11 Mei 2021	Konfirmasi revisi BAB I- BAB IV	Perbaikan latar belakang dan perbaikan penulisan	
Rabu, 19 Mei 2021	Konsultasi revisi BAB I- BAB IV	Perbaikan penulisan	
Senin, 24 Mei 2021	Konsultasi revisi BAB 1- BAB IV	Perbaikan penulisan	
Rabu,26 Mei 2021	Konsultasi revisi BAB I-BAB IV	Perbaikan penulisan dan penambahan di pembahasan	
Jumat,28 Mei 2021	Konsultasi revisi perbaikan penulisan	Proses koreksi	



BAB III
TINJAUAN KASUS
PENGAJIAN KEPERAWATAN ANAK

Nama Mahasiswa : Septianna Uli Rahmawati
Tempat Praktek : Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang
Tanggal Pengkajian : Tanggal 15 Februari 2021

I. Identitas Data

A. Klien

Nama : An. P
Tempat,tangga llahir : Semarang, 25 Februari 2008
Usia : 12 tahun
Pendidikan : SMP
Alamat : Genuksari 1/7 Semarang
Agama : Islam
Tanggal Masuk : 15 Februari 2021
No. CM : 01139636

B. Penanggungjawab

Nama Ayah : Tn. A
Nama Ibu : Ny. A
Pekerjaan Ayah : Swasta
Pekerjaan Ibu : Swasta
Pendidikan Ayah : SMA
Pendidikan Ibu : SMA
Agama : Islam
Alamat : Genuksari 1/7 Semarang
Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia

II. Keluhan Utama

Demam sudah hari ke 4 dengan suhu 38,5°C dengan keadaan klien lemas

III. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

A. Munculnya Keluhan

1. Tanggal munculnya keluhan
Ibu pasien mengatakan tanggal munculnya keluhan yang dirasakan klien pada hari Jumat, 12 Februari 2021
2. Waktu munculnya keluhan
Ibu pasien mengatakan waktu munculnya keluhan yang dirasakan klien secara bertahap.
3. Presipitasi atau prediposisi factor:
Klien mengatakan saat itu habis banjir dan didepan rumahnya ada got untuk aliran air, klien dirumah saja pada hari itu.

B. Karakteristik

1. Karakter
Ibu klien mengatakan saat demam seperti demam biasa.
2. Lokasi dan radiasi
Ibu klien mengatakan saat panas teraba di telapak tangannya pada semua bagian terasa panas
3. Intensity
Ibu klien mengatakan intensitas yang dirasakan naik turun
4. Timing
Ibu klien mengatakan saat panas hanya pada malam hari
5. Gejala-gejala lain yang berhubungan
Ibu klien mengatakan gejala lain yang di derita anaknya adalah beberapa hari belakangan mengeluh pusing, nafsu makan turun dan sakit perut.

C. Masalah Sejak Muncul Keluhan

1. Insiden

Dimulai panas pada malam hari pada hari pertama dan ibu klien belum mencurigai tanda dan gejala DBD

2. Perkembangan

Setelah demam diketahui 2 hari dengan naik turun, ibu klien membawa ke klinik terdekat.

3. Efek dari pengobatan

Pengobatan dari dokterklinik sudah dijalankan sampai hari ke 4 pasien demam. Akan tetapi demam masih belum hilang, pada hari ke 5 demam klien langsung dibawa ke RSIA Semarang.

IV. RIWAYAT MASA LAMPAU

1. Prenatal

Ibu klien mengatakan pada saat hamil tidak memiliki riwayat penyakit yang akan mengakibatkan resiko ke cabang bayinya.

2. Natal

Ibu klien mengatakan bahwa tindakan persalinan dilakukan di Bidan terdekat dengan persalinan normal.

3. Post natal

Ibu klien mengatakan saat melahirkan klien An. P hanya mengetahui berat badan badan bayi 3400 gram dengan panjang 50 CM.

4. Penyakit waktu kecil

Ibu klien mengatakan klien pernah dirawat di RS sewaktu kelas 4 SD dengan masalah demam typhoid.

5. Pernah dirawat di RS

Ibu klien mengatakan ini kali ke 2 klien dirawat di RS.

6. Obat-obatan yang digunakan

Ibu klien mengatakan selama sehat klien tidak mengkonsumsi obat-obatan ataupun vitamin.

7. Alergi

Ibu klien mengatakan jika keluarganya tidak ada yang memiliki alergi jenis apapun.

8. Kecelakaan

Ibu klien mengatakan bahwa tidak memiliki riwayat kecelakaan.

9. Imunisasi

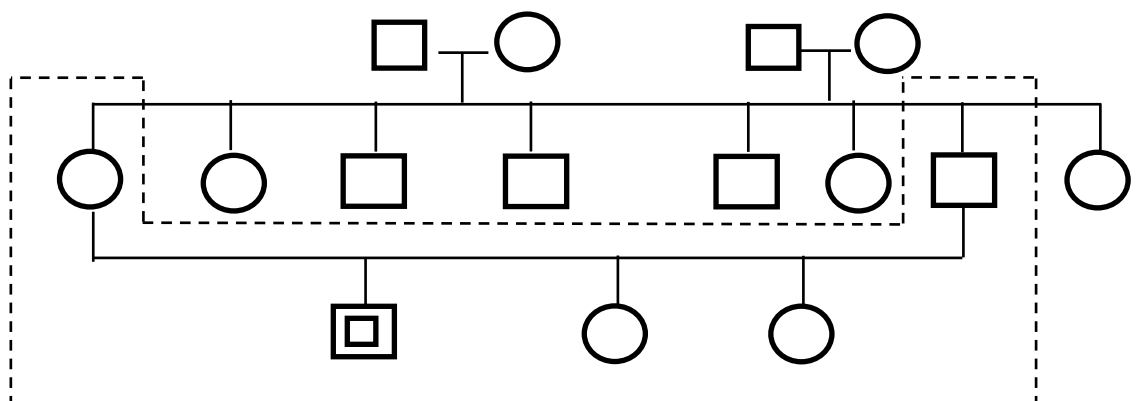
Ibu klien An. S mengatakan imunisasi yang sudah di dapatkan

- a. DPT 1, DPT 2, DPT 3
- b. Booster 1
- c. Hib 1
- d. Polio 1, polio 2, polio 3
- e. Campak
- f. MR

V. RIWAYAT KELUARGA (GENOGRAM)

Ibu klien An. P mengatakan tidak ada yang memiliki riwayat penyakit turunan dari keluarga

Genogram



Keterangan :



: perempuan



: hubungan dengan keluarga



: laki-laki



: klien An. P

----- : tinggal satu rumah



VI. RIWAYAT SOSIAL

1. Yang mengasuh dan alasannya
Ibu klien mengatakan anaknya diasuh sendiri tanpa melibatkan orang lain..
2. Pembawaan secara umum
Ibu klien mengatakan biasanya klien tampak segar dan gesit.
3. Lingkungan rumah
Ibu klien mengatakan bahwa lingkungan rumah jauh dari jalan raya

VII. KEADAAN KESEHATAN SAAT INI

1. Diagnose medis
Dari data yang diperoleh An.P terdiagnosa DBD
2. Tindakan medis
Program therapy melalui intravena
 - a. Glybotik 2x1gram
 - b. Fartison 2x 50 mg
 - c. Ondansentron 3x4 mg
 - d. Futrolit 1kolf/IV 500 ml lanjut futrolit 20tpm/8jam.
 - e. Gelofusal 500 ml 1kolf

VIII. PENGKAJIAN POLA FUNGSIONAL MENURUT GORDON

A. Persepsi Kesehatan/Penanganan Kesehatan

1. Status kesehatan anak sejak lahir
Ibu klien mengatakan bahwa status kesehatan tentang gizi dari kecil tidak ada masalah.
2. Pemeriksaan kesehatan secara rutin
Ibu klien mengatakan An. P selalu mengikuti posyandu yang tersedia di lingkungan rumah.

3. Penyakit yang menyebabkan anak absen dari sekolah
Ibu klien mengatakan An. P terkena DBD



4. Praktek pencegahan kesehatan

Ibu klien mengatakan taratur membersihkan bak mandi serta membakar sampah kering.

5. Apakah orangtua merokok?didekat anak?

Ibu klien mengatakan ayah klien tidak merokok

6. Mainan anak?aman?

Ibu klien mengatakan klien sudah bisa bermain sendiri tanpa diberikan mainan. Biasanya hanya bermain lewat HP.

7. Praktek keamanan orangtua

Orangtua : ibu klien mengatakan lantai dan rumahnya dibersihkan setiap hari.

B. Nutrisi/Metabolic

1. Pemberian ASI/PASI

Ibu klien mengatakan klien diberikan ASI selama 2 tahun

2. Diet yang dianjurkan

Ibu klien mengatakan diit yang diberikan selama sakit bubur,sayur dan buah.

3. Masalah dengan makan,menelan dan pencernaan

Ibu klien mengatakan tidak ada masalah dalam makan,menelan dan penncernaannya.

4. Selera makan,makanan disukai/tidak disukai,nafsu makan

Ibu klien mengatakan sejak demam hari pertama selera makan menjadi turun.

5. Masukan makanan selama 24 jam?makanan tambahan?vitamin?

Ibu klien mengatakan saat tidak sakit klien makan dengan teratur.

6. Kebiasaan makan

Ibu klien mengatakan kebiasaan makan klien selama sehat makan dengan lahap apapun lauk dan pauknya.

7. Alat makan yang digunakan

Ibu klien mengatakan selama dirumah alat makan yang digunakan makan menggunakan piring keramik dan alat makan yang bersih.

8. Mual muntah

Ibu klien mengatakan sejak awal demam klien merasa mual tapi tidak muntah dan merasakan haus.

9. Terpasang selang nasogastric? cairan intravena?

Dari pengkajian tampak klien tidak terpasang nasogastric.

Orang tua: status kesehatan gizi orang tua dalam keadaan baik

C. Eliminasi

1. Usus

a. Pola defekasi

Ibu klien mengatakan anaknya belum BAB dari kemarin, terhitung 2 hari ini belum BAB

b. Penggunaan laksatif

Ibu klien mengatakan klien tidak pernah diberikan obat laksatif untuk pelancar BAB

c. Masalah dengan konstipasi atau diare

Ibu klien mengatakan belum pernah mengalami konstipasi selama seminggu ini.

2. Kandung Kemih

a. Pola eliminasi urin menggambarkan frekuensi, perkiraan jumlah, kekuatan keluarnya urin, bau, warna

Keluaran urin normal, tidak berbau menyengat

b. Masalah berkemih

Klien mengeluh berkemih sedikit dan tidak ada sakit saat berkemih atau mengeluarkan cairan lainnya.

c. Terpasang kateter/kolostomi

Dari pengkajian yang dilihat bahwa klien tidak terpasang alat bantu BAB dan BAK.

Orang tua; ibu klien mengatakan bahwa ibu dan suami tidak ada masalah dalam eliminasi seminggu belakangan.

D. Aktivitas dan Latihan

1. Mobilitas

a. Rutin mandi?

Ibu klien mengatakan sebelum sakit anaknya rutin mandi dan menjaga personal hygien.

b. Kebersihan rutin

Ibu klien mengatakan sebelum sakit anaknya ikut membantu dalam pekerjaan rumah.

c. Aktivitas sehari-hari

Ibu klien mengatakan aktivitas sebelum sakit yaitu sekolah pulang jam 2, setelah pulang berangkat sekolah madrasah selepasnya pergi mengaji di mushola dekat rumah.

d. Level aktivitas anak/bayi secara umum, toleransi

Ibu klien mengatakan aktivitas anak dalam keseharian termasuk anak yang lumayan aktif.

e. Kemampuan kemandirian anak (mandi, makan, toileting, berpakaian, dsb)

Ibu klien mengatakan sebelum sakit dan selama sakit masih bisa mandiri dalam mandi, makan, toileting dan berpakaian.

f. Kecukupan energy untuk melakukan aktifitas

Ibu klien mengatakan sebelum sakit anaknya sangat energic dan selama sakit anaknya hanya bisa berbaring dan jalan-jalan disekitar lingkungan saja.

g. Rentan gerak (*range of motion*)

Dari pengkajian klien masih bisa menggerakkan ekstremitas dengan baik dan tampak tidak ada masalah.

h. Kekuatan,postur

Saat dilakukan pengkajian klien tampak bisa berdiri tegap dan duduk dengan benar.

i. Napas pendek atau nyeri saat beraktifitas

Klien mengatakan selama sakit saat beraktifitas tidak ada respon nyeri, hanya saja kepalanya masih pusing.

j. Sesak napas,kesulitan saat bernapas

Klien mengatakan selama sakit tidak mengalami sesak napas

k. Adanya batuk,sputum

Ibu klien mengatakan selama sakit tidak mengalami batuk atau pilek

l. Terpasang alat bantu pernapasan/selang oksigen

Dari pengkajian yang didapatkan klien tidak terpasang alat bantu napas.

Orang tua:

Ibu klien mengatakan tidak memiliki riwayat atau sedang ada gangguan pada pernapasan.

2. Tidur/Istirahat

a. Pola istirahat/tidur anak,perkiraan jam

Ibu klien mengatakan sebelum sakit kiln tidur pada jam 9 malam dan selama sakit mulai tidur pada jam 10 malam dan siangnya jam 1. Saat sebelum sakit klien tidak mengalami masalah dalam pola tidur dan saat anak dirawat di rumah sakit anak jadi sering tidur.

b. Perubahan pola istirahat, mimpi buruk, nocturia?

Klien mengatakan pernah mengalami mimpi buruk selepasnya tidak ada masalah.

c. Posisi tidur anak? gerakan tubuh?

Klien mengatakan untuk memulai tidur biasanya posisi tidurdengan menghadap kanan.

d. Keluhan mengantuk

Klien mengatakan waktu tidurnya terasa cukup bagi klien.

e. Waktu tidur/tidur siang yang sering diamati, sering menguap.

Klien mengatakan biasanya tanda klien megantuk dengan mata yang sulit terbuka dan tidak menguap.

Orang tua:

Ibu klien mengatakan waktu tidurnya dirasa kurang hanya 5-6 jam.

3. Kognitif

a. Responsive secara umum anak, pemahaman anak terhadap sakit dan hospitalisasi

Saat dilakukan pengkajian klien menjawab dengan baik dan tidak tampak takut atau malu.

b. Respon anak untuk bicara, suara, obyek, sentuhan

Klien merespon dengan baik obyek yang diajak berbicara.

c. Apakah anak mengikuti obyek dengan matanya? Respon untuk meraih mainan

Klien mnegikuti obyek pembicaraan dengan matanya.

d. Vocal suara, pola bicara, kata-kata, kalimat

Klien berbicara dengan jelas dan dapat menangkap arah pembicaraan

e. Kemampuan anak untuk mengatakan nama, waktu, alamat, nomor telepon, dsb.

Klien mengatakan nama,waktu,alamat rumah dengan baik dan jelas.

- f. Kemampuan anak untuk mengidentifikasi kebutuhan: lapar,haus,nyeri,tidak nyaman?

Klien mengatakan kepada ibunya / bisa mengambil sendiri di meja dekat ranjang klien saat merasa haus.

- g. Menilai nyeri pada skala 0-10 (NUMERIC)

Saat pengkajian dilakukan klien masih mengalami nyeri dengan skala 4 menggunakan NUMERIC



Orangtua :

- a. Masalah dengan penglihatan, pendengaran dan sentuhan
Ibu klien mengatakan tidak mengalami gangguan pada penglihatan, penciuman atau perasa
- b. Kesulitan membuat keputusan, judgements?
Ibu klien mengatakan selama ini belum ada kesulitan dalam mengambil masalah.

4. Persepsi Diri/Konsep Diri

- a. Status mood anak
Saat dilakukan pengkajian klien tampak dalam mood yang lemas
- b. Pemahaman anak terhadap konsep diri, kompetensi, dsb.
Saat dilakukan pengkajian klien dapat menyadari bahwa dirinya sedang sakit dbd
- c. Dampak sakit terhadap diri
Klien mengatakan dampak dari sakitnya tidak bisa mengikuti pelajaran disekolahnya.
- d. Kesepian?
Klien mengatakan tidak merasa kesepian saat berada dirumah sakit .
- e. Takut?
Klien mengatakan tidak takut dengan penyakit yang dideritanya.

Orangtua:

- a. Persepsi diri sebagai orangtua
Ibu klien mengatakan sebagai orang tua bertanggungjawab atas sehat dan sakitnya seorang anak..

b. Pendapat umum tentang identitas, kompetensi?

Ibu klien mengatakan identitas anak adalah tanggungjawab orangtua



5. Peran/Hubungan

a. Masalah/stressor keluarga

Saat ini keluarga sedang mengalami stressor jangka pendek dikarenakan anaknya sedang dirawat dirumah sakit.

b. Interaksi antara anggota keluarga dan anak

Klien dapat berinteraksi dengan baik bersama keluarga saat dirumah.

c. Respon anak/bayi terhadap perpisahan

Klien mengatakan saat pertama kali ditinggal ayahnya bekerja sempat sedih beberapa hari.

d. Anak: ketergantungan

Ibu klien mengatakan selama sakit anaknya sewajarnya bergantung dengan orangtuanya.

e. Anak: pola bermain

Klien mengatakan sudah bisa bermain sendiri dengan teman-temannya

f. Anak: tempertantrum? Masalah disiplin? Penyesuaian sekolah?

Klien mengatakan saat ini tidak memiliki masalah tempertantrum.

6. Seksualitas/Reproduksi

a. Kebutuhan dicintai dan mencintai

Klien mengatakan sangat mencintai keluarganya dan ibu klien mengatakan keduanya juga menyayanginya.

b. Perasaan sebagai laki-laki/peremuan

Klien mengatakan sangat senang menjadi seorang laki-laki karena itu pemberian Tuhan

c. Riwayat haid

Klien berjenis kelamin laki-laki tidak memiliki riwayat haid.

d. Perubahan sek sekunder

Klien mengatakan sudah di sunat dan artinya sudah baligh



Orangtua

a. Riwayat reproduksi

Ibu klien mengatakan riwayat haid pertama yaitu SMP kelas 2

b. Masalah hubungan dalam keluarga

Ibu klien mengatakan tidak ada masalah dalam keluarganya.

7. Koping/Toleransi Stress

a. Apa yang menyebabkan stress pada anak?level stress?toleransi

Klien mengatakan biasanya yang menyebabkan stress dengan tugas sekolah yang sulit untuk dikerjakan.

b. Pola penanganan masalah,*support system*

Klien mengatakan untuk mengatasi masalah itu biasanya meminta bantuan pada tetangganya untuk membantu jawab

c. Menangis

Klien tidak menangis merasa dirinya sudah besar

d. Nilai ansietas skala 1-5

Nilai ansietas yang didapatkan klien 1

Orang tua:

a. System pendukung,efektif atau tidak?

b. Ibu klien mengatakan system pendukung yang disarankan untuk anaknya dirasa sudah benar.

8. Nilai/Kepercayaan

a. Perkembangan moral anak,pemilihan perilaku,komitmen

Ibu klien mengatakan tidak ada masalah dalam perkembangan moral klien

b. Keyakinan akan kesehatan,keyakinan agama

Klien meyakini bahwa sakinya akan sembuh dengan berdo'a kepada Tuhan setiap hari



Orangtua

- a. Sesuatu yang bernilai dalam hidupnya (*spirituality*) semangat untuk masa depan?

Ibu klien mengatakan apa yang sedang keluarganya jalani adalah hal yang paling bernilai, ibu klien dan ayahnya bekerja untuk masa depan keluarga dan juga klien

- b. Keyakinan akan kesembuhan, dampak penyakit dan tujuan
Ibu klien mengatakan bahwa anaknya sakit dibawa ke rumah sakit dengan tujuan ingin segera sembuh dari sakit adalah keputusan yang sudah benar.

IX. PEMERIKSAAN FISIK

No. PEMERIKSAAN FISIK

1. Keadaan umum : Lemah
2. Tanda vital : TD 95/65 RR 20 x/menit
N 100x/menit S 38,5° C
3. Antropometri : BB 45 kg / TB 160 cm
4. Kepala : kulit kepala bersih, tidak ada ketombe dan lesi. Penyebaran warna rambut merata warna hitam.
5. Mata : Pupil isokor, **konjungtiva anemis**, seklera putih, tidak ada alat bantu penglihatan, simetris kanan dan kiri
6. Hidung : Bersih, tidak ada sekret, tidak ada polip, tidak ada gangguan penciuman
7. Mulut : **mukosa mulut kering**, tidak ada kesulitan menelan, lidah bersih, gigi rapi
8. Telinga : bentuk telinga simetris kanan dan kiri, ketajaman pendengaran normal, klien tidak menggunakan alat bantu dengar.
9. Leher : tidak ada pembesaran pada kelenjar getah bening ataupun pembengkakan kelenjar tiroid.
10. Dada : bentuk dada simetris kanan dan kiri, tidak tampak retraksi dinding dada..
11. Jantung : Inspeksi : ictus cordis tidak terlihat
Palpasi : ictus cordis teraba
Perkusi : bunyi pekak
Auskultasi : irama jantung teratur

12. Paru-paru : Inspeksi : simetris kiri dan kanan
 Palpasi : fremitus dapat dirasakan kiri dan kanan
 Perkusi : sonor
 Auskultasi : tidak ada bunyi napas tambahan
13. Abdomen : Inspeksi : simetris
 Auskultasi : bising usus terdengar 5x/menit
 Palpasi : tidak ada nyeri tekan maupun lepas
 Perkusi : bunyi tympani
14. Punggung : tidak tampak lesi, tidak tampak bekas operasi dan tidak tampak kelainan pada punggung
15. Genetalia : genetalia normal tidak ada kelainan
16. Ektremitas : Atas : tidak ada udem, akral hangat, CRT <3 detik terpasang infus vena futrolit di kanan, ada bintik-bintik merah(pteiki) di tangan kanan dan kiri.
 Bawah : tidak ada udem, kemampuan otot 5555/5555
17. Kulit : kulit kering, elastisitas kurang, tampak bintik-bintik merah
18. Neurologis : tidak tampak adanya kelainan, dapat menerima rangsang dengan baik.

X. PEMERIKSAAN PERKEMBANGAN

1. Kemandirian dan bergaul atau personal sosial
 Klien tidak memiliki masalah dengan kemandirian dan bergaul.
2. Motoric halus
 Klien tidak ada masalah pada motoric halusnya seperti mneggerakkan anggota tubuhnya untuk mrlakukan aktivitas tertentu.
3. Kognitif dan bahasa
 Klien dapat menangkap apa yang dibicarakan dan dapat menjawab dengan baik.
4. Motoric kasar

Klien sudah dapat berjalan dan berlari tanpa bantuan dari orang lain.

XI. THERAPY

1. Glybotik 2 x 1g
2. Fartison 2 x 50 mg
3. Sanmol 500 mg
4. Ondansentron 4 x 4 mg
5. Futrolit 500 ml loading lanjut pemberian 20 tpm/8 jam
6. Gelofusal 500ml loading

XII. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Laboratorium Tanggal 15 Februari 2021 Jam 20.00	Hemoglobin Hematokrit Leukosit Eritrosit Trombosit	: 15.3 g/dL : 46.0 % : 1.33 ribu/ μ L : 5.9 juta/ μ L : 8 ribu/ μ L
Laboratorium Tanggal 16 Februari 2021 Jam 08.00	Hemoglobin Hematokrit Leukosit Trombosit	: 13.9 g/dL : 41.7 % : 1.33 ribu/ μ L : 5 ribu/ μ L
Laboratorium Tanggal 17 Februari 2021 Jam 08.00	Hemoglobin Hematokrit Leukosit Trombosit	: 14.1 g/dL : 42.8 % : 2.13 ribu/ μ L : 12 ribu/ μ L
Laboratorium Tanggal 18 Februari 2021 Jam 08.00	Hemoglobin Hematokrit Leukosit Trombosit	: 15.2 g/dL : 45.1 % : 3.40 ribu/ μ L : 20 ribu/ μ L

XIII. ANALISA DATA

Tgl/jam	Data focus	Etiologic	Nursing Problem
15 Februari 2021 jam 21.00	DS : • Ibu klien mengatakan anaknya minum kurang dari 600 ml dalam 1 hari • Ibu klien	Peningkatan permeabilitas kapiler	Hipovolemia

Tgl/jam	Data focus	Etiologic	Nursing Problem
	mengatakan anaknya terlihat lemas DO : • TD 90/55 mmHg • Hematokrit 46 % • Turgor kulit kurang elastis • Terdapat bintik-bintik merah di wajah dan tangan		
15 Februari 2021 jam 21.00	DS : • Ibu klien mengatakan anaknya panas DO: • Suhu tubuh 38,5°C • Terdapat bintik-bintik merah • Kulit terasa hangat	Proses infeksi virus dengue	Hipertermia

XIV. PRIORITAS MASALAH

1. Hipovolemia b.d. peningkatan permeabilitas kapiler d.d. turgor kulit menurun, hematokrit meningkat.
2. Hipertermia b.d. proses penyakit infeksi virus dengue d.d. suhu tubuh 38,5°C, kulit terasa hangat.

XV. PLANNING/INTERVENSI

Tgl/ jam	Diagnosak eperawatan	Tujuan& kriteria hasil	Planning	Rasional	TTD
15 Feb 21 21.15	Hipovelemia	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan hipovelemia membaik (L.03028) : - Turgor kulit elastis -Perasaan lemah menurun -kebutuhan cairan terpenuhi -kadar hematokrit membaik	Manajemen hipovelemia Observasi - periksa tanda dan gejala(TD menurun,turgor menurun,ht meningkat,haus dan lemah) - monitor intake dan output cairan Teraupetik - Berikan asupan cairan oral Edukasi - Anjurkan perbanyak asupan cairan oral Kolaborasi - Kolaborasi pemberian cairan futrolit, gelofusal, sanmol	Manajemen hipovelemia digunakan untuk mengidentifikasi dan mengelola penurunan volume cairan intravaskuler.	septian na
15/2/21 21.30	Hipertermia	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24jam, diharapkan termoregulasi tubuh membaik (L. 14134) -Suhu tubuh membaik 36,5-37,5°C -Suhu kulit membaik	MANAJEMEN HIPERTERMI (I.15506) Observasi - Monitor suhu tubuh - Teraupetik - Berikan cairan oral - Lakukan pendinginan eksternal pada bagian lipatan tubuh Edukasi - Anjurkan tirah baring Kolaborasi	Manajemen termoregulasi digunakan untuk memantau dan mengidentifikasi peningkatan suhu tubuh akibat disfungsi pada termoregulasi	septian na

Tgl/ jam	Diagnosak eperawatan	Tujuan& kriteria hasil	Planning	Rasional	TTD
			- Kolaborasi pemberian antipiretik		

XVI. IMPLEMENTASI

Implementasi hari 1

Tgl/ jam	Diagnose	Implementasi	Respon klien	TTD
15 Feb 21 21.00	Hipovelemia	Manajemen hipovelemia 1. Memeriksa tanda dan gejala (TD 90/55mmHg, turgor menurun, ht 46.0 %, lemah) 2. Memonitor intake dan output cairan intake : 1.031,5 cc output : 1.461,3 cc	S : klien mengeluh lemas O : trombosit klien 8 ribu/ μ L	septianna
15Feb 21 21.30	Hipertemia	Manajemen hipertemia 1. Memonitor suhu tubuh (suhu tubuh anak 38,5°)	S : klien mengeluh badannya panas O : suhu tubuh klien 38,5°C	septianna
21.10		2. Memberikan asupan cairan oral sebanyak 429 ml dalam sehari	S : klien mengangguak lemah O : menganjurkan air putih	septianna
21.15		3. Berkolaborasi pemberian cairan isotonis (Futrolit loading 1kolf/jam, gelofusal 1kolf/jam lanjut gelofusal 1kolf/jam, futrolit 20tpm)	S : klien mneyetujui pengobatan O : sesuai advice yang diberikan dokter	septianna
21.35		4. Memberikan cairan oral selama 24 jam sebanyak 1000 ml	S : klien mengatakan sudah	septianna

Tgl/ jam	Diagnose	Implementasi	Respon klien	TTD
		5. Melakukan pendinginan eksternal dengan cara mengajarkan keluarga kompres hangat pada lipatan badan.	melakukan apa yang septianna dianjurkan O : klien memakai pakaian bahan katun	
21. 45		6. Menganjurkan tirah baring secara mandiri berguna untuk mencegah komplikasi yang memungkinkan	S : klien mengganggu paham O : menjelaskan kepada klien tata cara tirah baring	septianna
22.00		7. Berkolaborasi pemberian antipiretik paracetamol 500 mg	S : klien mengganggu setuju O : diberikan paracetamol melalui intravena	septianna

Implementasi hari ke 2

Tgl/ jam	Diagnose	Implementasi	Respon klien	TTD
16/2/21 08.00	Hipovelemi	Manajemen hipovelemia 1. Memeriksa tanda dan gejala(TD 122/73mmHg,turgor menurun,ht 41. 7%, lemah) 2. Memonitor intake dan output cairan output : 2.166,3cc	S : klien mengatakan mau minum air putih O : tampak turgor cukup elastisitas	Septianna
08.10		3. Memberikan tambahan asupan cairan sebanyak 1000 ml	S : klien mengatakan tidak pahit saat minum air putih O : klien sudah tidak tampak	Septianna

Tgl/ jam	Diagnose	Implementasi	Respon klien	TTD
			lemas	
08.15		4. Berkolaborasi pemberian cairan isotonis (Futrolit 20tpm)	S : klien mengatakan iya O : pemberian sesuai dengan advice dokter	Septianna
16/2/21 08.20	Hipertermia	MANAJEMEN HIPERTEMIA 1. Memonitor suhu tubuh (memonitor ulang suhu tubuh 37°C)	S : klien mengatakan agak panas O : suhu tubuh klien 37°C	Septianna
08.30		2. Melakukan pendinginan eksternal pada bagian lipatan tubuh (mengingatkan kembali bahwa pendinginan eksternal dapat dilakukan kembali jika suhu mulai panas)	S : klien mengangguk setuju O : klien dapat melakukan dengan mandiri	Septianna
08.40		3. Menganjurkan tirah baring, tirah baring sudah dilakukan secara mandiri	S : klien mengatakan sudah mampu sendiri O : tampak klien kooperatif	Septianna
08.50		4. Berkolaborasi pemberian antipiretik tidak dilakukan karena suhu tubuh klien sudah normal 37°C	S : klien mengatakan badannya tidak panas O : suhu klien sudah baik	Septianna

Implementasi hari ke 3

Tgl/ jam	Diagnose	Implementasi	Respon klien	TTD
17/2/21 09.00	Hipovele mi	MANAJEMEN HIPOVELEMIA: 1. periksa tanda dan gejala(TD	S : klien mengatakan sudah tidak	Septianna

Tgl/ jam	Diagnose	Implementasi	Respon klien	TTD
		122/73mmHg,turgor menurun,ht 41. 7%, terlihat bugar) 2. monitor intake dan output cairan output : 1620 cc	lemas O : cairan terpenuhi	
09.10		3. Pemberian tambahan asupan cairan oral sudah dihentikan, klien dapat minum sesuai kebutuhan sehari hari	S : klien mengatak an banyak minum,pipi snya juga banyak O : klien kooperatif pada proses penyembu han	Septianna
09.20		4. Berkolaborasi pemberian cairan isotonis (Futrolit 20tpm)	S : klien mengatak an tidak ada keluhan O : klien tampak segar	Septianna
17/2/21 09.30	Hipertermi a	MANAJEMEN HIPERTERMIA 1. Memonitor suhu tubuh (suhu tubuh klien sudah mulai menurun 36,7°C)	S : klien mengatak an sudah tidak panas O : mengang guk anggu	Septianna
09.35		2. Pemberian cairan oral tambahan dihentikan, klien dapat minum sesuai kebutuhannya 3. Melakukan pendinginan eksternal dihentikan, suhu tubuh klien kembali normal	S : klien mengatak an iya O : tampak turgor klien sudah elastis dan	Septianna

Tgl/ jam	Diagnose	Implementasi	Respon klien	TTD
09.45		4. Anjuran tirah baring untuk klien dihentikan, klien sudah tampak bugar dan sehat	S : klien mnegatakan sudah baik keadaannya O : klien sudah sehat	Septianna
10.00		5. Pemberian antipiretik dihentikan, suhu tubuh klien sudah kembali normal	S : - O : infus klien sudah terlepas dan klien dinyatakan pulang.	Septianna

XVII. EVALUASI

Evaluasi hari 1

Tgl/jam	Diagnosa	Evaluasi	TTD
15/2/21 21.20	Hipovelemlia	S : ibu klien anaknya masih lemas,tidak ada selera makan dan minum. O : a. turgor kulit menurun b. Diit yang dimakan tanpa nasi A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1-4	Septianna
15/2/21 22.10	Hipertermia	S : ibu klien mengatakan anaknya panas O : a. Suhu 38,5°C b. Kulit teraba hangat A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1-5	Septianna

Evaluasi hari ke 2

Tgl/jam	Diagnosa	Evaluasi	TTD
16/2/21 08.15	Hipovelemlia	S : ibu klien mengatakan masih lemas, sudah mau minum, tidak mau makan. O : a. Turgor kulit mulai membaik b. Intake cairan meningkat A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1-4.	Septianna
16/2/21 08.50	Hipertermia	S : ibu klien mengatahan tubuh anaknya masih hangat O : a. Suhu tubuh 37°C b. Kulit masih teraba hangat A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi manajemen hipertermia yang ke 1,2	Septianna

Evaluasi hari ke 3

Tgl/jam	Diagnosa	Evaluasi	TT
17/2/21 09.20	Hipovelemlia	S : ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak tampak lemas, sudah mau makan 1/3 diit yang diberikan, minum banyak. O : a. Turgor kulit membaik b. Klien tampak bugar c. Intake bertambah A : masalah teratasi P : intervensi dihentikan	Septianna
17/2/21 10.00	Hipertermia	S : ibu klien mengatakan anaknya sudah mendingan O : a. Suhu tubuh 36,7°C b. Kulit teraba hangat	Septianna

Tgl/jam	Diagnosa	Evaluasi	TT
		A : masalah teratasi P : intervensi dihentikan	

