

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. T DENGAN
DENGUE HAEMORRHAGIC FEVER (DHF)
DI RUANG MELATI RSUD TUGUREJO
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

Ashari

NIM. 893312833

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2010**

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim
Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan
Unissula semarang pada :

Hari : Senin

Tanggal : 31 Mei 2010

Semarang, 31 Mei 2010

Pembimbing



(Ns.Indra Tri Astuti S.Kep)
NIK : 21090009

UNISSULA
SEMARANG

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah di pertahankan di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Senin tanggal 31 Mei 2010 dan telah diperbaiki sesuai masukan tim penguji.

Semarang, 14 Juli 2010

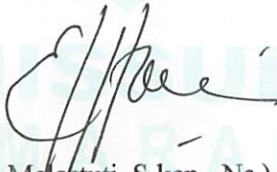
Tim Penguji I



(Indra Tri Astuti, S.Kep., Ns.)

NIK: 210900009

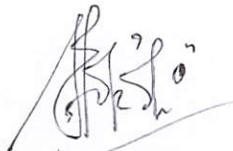
Tim Penguji II



(Erna Melastuti, S.kep., Ns.)

NIK: 210900010

Tim Penguji III



(Siti Muniroh, S.Kep.)

NIK: 98.09.610

HALAMAN MOTTO

Jangan pernah menilai seseorang hanya dari penampilan saja, karena penampilan menipu.

Siapun yang shalat pada malam hari pasti do'anya akan mudah dikabulkan. ALLAH pasti memberikan jalan yang terbaik bagi umatnya yang selalu berusaha di jalan ALLAH.

PERSEMBAHAN

Buku ini saya persembahkan kepada kedua orang tua saya yang telah membiayai kuliah saya semoga, saya bisa menjadi anak yang terbaik. orang tua yang telah berusaha bekerja keras menjadikan anak yang pintar. dan semua dosen pembimbing beserta seluruh civitas akademika FIK Unissula.

Terima kasih kepada kedua orang tua dan semua dosen beserta seluruh civitas akademika FIK Unissula.

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum 'alaikum Wr WB

Alhamdulillah dengan mengucapkan puji syukur kehadirat Allah SWT atas rahmat dan karunianya yang telah memberikan kemudahan pada penulis, sehingga sebuah karya tulis ilmiah yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada An. T Dengan DHF Diruang Melati RSUD Tugurejo Semarang”**

Adapun maksud dari penyusunan karya tulis ilmiah ini untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan program studi DIII Keperawatan. Karena keterbatasan waktu, pengetahuan dan kemampuan yang penulis miliki maka penulis menyadari ketidaksempurnaan dari penyusunan karya tulis ilmiah ini. Namun, berkat bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak akhirnya karya tulis ilmiah ini dapat diselesaikan tepat pada waktunya. Untuk itu pada kesempatan ini Penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayahnya sehingga penulis mampu membuat karya tulis ilmiah ini.
2. Bapak Prof. DR. Laode M. Kamaluddin, M.Sc, M. Eng, selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Bapak Iwan Ardian, SKM, selaku dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ibu Wahyu Endang Setyowati, SKM, selaku ketua Program Studi di D III Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

5. Ibu Ns.Indra Tri Astuti S.Kep yang tidak pernah lelah memberikan bimbingan kepada saya sehingga Karya Tulis Ilmiah Ini dapat diselesaikan tepat pada waktunya
6. Orang tua yang selalu mendukung dan selalu memberikan yang terbaik bagi saya, selalu mendoakan saya agar dapat meraih yang terbaik di dalam kehidupan. Kedua Orang Tua Saya yang selalu berusaha memberikan yang terbaik pada Saya selama ini.
7. Someone yang selama ini selalu menemani Saya, memberi semangat, dan support agar tidak menyerah dan putus asa dalam mengerjakan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Sahabat-sahabat aku yang selama ini sama-sama berjuang membuat Karya Tulis Ilmiah ini, lelah bersama, sedih bersama, senang bersama, kebersamaan ini yang membuat saya tidak menyerah dan putus asa.

Wassalamualiakum, Wr WB.

Semarang, 30 Mei 2010

Penulis

DAFTAR ISI

| | |
|---|------|
| HALAMAN JUDUL | i |
| LEMBAR PERSETUJUAN | ii |
| LEMBAR PENGESAHAN PENGUJI..... | iii |
| HALAMAN MOTTO..... | iv |
| PERSEMBAHAN..... | v |
| KATA PENGANTAR | vi |
| DAFTAR ISI..... | viii |
| BAB I PENDAHULUAN..... | 1 |
| BAB II KONSEP DASAR..... | 6 |
| A. Konsep Dasar Anak..... | 6 |
| 1. Pengertian Anak..... | 8 |
| 2. Ringkasan Pertumbuhan dan Perkembangan Anak..... | 8 |
| B. Konsep Dasar Penyakit..... | 8 |
| 1. Pengertian..... | 8 |
| 2. Etiologi..... | 9 |
| 3. Patofisiologi..... | 10 |
| 4. Pathways..... | 12 |
| 5. Manifestasi Klinis..... | 13 |
| 6. Komplikasi..... | 15 |
| 7. Pemeriksaan Penunjang..... | 16 |
| 8. Penatalaksanaan..... | 16 |

| | |
|--|-----------|
| C. Konsep Dasar Keperawatan..... | 18 |
| 1. Fokus Pengkajian | 18 |
| 2. Fokus Intervensi | 19 |
| BAB III RESUME KEPERAWATAN..... | 20 |
| A. Pengkajian Keperawatan..... | 20 |
| B. Analisa Data | 30 |
| C. Diagnosa Keperawatan | 30 |
| D. Intervensi Keperawatan | 31 |
| E. Implementasi Keperawatan..... | 32 |
| F. Evaluasi..... | 33 |
| BAB IV PEMBAHASAN..... | 34 |
| BAB V PENUTUP..... | 41 |
| A Kesimpulan..... | 41 |
| B. Saran..... | 42 |
| DAFTAR PUSTAKA | |
| LAMPIRAN-LAMPIRAN | |

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang masalah

Selama hampir dua abad, penyakit dengue digolongkan sejajar dengan demam, pelik atau diare, yaitu sebagai penyakit penyesuaian diri seseorang terhadap iklim tropis. Namun, sejak timbulnya wabah demam dengue di Manila pada tahun 1953 – 1954 (Quintos dkk, 1954) yang disertai renjatan (shock) dan perdarahan gastrointestinal yang berakhir dengan kematian penderita, pandangan ini berubah, kenyataan sekarang ialah bahwa virus dengue menempati urutan kedelapan sebagai penyebab kesakitan di Negara kawasan Asia tenggara dan Pasifik barat yang penduduk 342 juta nama kawasan ini didasarkan atas pembagian Organisasi Kesehatan Dunia lebih lanjut ternyata pula bahwa virus dengue terdapat di kawasan bumi yang dihuni oleh 1.500 juta penduduk. (Halstead, 1980).

Penelitian intensif selama hampir tiga dekade telah dilakukan terhadap berbagai aspek penyakit demam berdarah dengue (dengue hemorrhagic fever, selanjutnya disingkat DHF), tetapi sebegitu jauh persoalan dasar mengapa virus dengue menyebabkan renjatan dan perdarahan gastrointestinal hebat dan mengapa wabah DHF sejauh ini hanya terdapat di negara-negara kawasan Asia tenggara dan Pasifik barat belum dapat dijawab.

Di Indonesia, DHF pertama kali dicurigai di Surabaya pada tahun 1968 (Partana dkk., 1970), tetapi konfirmasi virologist baru diperoleh pada tahun

1970. Dalam waktu relative singkat DHF telah di laporan di berbagai daerah di Indonesia, dan sampai dengan tahun 1981 hanya propinsi timor timur yang belum melaporkan penyakit itu. Disamping itu meningkatnya jumlah kasus, dalam tahun-tahun akhir DHF juga berjangkit didapat pedesaan. Angka kematian penderita DHF secara nasional menurun dari 41,4% pada tahun 1968 menjadi 4,1% pada tahun 1977, dan menjadi 4,0% pada tahun 1980. Hal ini dapat dicapai antara lain berkat diagnosis dini dari dokter yang mengirim penderita tersangka DHF untuk dirawat di rumah sakit. Namun angka kematian penderita DSS yang disertai pendarahan gastrointestinal hebat atau disertai gejala ensefalopati masih tetap tinggi, yaitu berkisar antara 22,5% dan 61,5% (Kho dkk., 19, 1982).

Departemen kesehatan sejak tahun 1977 secara teratur menyelenggarakan penataan DHF untuk dokter puskesmas, dokter rumah sakit kabupaten, dokter kota madya, dokter kabupaten dan penanggung jawab operasional program pemberantasan DHF. Penataran diselenggarakan di seluruh Indonesia, di satu propinsi atau regional untuk beberapa propinsi dan materinya meliputi aspek klinis, serologis, entomologi, pemberantasan, dan penyuluhan kesehatan masyarakat. Dalam akhir Pelita III diharapkan agar angka kematian dapat diturunkan sampai dibawah 3%.vaksin dengue sebagai usaha pencegahan penyakit DHF dalam pengembangan dan pembuatan mendapat sokongan dan prioritas dari WHO, tetapi diperkirakan bahwa vaksin ini baru akan siap dioperasikan pemakaiannya dalam jangka waktu lima tahun (WHO 1981) (Sumarm , 2006).

Sementara itu, pada tahun 2009 tercatat 1.310 kasus DBD di Kab. Bandung. Sebanyak enam belas orang di antaranya meninggal dunia. Pada tahun 2008 tercatat 1.371 kasus DBD yang menyebabkan dua puluh orang meninggal dunia. Jumlah ini masih di bawah CFR (*case fatality rate*) secara nasional, yaitu 1,5 dan Kab. Bandung baru mencapai 1,22. Angka kejadian DBD paling tinggi selama 2009 terjadi pada Januari (sebanyak 266 orang), Februari (170 orang), Maret (114 orang), dan Agustus (176 orang). Dari data itu terlihat angka kejadian paling tinggi sepanjang tahun memang terjadi di bulan Januari, ucap Suhardiman. Kejadian tersebut bisa digolongkan sebagai kejadian luar biasa (*KLB*) jika pada Januari 2010, angka kejadian bertambah menjadi dua kali lipat. Penularan penyakit itu dipicu oleh buruknya kebersihan lingkungan di masyarakat (Suhardi)

Hal ini mengakibatkan sejumlah rumah sakit menjadi kewalahan dalam menerima pasien DBD. Untuk mengatasinya pihak rumah sakit menambah tempat tidur di lorong-lorong rumah sakit serta merekrut tenaga medis dan paramedis. Merebaknya kembali kasus DBD ini menimbulkan reaksi dari berbagai kalangan. Sebagian menganggap hal ini terjadi karena kurangnya kesadaran masyarakat akan kebersihan lingkungan dan sebagian lagi menganggap karena pemerintah lambat dalam mengantisipasi dan merespon kasus ini. Maka di harapkan untuk mencegah kejadian pada penyakit DHF (*Dengue Haemorrhagic Fever*) perlu upaya serta langkah-langkah yang cepat dan tepat . Berdasarkan pemikiran di atas penulis tertarik untuk menyusun karya tulis ilmiah dengan judul "Asuhan keperawatan pada An.T dengan DHF (*Dengue Hemorrhagic Fever*) di Rumah sakit RSUD Tugurejo Semarang.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mengetahui asuhan keperawatan pada An.T dengan kasus DHF di ruang Melati RSUD Tugurejo Semarang.

2. Tujuan khusus

- a. Memahami konsep dasar mengenai konsep dasar DHF (pengertian, etiologi, patofisiologi, pathway, komplikasi, manifestasi klinik, penatalaksanaan, dan konsep dasar keperawatannya / Asuhan keperawatannya).
- b. Menggambarkan hasil pengkajian keperawatan pada An.T dengan kasus DHF.
- c. Mendeskripsikan diagnosa keperawatan pada An.T.
- d. Dapat menyusun perencanaan keperawatan untuk mengatasi masalah pada An.T dengan kasus DHF.
- e. Mendiskusikan implementasi pada klien dengan kasus DHF.
- f. Dapat mengevaluasi tindakan keperawatan yang dilakukan.

Mengetahui cara melakukan asuhan keperawatan pada kasus DHF yang dilakukan secara sistematis pengumpulan data (analisa data), menetapkan diagnosa prioritas, membuat perencanaan tindakan keperawatan, melakukan rencana askep, dan mengevaluasi hasil keperawatannya.

C. Manfaat Penulisan

1. Penulis

Menambah pengetahuan dan pengalaman yang berkaitan dengan Asuhan keperawatan pada klien dengan perawatan kasus DHF.

2. Lahan Praktik

Menambah referensi dalam upaya peningkatan pelayanan keperawatan khususnya perawatan pada klien DHF.

3. Institusi Pendidikan

Menambah referensi dalam bidang pendidikan sehingga dapat menyiapkan perawat yang berkompetensi tentang DHF.

4. Pembaca

Memberikan tambahan pengetahuan tentang asuhan kerawatan pada klien klien dengan kasus DHF.



BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep Dasar Anak

1. Pengertian anak

Anak diartikan sebagai seorang yang berusia kurang dari delapan belas tahun dalam masa tumbuh kembang dengan kebutuhan khusus baik kebutuhan fisik, psikologis, sosial, dan spiritual (Hidayat, 2005).

2. Tahap Pencapaian Tumbuh Kembang

Dalam tahap pencapaian pertumbuhan dan perkembangan anak dikelompokkan kedalam dua kelompok besar yakni kelompok usia 0-6 tahun yang terbagi menjadi tahap prenatal yang terdiri dari masa embrio (mulai konsepsi 8 minggu) dan masa neonates (9 minggu sampai lahir), tahap post natal yang terdiri dari masa neonatus (0-28 hari) dan masa bayi (29 hari-1 tahun), tahap toddler/ balita (1-3), tahap pra sekolah (3-6 tahun), dan kelompok usia 6 tahun keatas yang terbagi dalam pra remaja (6-10 tahun) dan masa remaja (10-18/20 tahun).

Masa Prasekolah

Pada pertumbuhan masa prasekolah pada anak pertumbuhan fisik khususnya berat badan mengalami kenaikan rata-rata pertahunnya adalah 2 kg, kelihatan kurus akan tetapi aktifitas motorik tinggi, dimana sistem tubuh sudah mencapai kematangan seperti berjalan, melompat, dan lain-lain. Pada pertumbuhan khususnya ukuran tinggi badan anak akan bertambah rata-rata 6,75 -7,5 cm setiap tahunnya.

Pada masa ini anak mengalami proses perubahan dalam pola makannya anak umumnya mengalami kesulitan untuk makan. Proses eliminasi pada anak sudah menunjukkan proses kemandirian dan masa ini adalah masa dimana perkembangan kognitif sudah mulai menunjukkan perkembangan dan anak sudah mempersiapkan diri untuk memasuki sekolah dan tampak sekali kemampuan anak belum mampu menilai sesuatu berdasarkan apa yang mereka lihat dan anak membutuhkan pengalaman belajar dengan lingkungan dan orang tuanya. Sedangkan perkembangan psikososial pada anak sudah menunjukkan adanya rasa inisiatif, konsep diri yang positif serta mampu mengidentifikasi identitas dirinya.

Perkembangan motorik, bahasa, dan adaptasi sosial

Pada perkembangan motorik kasar, diawali dengan kemampuan untuk berdiri dengan satu kaki selama 1-5 detik, melompat dengan satu kaki, berjalan dengan tumit ke jari kaki, menjelajah, membuat posisi merangkak, dan berjalan dengan bantuan

Perkembangan motorik halus memiliki kemampuan mengoyangkan jari-jari kaki, menggambar 2 atau 3 bagian, memilih garis yang lebih panjang, dan menggambar orang, melepas objek dengan jari lurus, mampu menjepit benda, melambaikan tangan, menggunakan tangannya untuk bermain, menempatkan objek kedalam wadah, makan sendiri, minum dari cangkir dengan bantuan, menggunakan sendok dengan batuan, makan dengan jari, membuat coretan diatas kertas.

Pada perkembangan bahasa diawali mampu menyebutkan hingga 4 gambar, menyebutkan 1 hingga 2 warna, menyebutkan kegunaan benda, menghitung, mengartikan 2 kata, mengerti 4 kata depan, mengerti beberapa kata sifat dan sebagainya, menggunakan bunyi untuk mengidentifikasi objek, orang dan aktifitas, menirukan berbagai bunyi kata, memahami arti larangan, berespon terhadap panggilan dan orang-orang anggota keluarga dekat.

Perkembangan adaptasi sosial dapat bermain dengan permainan sederhana, menangis jika dimarahi, membuat permintaan sederhana dengan gaya tubuh, menunjukkan peningkatan kecemasan terhadap perpisahan, mengenali anggota keluarga. (.Aziz,2005)

B. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian

Istilah DHF (*Dengue Haemorrhagic Fever*) atau dikenal sebagai demam berdarah diduga diambil namanya dari gejala penyakitnya yaitu adanya demam / panas dan adanya perdarahan. Sedangkan kata “Dengue” sendiri pendapatnya masih disimpang siur, ada yang berpendapat berasal dari bahasa Afrika Barat “*dinga*” atau dari bahasa india “*dengue*” yang keduanya berarti “*piupan*” dimana kata ini mencerminkan gejala penyakitnya yang mendadak.

Penyakit DHF sering timbul berupa bawah dan dapat kita jumpai di Negara- Negara hampir semua benua. Di Indonesia DHF ini pertama kali ditemukan di Surabaya pada tahun 1968 tetapi hasil penelitian virologinya

baru pada tahun 1970. Dan angka kematian DHF sekarang sudah mulai menurun, hanya untuk kasus DSS (Dengue Shock Sindrom) yang masih tinggi yaitu sekitar 22,5% - 61,5% pada tahun 1982(Arita Murwati, 2008)

Suatu infeksi arbovirus (arthropod-borne virus) akut ditularkan oleh nyamuk spesies *Aedes*.(Hassan ,2002)

Dengue *Haemorrhagic fever* adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh virus dengue (arbovirus) yang masuk ke dalam tubuh melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti* (Suriadi, 2006).

2. Etiologi.

Virus dengue termasuk dalam kelompok arbovirus B. Dikenal 4 serotipe virus dengue yang saling tidak mempunyai imunitas silang Sabin adalah orang terutama yang berhasil mengisolasi virus dengue, yaitu dari darah penderita sewaktu terjadi epidemi demam dengue di Hawaii dengan diberi nama tipe 1, sedangkan virus dari penderita demam dengue yang berasal dari New Guinea diberi nama tipe 2(Hassan, 2002)

Penyebab utama DHF adalah virus dengue yaitu dari kelompok arbovirus B. Sedangkan sebagai vektornya adalah melalui Arthropoda seperti nyamuk dan latat. Di Indonesia yang paling banyak sebagai vector virus dengue adalah jenis nyamuk *Aedes Aegypti* betina *Aedes Albopictus*.

Sifat nyamuk senang tinggal pada air yang jernih dan tergenang, telur dapat bertahan sampai berbulan – bulan pada suhu 2C – 42C. bila kelembaban terlalu rendah telur ini akan menetas dalam waktu 4 hari kemudian untuk menjadi nyamuk dewasa memerlukan waktu 9 hari.

Nyamuk dewasa yang sudah menghisap darah 3 hari dapat bertelur 100 butir (Arita Murwati, 2008)

3. Patofisiologi.

Virus dengue akan masuk ke dalam tubuh melalui gigitan nyamuk aedes aegypti dan kemudian akan bereaksi dengan antibody dan terbentuklah kompleks virus antibody, dalam sirkulasi akan mengaktifasi system komplemen. Akibat aktivasi C3 dan C5 akan dilepas C3a dan C5a, dua peptida yang berdaya untuk melepaskan histamin dan merupakan mediator kuat sebagai factor meningginya permeabilitas dinding pembuluh darah dan menghilangkan plasma melalui endotel dinding itu.

Terjadinya trombositopenia, menurunnya fungsi trombosit dan menurunnya factor koagulasi (protombin factor V, VII, IX, X dan fibrinogen) merupakan factor penyebab terjadinya perdarahan hebat, terutama perdarahan saluran gastrointestinal pada DHF.

Yang menentukan beratnya penyakit adalah meningginya permeabilitas dinding pembuluh darah, menurunnya volume plasma, terjadinya hipotensi, trombositopenia dan diabetes hemoragik. Renjatan terjadi secara akut.

Nilai hematokrit meningkat bersamaan dengan hilangnya plasma melalui endotel dinding pembuluh darah dan dengan hilangnya plasma klien mengalami hipovolemik. Apabila tidak diatasi bisa terjadi anoksia jaringan, asidosis metabolic dan kematian.

- a. Derajat I : demam disertai gejala klinis lain atau perdarahan spontan, uji tonikuet positif, trobositopenia dan hemokonsentrasi.
- b. Derajat II : derajat I disertai perdarahan spontan di kulit dan atau perdarahan lain.
- c. Derajat III : kegagalan sirkulasi : nadi cepat dan lemah, hipotensi, kulit dingin dan lembab, gelisah.
- d. Derajat IV : renjatan berat, denyut nadi dan tekanan darah tidak dapat diukur. (Hasan, 2002).



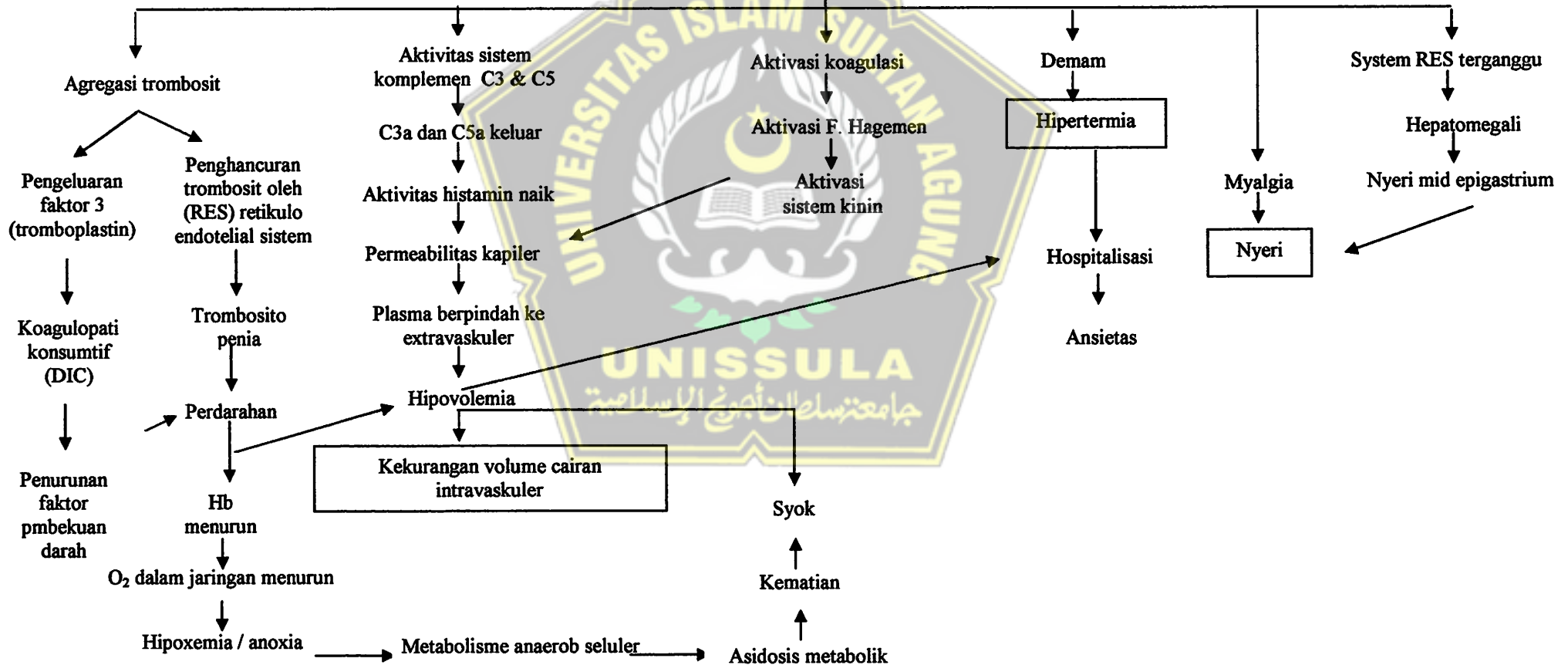
Virus Dengue

Masuk ke tubuh manusia melalui gigitan nyamuk

Virus berkembang biak dalam netikulloendotelial sistem
(monosit, limfosit B, sel kupffer, makrofag)

Terbentuknya kompleks virus antibody

Viremia



5. Manifestasi klinis

Menurut Hasan, 2002 manifestasi klinik dari DHF adalah : Dengan demam tinggi, perdarahan terutama perdarahan kulit, hepatomegali dan kegagalan peredaran darah (“circulatory failure”) fenomena patofisiologi utama yang menentukan berat penyakit dan membedakan DHF dari demam dengue ialah meningginya permeabilitas dinding pembuluh darah, menurun volume plasma, hipotensi, trombositopenia dan diathesis hemoragik (Tuchida,1973). Halstead (1965) mengemukakan gejala yang harus dipertimbangkan dalam diferensial DHF dari demam dengue di Thailand, ialah;

- a. DHF pada umumnya disertai pembesaran hati.
- b. Leukositosis seringkali ditemukan pada DHF, berlainan dengan demam dengue yang pada umumnya disertai leukopenia berat.
- c. Manifestasi perdarahan seperti petekie, ekimosis, uji torniket positif dan trombositopenia lebih menonjol pada DHF.
- d. Limfadenopatia, ruam makulopapular dan mialgia bersifat lebih ringan pada DHF.

Sedangkan menurut Suriadi, 2006 manifestasi klinis dengue hemoragik fever adalah :

- a. Demam tinggi selama 5 sampai 7 hari.
- b. Perdarahan terutama perdarahan pembawa kulit : petekie, ekhimosis, hematoma
- c. Epistaksi, hematemesis, melena, hematuri
- d. Mual, muntah, tidak ada nafsu makan, diare , konstipasi

- e. Nyeti otot, tulang sendi, abdomen, dan ulu hati
- f. Sakit kepala
- g. Pembekakan sekitar mata
- h. Pemberasan hati, limpa dan kelenjar getah bening
- i. Tanda-tanda renjatan(sianosis, kulit lembab dan dinding , tekanan darah menurun, gelisah, capillary refill lebih dari dua detik, nadi cepat dan lemah) (Suriadi, 2006)

6. Pemeriksaan diagnostik

- a. Darah lengkap: hemakonsentrasi(hematokrit 20% atau lebih), trombositopenia (100.000/mm³ atau kurang)
- b. Serologi:uji HI (hemoaglutination test).
- c. Rontgen thoraks : effusi pleura
(Suriadi, 2006)

7. Komplikasi

Adapun komplikasi dari penyakit demam berdarah antara lain:

- a. Pendarahan luas
- b. Shok atau renjatan
- c. Effusi pleura
- d. Penurunan kesadaran

8. Penatalaksanaan

- a. Minum banyak 1,5 - 2 liter/24 jam dengan air teh, gula, atau susu
- b. Antipiret jika terdapat demam
- c. Antikonvulsan jika terdapat kejang

- d. Pemberian cairan melalui infus, dilakukan jika pasien mengalami kesulitan minum dan nilai hematokrit cenderung meningkat (Suriadi 2006).

9. Pemeriksaan penunjang.

Pada dasarnya ada dua metode pemeriksaan laboratorium untuk menegakkan diagnosis infeksi virus dengue, yaitu deteksi virus atau antigen virus (kultur atau PCR). Dan deteksi antibody antidengue (serologi) (Soegiyanto, 2002)

- a. Darah, pada demam berdarah terdapat leukosit pada hari ke-2 atau ke – 3. Pada DBD dijumpai trombositopenia dan hemokonsentrasi. masa pembekuan masih normal, masa pendarahan biasanya memanjang.
- b. Air seni, mungkin ditemukan albuminuri ringan.
- c. Sumsum tulang, pada awal sakit biasanya hiposeluler, kemudian menjadi piperseluler pada hari ke-5 dengan gangguan maturasi dari dan pada hari ke-10 sudah kembali normal untuk semua sistem.
- d. Uji serologi. Uji serologi memakai serum ganda, yaitu serum diambil pada masa akut dan konselensen, yaitu uji pengikatan komplemen (PK), uji netralisasi (NT), dan uji dengue blot. Pada uji ini dicari kenaikan antibody anti dengue sebanyak minimal empat kali. (Arif Mansjoer, 2001).

C. Konsep Dasar keperawatan meliputi:

1. Fokus pengkajian keperawatan

- a. Kaji riwayat keperawatan
- b. Kaji adanya peningkatan suhu tubuh, tanda-tanda pendarahan, mual, muntah tidak nafsu makan, nyeri ulu hati, nyeri otot dan sendi, tanda-tanda renjatan (denyut nadi cepat dan lemah, hipotensi, kulit dingin dan lembab terutama pada ekstremitas, sanosis, gelisah, penurunan kesadaran).(Suriadi, 2006).

2. Fokus intervensi.

- a. Anak menunjukkan tanda- tanda terpenuhinya kebutuhan cairan.
- b. Anak menunjukkan tanda- tanda perfusi jaringan perifer yang adekuat
- c. Anak menunjukkan tanda- tanda kebutuhan nutrisi yang adekuat
- d. Keluarga menunjukkan koping yang adaptif
- e. Anak menunjukkan tanda-tanda vital dalam batas normal (Suriadi, 2006)

3. Implementasi

- a. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler, perdarahan, muntah dan demam.

Implementasi:

- 1) Mencegah terjadinya kekurangan volume cairan mengobservasi tanda- tanda vital paling sedikit setiap empat jam
- 2) Monitor tanda- tanda meningkatnya kekurangan cairan : turgor tidak elastis, ubun- ubun cekung, produksi urin menurun
- 3) Mengobservasi dan mencatat intake dan output

- 4) Memberikan hidrasi yang adekuat sesuai dengan kebutuhan tubuh
 - 5) Memonitor nilai laboratorium: elektrolit darah, BJ urin, serum albumin
 - 6) Memberikan hidrasi yang adekuat sesuai dengan kebutuhan tubuh
 - 7) Mempertahankan intake dan output yang adekuat
 - 8) Memonitor dan mencatat berat badan
- b. Perubahan perfusi jaringan perifer-berhubungan dengan perdarahan.
- 1) Memonitor pemberian cairan melalui intravena setiap jam
 - 2) Mengurangi kehilangan cairan yang tidak terlihat (insensible water loss/IWL)
 - 3) Perfusi jaringan adekuat
 - 4) Mengkaji dan mencatat tanda- tanda vital
 - 5) Mengkaji dan mencatat sirkulasi pada ekstremitas (suhu, kelembaban, dan warna).
 - 6) Menilai kemungkinan terjadinya kematian jaringan pada ekstremitas seperti dinding, nyeri, membengkakan kaki
- c. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual, muntah, tidak ada nafsu makan.

Tujuan :

Kebutuhan nutrisi adekuat

Implementasi

- 1) Ijinkan anak untuk memakan yang dapat di toleransi anak, rencanakan untuk memperbaiki kualitas gizi pada saat selera makan anak meningkat

- 2) Berikan anak yang disertai dengan suplemen nutrisi untuk meningkatkan kualitas intake nutrisi
 - 3) Menganjurkan kepada orang tua untuk memberikan makanan dengan teknik kecil tapi sering menimbang berat badan setiap hari yang sama
 - 4) Mempertahankan kebersihan mulut pasien
 - 5) Menjelaskan pentingnya intake nutrisi yang adekuat untuk menyembuhkan penyakitnya.
- d. Perubahan proses keluarga berhubungan dengan kondisi anak.
- Tujuan ;
- Mensupport coping keluarga adaptif
- Implementasi :
- 1) Mengkaji perasaan dan persepsi orang tua atau keluarga terhadap situasi yang penuh stress
 - 2) Ijinkan orang tua dan keluarga untuk memberikan respon secara panjang dan lebar
 - 3) Identifikasi coping yang biasanya digunakan dan seberapa besar keberhasilannya dalam mengatasi keadaan
 - 4) Tanyakan kepada keluarga apa yang dapat dilakukan untuk membuat anak/ keluarga menjadi baik/ dan jika memungkinkan memberikan apa yang diminta oleh keluarga.
 - 5) Memenuhi kebutuhan dasar anak: jika anak sangat tergantung dalam melakukan aktivitas sehari hari, ijinkan hal ini terjadi dalam

waktu yang tidak terlalu lama kemudian secara bertahap meningkatkan kemandirian anak dalam memenuhi kebutuhan dasarnya.

e. Hipertemi berhubungan dengan proses infeksi virus

Tujuan .

Mempertahankan suhu tubuh normal

Implementasi :

- 1) Ukur tanda- tanda vital: suhu
- 2) Ajarkan keluarga dalam pengukuran suhu
- 3) Lakukan “water tepid sponge”(seka) dengan air biasa
- 4) Tingkatkan intake cairan
- 5) Berikan terapi untuk menurunkan suhu (Suriadi, 2006).



BAB III

RESUME KEPERAWATAN

A. Pengkajian

Pengkajian di lakukan pada tanggal 28 Agustus 2009 jam 16.00 WIB.

Dengan diperoleh hasil sebagai berikut :

1. Identitas Klien

Nama An. T Tempat/Tgl lahir Semarang, 16 Januari 2005 dengan usia 4 tahun pendidikan belum sekolah agama Islam alamat Wonosari RT 6/RW IX Ngaliyan, Semarang Tanggal masuk Kamis, 27 Agustus 2009 nomor cacatan medis 209989.

2. Penanggung Jawab orang tua.

Nama Ayah/Ibu Tn.M / Ny S pekerjaan Ayah pegawai swasta pekerjaan Ibu Wiraswasta pendidikan Ayah SMA pendidikan Ibu SMA agama Islam alamat Wonosari RT 6/RW IX Ngaliyan, Semarang Suku/Bangsa Jawa/Indonesia

3. Keluhan utama

Ibu klien mengatakan badannya panas.

4. Riwayat kesehatan sekarang

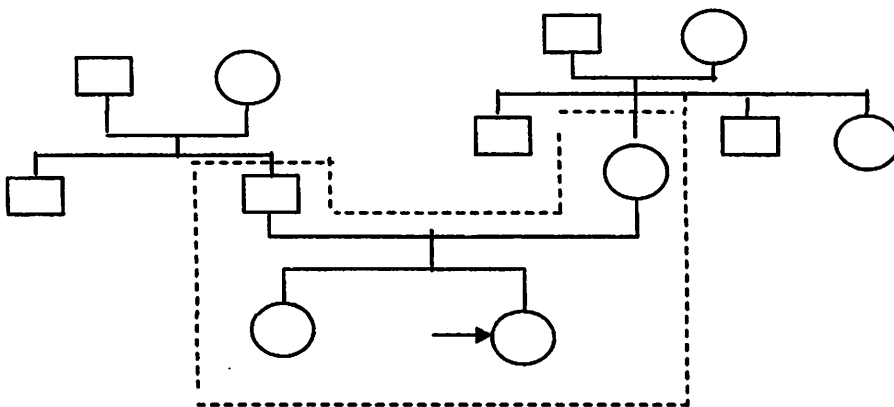
Ibu klien mengatakan ± 1 minggu anaknya panas. Klien panas pada malam hari dan sore, pada pagi hari klien mengatakan pusing mual dan lemas, oleh keluarga klien di bawa ke pukesmas tetapi keadaanya tidak membaik, lalu ibu klien membawa ke RSUD Tugurejo melalui UGD kemudian dirawat inap di ruang Melati.

5. Riwayat masa lampau

Prenatal : saat hamil ibu klien mengatakan memeriksakan kehamilannya setiap 1 bulan sekali di puskesmas, setiap Periksa ibu klien mendapatkan obat penambahan darah, vitamin K dan TT 2 kali. Natal : Ibu klien mengatakan klien lahir spontan di tolong oleh bidan setempat, usia kehamilannya 9 bulan lebih 10 hari klien lahir sehat langsung menangis berat lahir 2,5 kg. Post partum : ibu klien mengatakan pada usia 2 tahun klien pernah mengalami sakit panas, batuk tapi hanya di beri obat toko terdekat dan klien sembuh. Penyakit waktu kecil : ibu klien mengatakan anaknya pernah sakit panas, klien menangis terus badannya panas, terus decompress dan di beri obat bodrexsin klien sembuh. Pernah dirawat di RS : ibu klien mengatakan sebelumnya belum pernah dirawat di rumah sakit. Alergi : ibu klien mengatakan anaknya tidak mempunyai alergi.

6. Riwayat Keluarga

Ibu klien mengatakan keluarganya tidak mempunyai riwayat penyakit menular, hipertensi, DM dan keturunannya. Keluarga tidak ada yang pernah menderita penyakit seperti anaknya.



piring kecil. Klien lebih suka minum air putih, klien minum 6 -7 gelas / hari. Selama sakit ibu klien mengatakan klien tidak nafsu makan dan minum, klien mual muntah, klien minum 1 – 2 gelas habis muntah, klien makan habis ¼ porsi yang disediakan. BBL : 2,5 kg, BB sebelum sakit : 16 kg, BB selama sakit : 14 kg, conjungtiva tidak anemis, klen terlihat pucat, lemah, diit bubur nasi, Hb : 12,6 g/dl, tidak terpasang selang NGT. Orang tua : ibu klien mengatakan keluarganya tidak ada masalah dalam kebutuhan nutrisi, serta kebutuhan nutrisi gizi selalu tercukupi.

Eliminasi Sebelum sakit ibu klien mengatakan BAB 1 - 2x / hari dan BAK klien lancar 7 – 8x / hari tanpa bantuan orang lain konsistensi kuning bau khas. Selama sakit ibu klien mengatakan anaknya tidak mengalami gangguan BAB dan BAK tetapi di bantu orang tua, klien tidak terpasang kateter / kolostomi. Orang tua mengatakan dalam keluarganya tidak ada masalah BAB dan BAK.

Aktivitas/Latihan, sebelum sakit ibu klien mengatakan klien mandi 2x / hari pagi dan sore, menggunakan sabun, selalu gosok gigi klien mampu mandi sendiri klien mampu makan dan minum serta toileting sendiri. Selama sakit klien mandi hanya di sibin, klien tidak bisa beraktivitas sehari – hari hanya bisa menangis dan tiduran di tempat tidur. Bernafas klien selama sakit batuk pilek, tidak ada nyeri, tidak ada alat bantu pernafasan. Orang tua : ibu klien mengatakan selalu mengawasi kegiatan anaknya, ibu klien selalu memelihara rumahnya.

Tidur / istirahat : sebelum sakit ibu klien mengatakan klien tidur ± 10 – 12 jam / hari klien tidur siang dari jam 13.00 – 16.00 WIB. Klien tidur malam 20.00 – 06.00 WIB, klien tidak ada masalah dalam tidur.

Selama sakit ibu klien mengatakan klien tidur malam jam 20.00 – 06.00 WIB siang hari klien tidak bisa tidur karena suasana tidak nyaman, klien terlihat kesakitan dengan balutan infuse. Orang tua : ibu klien mengatakan dalam keluarga pola tidur orang tua kurang karena anaknya yang bayi sering rewel.

Kognitif/perceptual Ibu klien mengatakan respon klien tidur tidak merasa nyaman, klien menangis, haus, lapar memanggil orang tuanya klien mampu mengerti ketika di ajak bicara meskipun masih belum sepenuhnya, tidak ada gangguan penyakitnya, perabaan, pengecapan. Orang tua : keluarga klien tidak ada gangguan penglihatan, perabaan, pengecapan dsb.

Pola peran dan hubungan klien mengatakan merasa nyaman bila di dekat orang tua dan keluarga yang selalu menemani.

Seksualitas klien berjenis kelamin perempuan, klien belum sikumsisi.

9. Pemeriksaan fisik

Keadaan umum baik, kesadaran penuh, TTV : S :38,2 °C, N : 110 x/menit, RR : 28 x / mnt, BB : 14 kg, TB : 95 cm. Kepala : mesosephal, rambut bersih, tidak ada lesi dan bersih, Mata : simetris, konjungtiva tidak anemis, tidak interik sklera baik, reflek pupil (+), Hidung : simetris, tidak ada secret, tidak ada polip hidung, Mulut : tidak ada stomatitis, tidak ada perdarahan gusi, tidak ada caries, lidah kotor, telinga : simetris, tidak ada serumen, bersih. Leher, tidak ada pembesaran tyroid. Dada inspeksi : simetris, tidak ada retraksi dinding dada, palpasi : tidak ada

nyeri tekan, perkusi : bunyi sonor, auskultasi : tidak ada wheezing atau ronchi, Abdomen inspeksi : datar, auskultasi : peristaltik usus 15 X menit, palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak Ada pembesaran hepar, perkusi : tympani. Ekstremitas atas : pada tangan kanan terpasang infuse RL 15 tpm, Bawah: tidak ada lesi dan pitting oedem.

10. Keadaan kesehatan saat ini

Diagnosa medis : DHF, tidak ada tindakan operasi dari tim medis.

Obat-obat parenteral : Infus RL 12 tpm, Dexta $\frac{1}{4}$ tab 3x1, Ceftriaxone 2 x 30 mg, B. Comp $\frac{1}{4}$ tpm.

Hasil laboratorium 27 Agustus 2009.

Hematologi : HB : 12,6 gr/dl, Lekosit 2,320 /mm³, Trombosit 98.000 /mm³, Hematokrit 28,4 %

Hasil laboratorium 28 Agustus 2009

WBC $3.11 \cdot 10^3$ ul, RBC $5.02 \cdot 10^6$ ul, HGB 13.0 g/l, HCT 40.3 %, MCV 80.3 fL, MCH 25.9 Pg, MCHC 32.3 g/dl, PL T 48 g/dl, RDW-CV 13.1 %, RDW-SD 37.9 fL, PDW 10.6 fL, MPV 9.3 fL, R - COR 20.4 %

B. Analisa Data

Analisa data ambil pada hari Jumat 28 Agustus 2009 jam 16.10

1. Data Subjective: Ibu klien mengatakan anaknya panas. data objective: klien teraba panas N: 110 X/menit.S:38,2 C.RR:24 X / menit.klien berkeringat. Problem hipertemia etiologi proses inflamasi mikroorganisme.

Analisa data ambil pada hari Jumat 28 Agustus 2009 jam 16.15

2. Data subjective: ibu klien menyatakan anaknya tidak nafsu makan. Data Objective: Klein terlihat lemas A.BB selama sakit :16 kg, BB selama sakit 14 kg, TB: 95 kg. B.konjungtiva tidak anemis. Klien terlihat lemas. C. klien makan habis $\frac{1}{4}$ porsi diet bubur nasi. Problem perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Etiologi intake tidak adekuat.

Analisa data ambil pada hari Jumat 28 Agustus 2009 jam 16.20

3. Data subjective: ibu klien mengatakan kurang pengetahuan tentang penyakit DHF, data obyektif: ibu klien selalu bertanya tentang keadaan pasien.

C. Diagnosa keperawatan.

Hipertemi berhubungan dengan proses inflamasi mikroorganisme ditandai dengan: data subjektif: ibu klien mengatakan anaknya panas, data objektif: klien teraba panas, N:110 X/menit, S:38,2 C,RR:24 X / menit.

Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan intake tidak adekuat ditandai : data subjektif: ibu klien mengatakan anaknya tidak nafsu makan, data subjektif: klien terlihat lemas, A.BB sebelum sakit :16 kg, BB selama sakit 14 kg, TB: 95 cm, B. conjunctiva tidak anemis, Klien terlihat lemas, C. klien makan habis $\frac{1}{4}$ porsi, diet bubur nasi.

Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tentang penyakit ditandai dengan : data subjektif: ibu klien mengatakan cemas dengan keadaan kesehatan anak, data subjektif: ibu klien terlihat cemas, ibu klien selalu bertanya kepada perawat.

D. Intervensi keperawatan.

Intervensi keperawatan dilakukan pada hari Sabtu 28 Agustus 2009 jam 16.20 yaitu :

1. Diagnosa keperawatan. pertama tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam. Klien merasa nyaman kriteria hasil : suhu dalam batas normal 36 – 37 C. klien tampak lebih rilek tidurnya. Intervensi: memonitor TTV. Anjurkan klien untuk memakai pakaian yang menyerap keringat. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat.

Intervensi keperawatan dilakukan pada hari Sabtu 28 Agustus 2009 jam 16.25 yaitu :

2. Diagnosa keperawatan yang ke dua, tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam. Ibu klien merasa tenang kriteria hasil: nafsu makan bertambah. Intervensi, anjurkan klien untuk porsi kecil tapi sering, berikan selagi hangat, kolaborasi dengan ahli gizi, berikan vitamin penambah nafsu makan.

Intervensi keperawatan dilakukan pada hari Sabtu 28 Agustus 2009 jam 16.30 yaitu :

3. Diagnosa keperawatan ketiga, Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam ibu klien sudah mengetahui kriteria hasil: ibu klien sudah mengerti tentang penyakit ini. Intervensi: kaji pengetahuan tentang penyakit tersebut, berikan penkes, berikan kesempatan pada keluarga untuk bertanya.

E. Implementasi keperawatan.

Implementasi keperawatan dilakukan pada hari Jumat dan Sabtu tanggal 28 Agustus 2009 dan 29 Agustus 2009 yaitu :

1. Hipertemi berhubungan dengan proses inflamasi organisme yang dilakukan yaitu pada hari Jumat 28 Agustus 2009 16.40. Memonitor TTV pada jam 16.40. Menganjurkan pada klien untuk memakai pakaian yang menyerap keringat pada jam 17.00. Berkolaborasi obat oral pada jam 17.30. Menganjurkan klien memakan porsi kecil tapi sering pada jam 17.45.
2. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan intake tidak adekuat yang dilakukan pada hari Jumat 28 Agustus 2009 jam 18.30. memberikan makan selagi pada jam 19.00 hangat. Mengkolaborasikan dengan ahli gizi diit yang tepat 19.30.
3. Kurang pengetahuan berhubungan dengan informasi tentang penyakit dilakukan pada hari Sabtu 29 Agustus 2009 jam 08.00 mengkaji pengetahuan keluarga tentang penyakit. Memberikan penkes. pada jam 08.05 Memberikan kesempatan pada keluarga klien untuk bertanya pada jam 08.30 WIB.

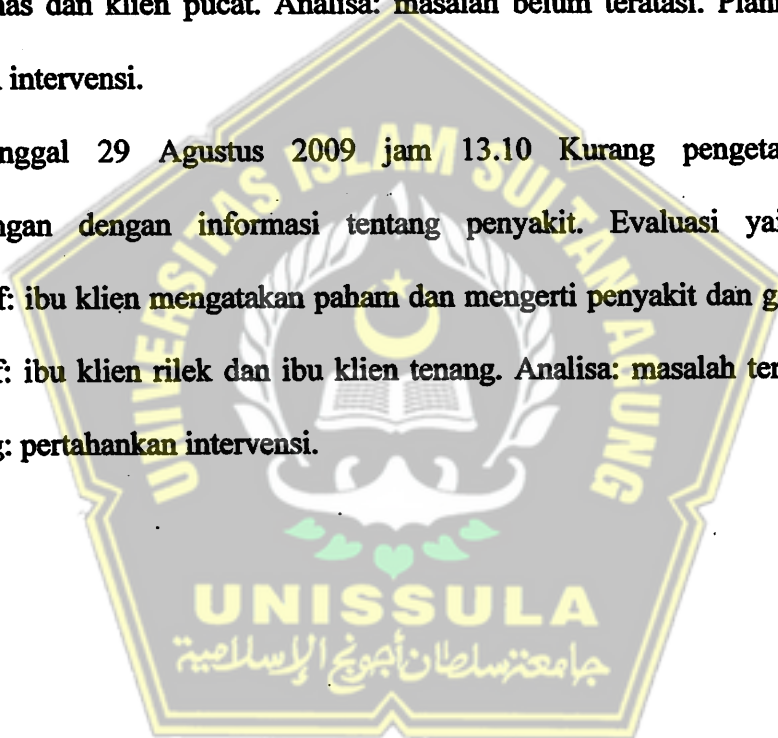
F. Evaluasi keperawatan.

Evaluasi keperawatan dilakukan pada hari Sabtu 29 Agustus 2009 pada jam 11.00 yaitu :

1. Pada tanggal 29 Agustus 2009 jam 11.00 Hipertemi berhubungan dengan proses inflamasi organisme. Evaluasi yaitu subjektif: ibu klien mengatakan

panas anaknya sudah agak turun, objektif: N:110 X/menit S:37,5 C, RR:24 X/ menit, analisa: :masalah teratasi sebagian, planning: lanjutkan intervensi.

2. Pada tanggal 29 Agustus 2009 jam 13.00. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan intake tidak adekuat, evaluasi yaitu subjektif: ibu klien mengatakan anaknya belum nafsu makan. Objektif: klien lemas dan klien pucat. Analisa: masalah belum teratasi. Planning: lanjutkan intervensi.
3. Pada tanggal 29 Agustus 2009 jam 13.10 Kurang pengetahuan berhubungan dengan informasi tentang penyakit. Evaluasi yaitu : subjektif: ibu klien mengatakan paham dan mengerti penyakit dan gejala. Obyektif: ibu klien rilek dan ibu klien tenang. Analisa: masalah teratasi. Planning: pertahankan intervensi.



BAB IV

PEMBAHASAN

Didalam bab IV ini, penulis akan membahas tentang asuhan keperawatan yang dilakukan pada An. T dengan kasus DHF di ruang Melati RSUD Tugurejo Semarang. Pengkajian dilakukan pada tanggal 28 Agustus 2009. Dimana dalam pemberian asuhan keperawatan penulis menggunakan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

A. Pengkajian

Dalam pengkajian penulis menemukan keluhan utama yaitu tubuh klien panas muncul sejak tanggal 26 Agustus 2009.

Dalam pengkajian fungsional menurut Gordon, ada beberapa pengkajian yang datanya kurang lengkap antara lain tanda tentang persepsi tentang kesehatan penulis belum mencantumkan data kecemasan orang tua ditandai dengan orang tua selalu bertanya tentang penyakitnya.

Pada Analisa data untuk data fokus yang kedua kedalam penulis ABCD kurang tepat seharusnya A : (Antopometri): BB sebelum sakit 22: kg. BB: selama sakit 21 kg. TB: 95 cm, B :(Biomedical): Seharusnya data laboratorium. C (*Clinical sign*): Konjungtiva tidak anemis, klien terlihat lemas. D : (*Dietary*): Klien makan habis ½ porsi.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang muncul setelah pengkajian adalah sebagai berikut :

- a. Hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi mikroorganisme ditandai dengan suhu tubuh meningkat 38°C .

Hipertermi adalah keadaan di mana seorang individu mengalami atau berisiko untuk mengalami kenaikan suhu tubuh terus menerus lebih tinggi dari $37,8^{\circ}\text{C}(100^{\circ}\text{F})$ per oral atau $38,8^{\circ}\text{C}(101^{\circ}\text{F})$ per rectal karena faktor eksternal. Dalam pengkajian batasan karakteristik mayor di dapat data bahwa Suhu lebih tinggi dari $37,8^{\circ}\text{C}(100^{\circ}\text{F})$ per oral atau $38,8^{\circ}\text{C}(101^{\circ}\text{F})$ per rectal, Kulit hangat dan takikardi. Sedangkan batasan karakteristik minornya adalah Kulit kemerahan peningkatan kedalaman pernafasan menggigil/ merinding perasaan hangat atau dingin nyeri dan sakit yang spesifik atau umum malaise, keletihan, kelemahan kehilangan nafsu makan, berkeringat.

Diagnosa tersebut penulis angkat karena sesuai dengan data-data yang dikumpulkan oleh penulis yaitu TTV ; S: 38°C TD: 110/70 mmHg N:110 X/menit RR: 24 X/menit.

Diagnosa yang penulis tegakkan yaitu hyperthermia berhubungan dengan proses inflamasi mikroorganisme, penulis rasa kurang tepat, diagnosa keperawatan yang tepat yaitu hipertemi berhubungan dengan proses infeksi virus.

Diagnosa keperawatan hipertemi diprioritas sebagai diagnosa pertama karena menurut maslow ini termasuk kebutuhan fisiologi dan

menurut triage konsep merupakan masalah urgen, karena tidak dapat ditunda dan memerlukan tindakan yang cepat dan tepat. Jika tidak kondisi klien akan memburuk. Selain itu tanda dan gejalanya paling jelas untuk dimonitor, jika masalah ini tidak segera diatasi, demam dapat menyebabkan kejang dan jika kejang berlanjut dapat menyebabkan kerusakan pada otot.

Sedangkan untuk mengatasi masalah tersebut intervensi yang dilakukan yaitu memonitor TTV, rasional : agar mengetahui perkembangan suhu tubuh; anjurkan klien memakai pakaian yang menyerap keringat, rasional : agar sirkulasi tubuh lancar / menghindari demam; kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat, rasional : menurunkan panas.

Pada tahap ini tidak akan membahas mengenai tindakan yang belum dilaksanakan sesuai dengan intervensi ataupun tindakan yang akan dilakukan karena tindakan tersebut sudah dilakukan. Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi Diagnosa yang kedua semuanya sesuai dengan intervensi.

Evaluasi dalam Diagnosa pertama masalah teratasi dengan kriteria

hasil : suhu tubuh normal, suhu tubuh $36,5^{\circ}\text{C}$.

- b. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan intake tidak adekuat.

Perubahan nutrisi kurang adalah: kurang dari kebutuhan tubuh: suatu keadaan dimana individu yang tidak puasa mengalami atau yang

berisiko mengalami penurunan berat badan yang berhubungan dengan masukan yang tidak adekuat atau metabolisme nutrisi yang tidak adekuat untuk kebutuhan metabolik. Dalam pengkajian batasan karakteristik mayor di dapat data bahwa (harus terdapat).: Individu yang tidak puasa melaporkan atau mengalami: masukan- masukan tidak adekuat kurang dari yang dianjurkan dengan atau tanpa penurunan berat badan atau kebutuhan- kebutuhan metabolik aktual atau potensi dalam masukan yang berlebihan (Carpenito, 2006). Batasan karakteristik minor (mungkin terdapat) : Berat badan 10% sampai 20% atau lebih dibawah berat badan ideal untuk tinggi dan kerangka tubuh, lipatan kulit trisep, lingkaran lengan tengah, dan lingkaran otot, pertengahan lengan kurang dari 60% standar pengukuran kelemahan otot dan nyeri tekan peka rangsang mental dan kecemasan mental penurunan albumin serum, penurunan transferin serum atau penurunan kapasitas ikatan besi(Carpenito, 2006).

Diagnosa perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan intake tidak adekuat sudah tepat dan ditunjang data sebagai berikut : mukosa bibir kering, urine pekat, N: 110 X/menit. A.BB selama sakit :22 kg, BB selama sakit 21 kg, TB: 95 cm, B. konjungtiva tidak anemis, Klien terlihat lemas, C. klien makan habis ½ porsi, Diet bubur nasi.

Diagnosa keperawatan perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh sebagai diagnosa kedua karena menurut Maslow ini termasuk kebutuhan fisiologi dan menurut triage konsep merupakan kebutuhan non

urgen dibandingkan dengan hipertermia. Penulis telah menetapkan beberapa intervensi diantaranya:

Anjurkan klien untuk makan porsi kecil tapi sering, rasional : mengetahui seberapa pemasukan dan pengeluaran cairan. Berikan selagi hangat, rasional : seberapa masukan makanan selagi hangat. Kolaborasi dengan ahli gizi, rasional : membantu menyeimbangkan cairan tubuh dengan masukan cairan yang adekuat. Berikan vitamin penambah nafsu makan, rasional : membantu penambah nafsu makan.

Evaluasi dari Diagnosa diatas didapat kan masalah teratasi karena sesuai dengan kriteria hasil ; intake seimbang, selaput mucosa bibir lembab, klien tidak muntah.

c. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tentang penyakit.

Suatu keadaan dimana seorang individu atau kelompok mengalami defisiensi pengetahuan kognitif atau keterampilan-keterampilan psikomotor berkenaan dengan kondisi atau rencana pengobatan (Carpenito, 2006). Dalam pengkajian batasan karakteristik mayor di dapat data bahwa (harus terdapat): Mengungkapkan kurang pengetahuan atau keterampilan-keterampilan/ permintaan informasi. Mengepresikan suatu ketidak akurat persepsi status kesehatan. Melakukan dengan tidak tepat perilaku kesehatan yang dianjurkan atau yang diinginkan. (Carpenito, 2006). Batasan karakteristik minor (mungkin terdapat) Kurang integrasi tentang rencana pengobatan

kedalam aktivitas sehari-hari. memperlihatkan atau mengekspresikan perubahan psikologis (misal ansietas, depresi) mengakibatkan kesalahan informasi atau kurang informasi (Carpenito ,2006). Diagnosa tersebut sudah tepat karena menurut Hierarki Maslow termasuk kebutuhan aktualisasi diri dan merupakan kebutuhan terakhir dari Maslow sehingga penulis tentukan sebagai urutan yang terakhir.

Diagnosa yang ketiga sudah sesuai dengan data –data sebagai berikut. Klien kurang pengetahuan dengan kurang informasi tentang penyakit. Intervensinya yaitu kaji pengetahuan tentang penyakit tersebut, rasional : mengetahui sejauh mana pengetahuan keluarga. Berikan penkes. Rasional :memberikan pengetahuan tentang penyakit yang dialami; berikan kesempatan pada keluarga untuk bertanya, Rasional: mengetahui pemahaman tentang penyakit.

Intervensi tersebut sudah sesuai dengan tindakan yang ada diatas karena klien kooperatif.

Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tentang penyakit, diagnose keperawatan yang tepat yaitu perubahan proses keluarga berhubungan dengan kondisi anak.

Evaluasi dari Diagnosa di atas didapatkan masalah teratasi sesuai dengan kriteria hasil; pada evaluasi intervensi ibu klien mengatakan sudah mengetahui penyakit tentang DHF.

BAB V

PENUTUP

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada An. T dengan Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) di ruang Melati RSUD Tugu rejo Semarang tanggal 28 Agustus 2009 sebagai langkah terakhir dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini dapat diambil kesimpulan yang sekiranya dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan bagi pemberi asuhan keperawatan pada pasien khususnya pada pasien dengan Dengue Hemorrhagic Fever (DHF).

A. Kesimpulan

1. Pengkajian

Pengkajian Asuhan Keperawatan pada An. T dengan Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) telah dilaksanakan sesuai dengan teori, meskipun dalam pengkajian masih ada banyak kekurangan dan kesenjangan.

2. Diagnosa Keperawatan

Untuk menentukan diagnosa keperawatan pada An. T dengan Dengue Hemorrhagic Fever (DHF), dapat ditegaskan diagnosa keperawatan yaitu *Hyperthermia* berhubungan dengan proses inflamasi mikroorganisme. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan *intake* tidak *adekuat* Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tentang penyakit.

3. Intervensi.

Pada langkah ini telah dilakukan sesuai dengan rencana yang telah dibuat, hal ini karena adanya kerjasama yang baik antara perawat beserta TIM kesehatan, pasien, dan dengan keluarga pasien.

4. Implementasi

Implementasi sudah sesuai dengan intervensi yang penulis rencana Adapun dalam pelaksanaannya ada hambatan yaitu anak kurang kooperatif, tetapi hal tersebut, dapat penulis minimalkan dengan melibatkan orang tua selama tindakan dilakukan.

5. Evaluasi

adapun untuk rencana selanjutnya penulis delegasikan ke perawatan ruangan pada diagnosa pertama planningnya lanjutkan intervensi, diagnosa kedua planingnya lanjutkan intervensi dan diagnosa ketiga pertahankan intervensi.

B. Saran

1. Bagi mahasiswa hendaknya lebih memahami tentang hubungan *therapeutic* dalam pemberian asuhan keperawatan terutama pada pasien dengan Dengue *Hemorrhagic* Fever (DHF) dan klien dengan masalah kesehatan lain pada umumnya. Mahasiswa hendaknya melakukan pengkajian secara tepat agar dapat menentukan diagnosa yang tepat sehingga tidak muncul komplikasi yang lebih berat.

2. Hubungan antara perawat dengan tim kesehatan lain serta kerjasama perawat dengan keluarga sangat diperlukan untuk membantu perkembangan kondisi pasien ke arah yang lebih baik.
3. Rumah Sakit hendaknya memberikan informasi pada masyarakat tentang masalah kesehatan, penanganan dan pencegahan dini yang cepat dan akurat.



DAFTAR PUSTAKA

- Limul Hidayat, Aziz, 2005. *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak I*, Edisi Salemba Medika, Jakarta.
- mansjoer, A, 2001. *Kapita selekta kedokteran*, Edisi ke tiga Jilid 1 Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Surwati Arita, 2008. *Perawatan Pasien Penyakit Dalam*, Jogjakarta.
- Musepno Hassan, 2002. *Buku Kuliah Ilmu Kesehatan Anak 2 Asuhan Keperawatan pada Anak*, Jakarta.
- Surjadi, 2001. *Buku Pegangan Praktek Klinik*, Edisi 2 Asuhan Keperawatan pada Anak , Jakarta.
- Moejiyanto Sogeng, 2002. *Il mu Penyakit Anak Diagnosa dan Penatalaksanaan*, Edisi Per tama, Jakarta.
- Mojokronegoro Arjatmo, 2002. *Updates In Pediatric Emergencies*, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

