

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN.S  
DENGAN DENGUE HEMORRHAGIC FEVER  
DI RSUD SUNAN KALIJAGA  
DEMAK**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

**Naafi'u Shaumi W.D**  
NIM 89.33.131010

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

**SEMARANG**

**2011**

## HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim  
Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu  
Keperawatan UNISSULA Semarang pada:

Hari : Jum'at

Tanggal : 20 Mei 2011



Semarang, 20 Mei 2011

Pembimbing

  
Ns. Erna Melastuti, S.Kep  
NIK 21090010

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Kamis tanggal 9 Juni 2011 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 9 Juni 2011

Tim penguji,

Penguji I

  
(Ns. Kurnia Wijayanti, S. Kep)

NIK : 210909016

Penguji II

  
(Ns. Indra Tri Astuti, S. Kep)

NIK : 210900009

Penguji III

  
(Ns. Erna Melastuti, S. Kep)

NIK : 210900010

## MOTTO

Belajarlh dari kesalahan yang lalu, karena kesalahan yang lalu merupakan guru yang paling berharga bagi kita

Semua orang mempunyai kekurangan, namun jangan jadikan kekurangan sebagai kekurangan kita melainkan jadikanlah kekurangan sebagai kelebihan yang kita miliki

Hidup harus terus berjalan,jangan biarkan masa lalu mendominasi dalam hidup kita, masa lalu hanya sekedar masa lalu, bukan untuk diratapi tetapi harus dilewati.



## **PERSEMBAHAN**

Kupersembahkan kepada :

1. Ibu tercinta Rahayu Selamat
2. Bapak tercinta M. Arudin
3. Kakak ku tersayang Permana Wahyu
4. Adik ku tersayang Fala dan Minka
5. Rekan-rekan tercinta yang telah turut serta membantu.
6. Semua pihak yang berkenan membaca hasil penelitian ini.



## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah S.W.T yang telah memberikan rahmat dan hidayah-NYA sehingga penulis dapat menyelesaikan Tugas Akhir dengan judul “ Asuhan Keperawatan Dengan Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) ”. Penulis menyadari dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu dalam kesempatan ini perkenankan penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Bapak Prof. Dr. Laode M. Kamaluddin, M.Sc, M. Eng, selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Bapak Iwan Ardian, SKM, selaku dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Ibu Wahyu Endang Setyowati, SKM, selaku ketua Program Studi di D III Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Rumah Sakit Umum Daerah Sunan Kalijaga Demak, yang telah memberikan kesempatan kepada saya praktek disana, dan dapat mengaplikasikan ilmu yang telah saya peroleh di kampus, sehingga saya dapat mengambil studi kasus untuk Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Ibu Ns. Erna Melastuti S.Kep, selaku pembimbing dalam penulisan karya tulis ilmiah.
6. Dosen dan Staf Pengajar Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang sudah banyak membantu dalam pelaksanaan proses belajar-mengajar.

7. Kedua Orang Tua yang telah memberi dukungan moril, materiil dan spiritual sepenuhnya.
8. Kepada kakak dan adik-adik saya tercinta yang telah memberikan dukungan sepenuhnya kepada saya.
9. Kepada teman-teman saya yang telah memberikan hari-hari indah selama kuliah tiga tahun dan dukungan juga semangat dalam penulisan kasus ini.
10. Semua pihak-pihak yang telah membantu dalam penyusunan laporan kasus ujian komperhensif baik langsung maupun tidak langsung lain yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari sebagai manusia yang mempunyai keterbatasan pengetahuan dan kekurangan, penelitian ini masih jauh dari sempurna untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun.

Penulis berharap semoga penelitian ini dapat menambah pengetahuan dan pengalaman bagi penulis khususnya dan pembaca pada umumnya.

Semarang, Mei 2011

Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
LEMBAR PERSETUJUAN .....	ii
LEMBAR PENGESAHAN .....	iii
HALAMAN MOTTO.....	iv
PERSEMBAHAN.....	v
KATA PENGANTAR .....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR GAMBAR.....	ix
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan .....	3
C. Manfaat Penulisan .....	4
BAB II KONSEP DASAR.....	5
A. Konsep Dasar Penyakit.....	5
1. Pengertian .....	5
2. Etiologi.....	5
3. Patofisiologi .....	6
4. Anatomi .....	8
5. Manifestasi klinis.....	11
6. Pemeriksaan Diagnostik .....	13
7. Komplikasi.....	15

8. Penatalaksanaan.....	16
9. Pathway.....	18
B. Konsep Dasar Anak .....	19
1. Pengertian Anak.....	19
2. Konsep Tumbuh Kembang .....	19
C. Konsep Dasar Keperawatan.....	23
1. Pengkajian Keperawatan.....	23
2. Diagnosa Keperawatan .....	32
3. Fokus Intervensi.....	33
<b>BAB III LAPORAN HASIL ASUHAN KEPERAWATAN.....</b>	<b>35</b>
A. Pengkajian Keperawatan.....	36
B. Analisa Data .....	43
<b>BAB IV PEMBAHASAN.....</b>	<b>48</b>
<b>BAB V PENUTUP.....</b>	<b>58</b>
A. Kesimpulan.....	58
B. Saran.....	59

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Darah Manusia .....	11
--------------------------------	----



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Di banyak negara tropis, virus dengue sangat endemik. Di Asia, penyakit ini sering menyerang di Cina Selatan, Pakistan, India, dan semua negara di Asia Tenggara. Sejak tahun 1981, virus ini ditemukan di Queensland, Australia. Di sepanjang pantai timur Afrika, penyakit ini juga ditemukan dalam berbagai serotipe. Penyakit ini juga sering menyebabkan kejadian luar biasa di Amerika Selatan, Amerika Tengah, bahkan sampai ke Amerika Serikat sampai akhir tahun 1990-an. Epidemik dengue di Asia terjadi pada tahun 1779, di Eropa tahun 1784, di Amerika Selatan tahun 1835-an, dan Inggris tahun 1922. (Widoyono, 2005)

Demam berdarah dengue di Indonesia, pertama kali dicurigai berjangkit di Surabaya pada tahun 1968, tetapi kepastian virologik baru diperoleh pada tahun 1970. Data dari Departemen kesehatan RI melaporkan bahwa pada tahun 2004 selama bulan Januari dan Februari, pada 25 propinsi tercatat 17.707 orang terkena demam berdarah dengue dengan kematian 322 penderita. Daerah yang perlu diwaspadai adalah Jakarta, Bali dan Nusa Tenggara Barat. Penelitian di Pusat Pendidikan Jakarta, Semarang, Yogya dan Surabaya menunjukkan bahwa demam berdarah dengue dan *dengue shock syndrome* (DSS) juga di temukan pada usia dewasa, dan terdapat kecenderungan peningkatan jumlah pasiennya (Hendarwanto, 2002).

Hal ini mengakibatkan sejumlah rumah sakit menjadi kewalahan dalam menerima pasien demam berdarah dengue. Untuk mengatasinya pihak rumah sakit menambah tempat tidur di lorong-lorong rumah sakit serta merekrut tenaga medis dan paramedis. Merebaknya kembali kasus demam berdarah dengue 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. Data rawat inap rumah sakit menyatakan bahwa kelompok tertinggi adalah usia 5-14 tahun yang terserang sebanyak 42 persen dan kelompok usia 15-44 tahun yang terserang sebanyak 37 persen, rata-rata insidensi penyakit demam berdarah dengue sebesar 6-27 per 100.000 penduduk. Perawatan pasien dengan demam berdarah dengue (DBD) sendiri di rumah sakitpun kurang begitu maksimal. Maka diharapkan untuk mencegah kejadian pada penyakit *dengue haemorrhagic fever* (DHF) perlu upaya serta langkah-langkah yang cepat dan tepat. Sebenarnya penyakit ini dapat dicegah apabila masyarakat mampu memahami dan peduli akan bahaya yang dapat disebabkan oleh penyakit *dengue haemorrhagic fever* (DHF) tindakan yang dapat dilakukan oleh masyarakat diantaranya, masyarakat mampu mengetahui tentang bagaimana perawatan serta pencegahan yang dapat dilakukan yaitu dengan cara 3 M, menguras bak mandi untuk memastikan larva nyamuk yang berkembang di dalam air dan tidak ada telur yang melekat pada dinding bak mandi, menutup tempat penampungan air sehingga tidak ada nyamuk yang memiliki akses ke

tempat itu untuk bertelur, mengubur barang bekas sehingga tidak dapat menampung air hujan dan dijadikan tempat nyamuk bertelur. Berdasarkan pemikiran di atas penulis tertarik untuk menyusun karya tulis ilmiah dengan judul "Asuhan keperawatan pada An.S, dengan DHF (*Dengue Hemorrhagic Fever*) di Rumah Sakit RSUD Sunan Kalijaga Demak. (Anggraeni, 2010)

## **B. Tujuan**

### **1. Tujuan umum**

Mampu menerapkan asuhan keperawatan anak dan mencegah terjadinya komplikasi penyakit DHF (*Dengue Hemorrhagic Fever*) serta dapat meminimalisir angka kematian akibat penyakit DHF (*Dengue Hemorrhagic Fever*).

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Menjelaskan konsep dasar DHF (*Dengue Hemorrhagic Fever*) yang terdiri dari : definisi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, penatalaksanaan, dan pemeriksaan penunjang.
- b. Menjelaskan asuhan keperawatan klien DHF (*Dengue Hemorrhagic Fever*) teori yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan dan fokus intervensi.
- c. Mampu memberikan dan mendokumentasikan asuhan keperawatan klien DHF (*Dengue Hemorrhagic Fever*) pada An. S yang meliputi : pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

### C. Manfaat penulisan

#### 1. Penulis

Untuk menambah pengetahuan dan pemahaman tentang asuhan keperawatan pada anak dengan kasus DHF (*Dengue Hemorrhagic Fever*).

#### 2. Institusi pendidikan

Sebagai wacana dan pengetahuan tentang perkembangan yang berhubungan dengan proses keperawatan mengenai penyakit DHF (*Dengue Hemorrhagic Fever*) dalam bidang pendidikan.

#### 3. Lahan praktek

Menambah referensi dalam meningkatkan mutu/ kualitas pelayanan keperawatan pada klien khususnya yang berhubungan dengan penyakit DHF (*Dengue hemorrhagic Fever*).

#### 4. Masyarakat

Untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat mengenai pentingnya menjaga kebersihan lingkungan, penyediaan air bersih, sanitasi lingkungan yang baik, menghindari kebiasaan menampung air bersih untuk keperluan sehari-hari. Serta mengerti tentang asuhan keperawatan khususnya penyakit DHF (*Dengue Hemorrhagic Fever*).

## **BAB II**

### **KONSEP DASAR**

#### **A. Konsep Dasar Penyakit**

##### **1. Pengertian**

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

*Dengue hemorrhagic fever* merupakan penyakit yang disebabkan oleh karena virus yang termasuk golongan arbovirus melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* betina. Penyakit ini lebih dikenal dengan sebutan demam berdarah dengue (DBD) (Hidayat, 2006).

*Dengue haemorrhagic fever* (DHF) atau Demam berdarah dengue adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus dengue dan ditularkan melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti*. Penyakit ini dapat menyerang semua orang dan dapat mengakibatkan kematian, terutama pada anak. Penyakit ini juga sering menimbulkan kejadian luar biasa atau wabah (Sri utami, 2005).

##### **2. Etiologi**

Demam dengue dan demam berdarah dengue disebabkan oleh virus dengue, yang termasuk dalam genus flavivirus, keluarga flaviviridae. Flavivirus merupakan virus dengan diameter 30 nm terdiri dari asam ribonukleat rantai tunggal dengan berat molekul  $4 \times 10^6$ .

Terdapat 4 serotype virus yaitu DEN-1, DEN-2, DEN-3, DEN-4 yang semuanya dapat menyebabkan demam dengue atau demam berdarah dengue. Keempat serotype ditemukan di Indonesia dengan DEN-3 merupakan serotyp terbanyak. Terdapat reaksi silang antara serotip dengue dengan flavivirus lain seperti *Yellow fever*, *japaneseencephalitis* dan *west nile virus*. Dalam laboratorium virus dengue dapat bereplikasi pada hewan mamalia seperti tikus, kelinci, anjing, kelelawar dan primata. Survei epidemiologi pada hewan ternak didapatkan antibodi terhadap virus dengue pada hewan kuda, sapi dan babi. Penelitian pada artropoda menunjukkan virus dengue dapat bereplikasi pada nyamuk genus *Aedes* (*stegomyia*) dan *Toxorhynchites* (Suhendro, 2006).

### 3. Patofisiologi

Setelah virus dengue masuk ke dalam tubuh, pasien akan mengalami keluhan dan gejala karena viremia, seperti demam, sakit kepala, mual, nyeri otot, pegal seluruh badan, hiperemia di tenggorokan, timbulnya ruam dan kelainan yang mungkin terjadi pada sistem retikuloen dotelial seperti pembesaran kelenjar-kelenjar getah bening, hati dan limpa. Ruam pada DHF (*Dengue Hemorrhagic Fever*) disebabkan oleh kongesti pembuluh darah di bawah kulit. Virus dengue akan masuk ke dalam tubuh melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti* dan kemudian akan bereaksi dengan antibodi dan terbentuklah kompleks virus antibodi, dalam sirkulasi akan mengaktivasi sistem komplement. Akibat aktivasi komponen C3 dan C5 akan dilepas C3a dan C5a, dua peptida

yang berdaya untuk melepaskan histamin dan merupakan mediator kuat sebagai faktor meningginya permeabilitas dinding pembuluh darah dan menghilangkan plasma melalui endotel dinding itu (Suriadi & Yuliani, 2006).

Terjadinya trombositopenia, menurunnya fungsi trombosit dan menurunnya faktor koagulasi (protombin faktor V, VII, IX, X dan fibrinogen) merupakan faktor penyebab terjadinya perdarahan hebat, terutama perdarahan saluran gastrointestinal pada DHF (*Dengue Hemorrhagic Fever*) (Suriadi & Yuliani, 2006).

Yang menentukan beratnya penyakit adalah meningginya permeabilitas dinding pembuluh darah, menurunnya volume plasma, terjadinya hipotensi, trombositopenia dan diabetes hemoragik. Renjatan terjadi secara akut (Suriadi & Yuliani, 2006)

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, trombositopenia 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 (Suriadi & Yuliani, 2006).

#### 4. Anatomi

Darah adalah cairan berwarna merah pekat. Warnanya merah cerah di dalam arteri (*deoksigenasi*), setelah melepas sebagian oksigenasi ke jaringan (menyebabkan perubahan warna) dan menerima produk sisa dari jaringan. Daerah bersifat sedikit alkali dan pH-nya hanya sedikit bervariasi sepanjang kehidupan karena sel-sel badan hanya bisa hidup bila pH dalam batas normal. Jumlah darah sekitar 5% berat badan, sehingga volume rata-ratanya adalah 3 - 4 liter ( Roger Watson, 2001).

##### a. Komposisi Darah

Meskipun secara makroskopis berbentuk cair, sebenarnya darah terdiri dari bagian cair dan padat. Apabila diperiksa di bawah mikroskop, tampak banyak benda bundar kecil di dalamnya, yang dikenal sebagai *korpuskulus darah* atau sel darah. Sel-sel darah merupakan bagian yang padat, sedangkan cairan tempat sel-sel ini berada merupakan bagian cair yang disebut plasma. Sel-sel darah membentuk 45% seluruh volume darah dan plasma membentuk 55% seluruh volume darah (Roger Watson, 2001).

##### b. Plasma

Plasma atau bagian cair darah adalah cairan jernih berwarna kekuningan (*straw-coloured*), mirip cairan di dalam luka lepuh.

Komponen plasma :

- 1) Air, membentuk sekitar 90% volume plasma
- 2) Garam mineral, mencakup garam-garam klorida, fosfat, dan karbonat dari natrium, kalium, dan kalsium. Keseimbangan

akurat berbagai garam ini diperlukan untuk fungsi normal jaringan tubuh, dan terdapat sekitar 0,9% zat organik

- 3) Protein plasma, albumin, globulin, fibrinogen, protrombin, dan heparin.
- 4) Zat-zat nutrisi dalam bentuk paling sederhana, glukosa, asam amino, asam lemak serta gliserol, dan vitamin.
- 5) Gas terlarut: oksigen, karbondioksida, dan nitrogen
- 6) Sisa produk jaringan: urea, asam urat, dan kreatinin
- 7) Antibodi dan antitoksin: melindungi badan dari infeksi bakteri.
- 8) Hormon : dari kelenjar buntu
- 9) Enzim

c. Sel Darah

Sel darah dapat dibedakan atas tiga jenis: sel darah merah (*eritrosit*), sel darah putih (*leukosit*), dan keping darah (*trombosit*).

Pembentukan sel darah berlangsung didalam sum-sum tulang, dan sel-sel matang (matur) akan dilepas ke dalam aliran darah. Terbentuk 8 macam sel yang berbeda dan semua dihasilkan dari satu jenis *sel batang pluripotein* yang akan menurunkan 5 garis keturunan sel yang berbeda. Garis *mieloblas* menghasilkan tiga jenis *sel granulosit*, sedangkan garis *monoblas* dan limfoblas menghasilkan sel agranulosit. *Eritrosit* (sel darah merah) dan *trombosit* dibentuk dari garis keturunannya masing-masing.

d. Sel Darah Merah

Sel darah merah (SDM) berbentuk seperti cakram (diskus) kecil yang kedua permukaannya cekung. Jumlahnya sangat banyak, sekitar 5.000.000 per  $\text{mm}^3$  darah. Ukurannya sangat kecil, dengan diameter hanya 7,2 mikrometer (1 mikrometer = 1/1000 mm). Fungsi sel darah merah adalah membawa oksigen dari paru-paru ke jaringan dan karbondioksida dari jaringan ke paru-paru. Sel darah merah diproduksi di dalam sum-sum merah tulang spingosa, yang terdapat di ujung-ujung tulang panjang dan di dalam tulang pipih dan tidak reguler. Pada anak-anak, sum-sum merah juga terdapat di sepanjang badan tulang panjang karena mereka memerlukan produksi sel darah merah dalam jumlah besar.

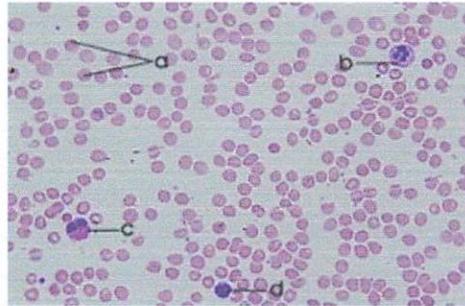
e. Sel Darah Putih

Sel darah putih, atau *leukosit*, berukuran lebih besar dari pada sel darah merah, diameter sekitar 10  $\mu\text{m}$ , dan jumlahnya lebih sedikit. Terdapat  $7-10 \times 10^9$  leukosit per liter darah dan jumlah ini bisa meningkat sampai  $30 \times 10^9$  per liter darah bila ada infeksi di dalam badan. Peningkatan ini dikenal sebagai leukositosis.

f. Trombosit

Trombosit berukuran lebih kecil dari sel darah merah dan diproduksi di sum-sum tulang. Jumlah trombosit sekitar  $250 \times 10^9$  per liter darah. Trombosit berperan dalam pembekuan darah (Roger Watson, 2001).

Gambar 2.1 darah manusia



## 5. Manifestasi Klinis

Menurut Dini Siti Anggraeni, 2010 ciri khas DHF (*Dengue Hemorrhagic Fever*) demam seperti pelana kuda yaitu keadaan hilangnya demam bukan berarti penyakit ini sembuh tetapi masi perlu mendapat perhatian yang intensif, bahkan jika penderita tampak membaik sekalipun. Pada hari ketiga sampai hari ke 5 merupakan periode kritis karena walaupun secara kasat mata sudah tampak membaik, tetapi kemungkinan kondisi bertambah buruk dapat terjadi secara tiba-tiba dan penderita jatuh dalam kondisi shock yang disebut *dengue shock syndrome* atau DSS.

Fase akut:

- a. Demam tinggi
- b. Sakit kepala
- c. Mual dan muntah
- d. Nyeri otot, pegal-pegal di seluruh tubuh
- e. Ruam atau bintik-bintik merah pada kulit
- f. Terjadi mimisan dan perdarahan

Fase kronik:

- a. Lemah
- b. Gelisah
- c. Tangan kaki dingin
- d. Nafas cepat
- e. Diuresis berkurang
- f. Tidak nafsu makan
- g. Dan mengalami perdarahan

Kasus DHF ditandai oleh manifestasi klinis, yaitu: demam tinggi dan mendadak yang dapat mencapai 40° C atau lebih dan terkadang disertai dengan kejang demam, sakit kepala, anoreksia, muntah-muntah (*vomitting*), *epigastric discomfort*, nyeri perut kanan atas atau seluruh bagian perut; dan perdarahan, terutama perdarahan kulit, walaupun hanya berupa uji torniquet positif. Selain itu, perdarahan kulit dapat berwujud memar atau juga berupa perdarahan spontan mulai dari petechiae (muncul pada hari-hari pertama demam dan berlangsung 3-6 hari) pada extremitas, tubuh dan muka, sampai epitaksis dan perdarahan gusi. Sementara perdarahan gastrointestinal masif lebih jarang terjadi dan biasanya hanya terjadi pada kasus dengan syok yang berkepanjangan atau setelah syok yang tidak bisa teratasi. Perdarahan lain seperti perdarahan subkonjungtiva terkadang juga ditemukan. Pada masa konvalesen sering kali ditemukan eritema pada telapak tangan dan kaki dan hepatomegali. Hepatomegali pada umumnya dapat diraba pada permulaan penyakit dan pembesaran hati ini tidak sejajar dengan beratnya penyakit. Nyeri tekan sering kali ditemukan tanpa ikterus maupun kegagalan peredaran darah (*circulatory failure*) (Sri Utami, 2005).

## 6. Pemeriksaan Diagnostik

### a. Darah

Pada dengue fever akan dijumpai leukopenia (angka lekosit rendah) yang didapatkan dari pemeriksaan darah rutin, akan terlihat pada hari ke 2 atau hari ke 3 dan titik terendah pada saat peningkatan suhu kedua kalinya. Leukopenia timbul karena berkurangnya limfosit pada saat peningkatan suhu pertama kali. Pada saat suhu meningkat kedua kalinya sel limfosit relatif sudah bertambah. Sel-sel eosinofil sangat berkurang. Pada DHF umumnya dijumpai trombositopenia yaitu berkurangnya jumlah sel-sel keping darah (*trombosit*) di dalam tubuh (darah) seseorang yang mengalami trombositopenia memiliki kadar trombosit di dalam plasma darah kurang dari 100.000 permilimeter kubik (batas normal: 150.000-500.000). dan hemokonsentrasi yaitu pengentalan darah. Uji torniquet digunakan untuk mengetahui ada tidaknya perdarahan pada kulit. Cara sederhana yang dapat dilakukan untuk mempraktekkan uji ini adalah dengan melakukan pembebatan dengan karet di bagian lengan atas. Pembebatan dilakukan selama kurang lebih 5 menit kemudian lepaskan. Setelah itu amati di sekitar lengan bawah terutama di sekitar siku dan pergelangan tangan. Hasil uji dikatakan positif jika pada pasien muncul bintik-bintik merah mirip bekas gigitan nyamuk bergerombol dan kemungkinan besar menunjukkan terjadinya perdarahan pada kulit.

b. Air seni

Mungkin ditemukan albuminuria ringan, dapat terjadi hipoproteinemia akibat kebocoran plasma.

c. Sumsum tulang

Pada awal sakit biasanya hiposeluler, kemudian menjadi hiperseluler pada hari kelima dengan gangguan maturasi sedangkan pada hari kesepuluh biasanya sudah kembali normal untuk semua sistem.

d. Serologi

Uji serologi untuk infeksi dengue dapat dikategorikan atas dua kelompok besar, yaitu:

- 1) Uji serologi memakai serum ganda, untuk pemeriksaan serologi ini diambil serum penderita dalam bentuk ganda yaitu serum yang diambil pada masa akut dan masa konvaselen. Pada uji ini yang dicari adalah kenaikan antibodi antidengue sebanyak minimal empat kali. Termasuk dalam uji ini pengikatan komplemen (PK), uji netralisasi (NT) yaitu uji netralisasi yang berdasarkan adanya reduksi plak yang terjadi sebagai akibat dari adanya proses netralisasi virus oleh antibodi di dalam serum penderita, dan uji dengue blot.
- 2) Uji serologi memakai serum tunggal. Pada uji ini yang dicari adalah ada tidaknya atau titer tertentu antibodi antidengue. Termasuk dalam golongan ini adalah uji dengue blot yang mengukur antibodi antidengue tanpa memandang kelas antibodinya; uji IgM antidengue yang mengukur berdasarkan

atas adanya anibodi IgM yang sebelumnya dilekatkan pada suatu permukaan yang kasar, misalnya plastik atau plate dari plastik. jika antibodi IgM dari penderita adalah antibodi anti dengue, maka mereka akan mengikat antigen dengue yang ditambahkan kemudian dan adanya ikatan tersebut dapat ditunjukkan dengan pemberian antibodi anti dengue yang dilabel dengan enzim dan kemudian ditambahkan substrat sehingga akan timbul warna.

e. Isolasi virus

Bahan pemeriksaan adalah darah pasien, jaringan-jaringan baik dari pasien hidup (melalui biopsi) dari pasien yang meninggal (melalui autopsi) (Hendarwanto, 2002).

## 7. Komplikasi

a. Perdarahan spontan

Terjadi karena adanya kebocoran plasma darah (yaitu keadaan ketika plasma darah keluar dari pembuluh darah, sehingga komponen darah mengalami hemokonsentrasi (pengentalan darah) dan trombositopenia (penurunan jumlah trombosit yang menyebabkan penderita dapat mengalami perdarahan spontan).

b. Syok (syok hipovolemi)

Terganggunya sistem sirkulasi akibat dari volume darah dalam pembuluh darah yang berkurang. Hal ini bisa terjadi akibat perdarahan yang masif atau kehilangan plasma darah.

c. Perdarahan intravaskuler menyeluruh

Perdarahan yang terjadi di dalam pembuluh darah yang disebabkan serangan virus dengue pada sel-sel darah.

d. Efusi pleura

Akibat adanya kebocoran plasma pada paru sehingga ada pengumpulan cairan di dalam rongga pleura dan menyebabkan pasien agak dipnue (Mubin, 2006).

## 8. Penatalaksanaan

### 1. Penatalaksanaan Medik

Penatalaksanaan Demam Berdarah Dengue tanpa penyulit adalah:

- 1) Tirah baring
- 2) Makanan lunak dan bila belum nafsu makan diberi minum 1,5-2 liter dalam 24 jam 24 jam (susu, air dengan gula, atau sirup) atau air tawar di tambah garam.
- 3) Medikomentosa yang bersifat simptomatis. Untuk hiperpireksia dapat diberi kompres, antipiretik golongan asetaminofen, eukinin, atau dipiro dan jangan diberikan asetosal karena bahaya perdarahan.
- 4) Antibiotik diberikan bila terdapat kemungkinan terjadi infeksi sekunder.

Pada pasien dengan tanda renjatan (shock) dilakukan:

- 1) Pemasangan infus dan dipertahankan selama 12-48 jam setelah renjatan diatasi.

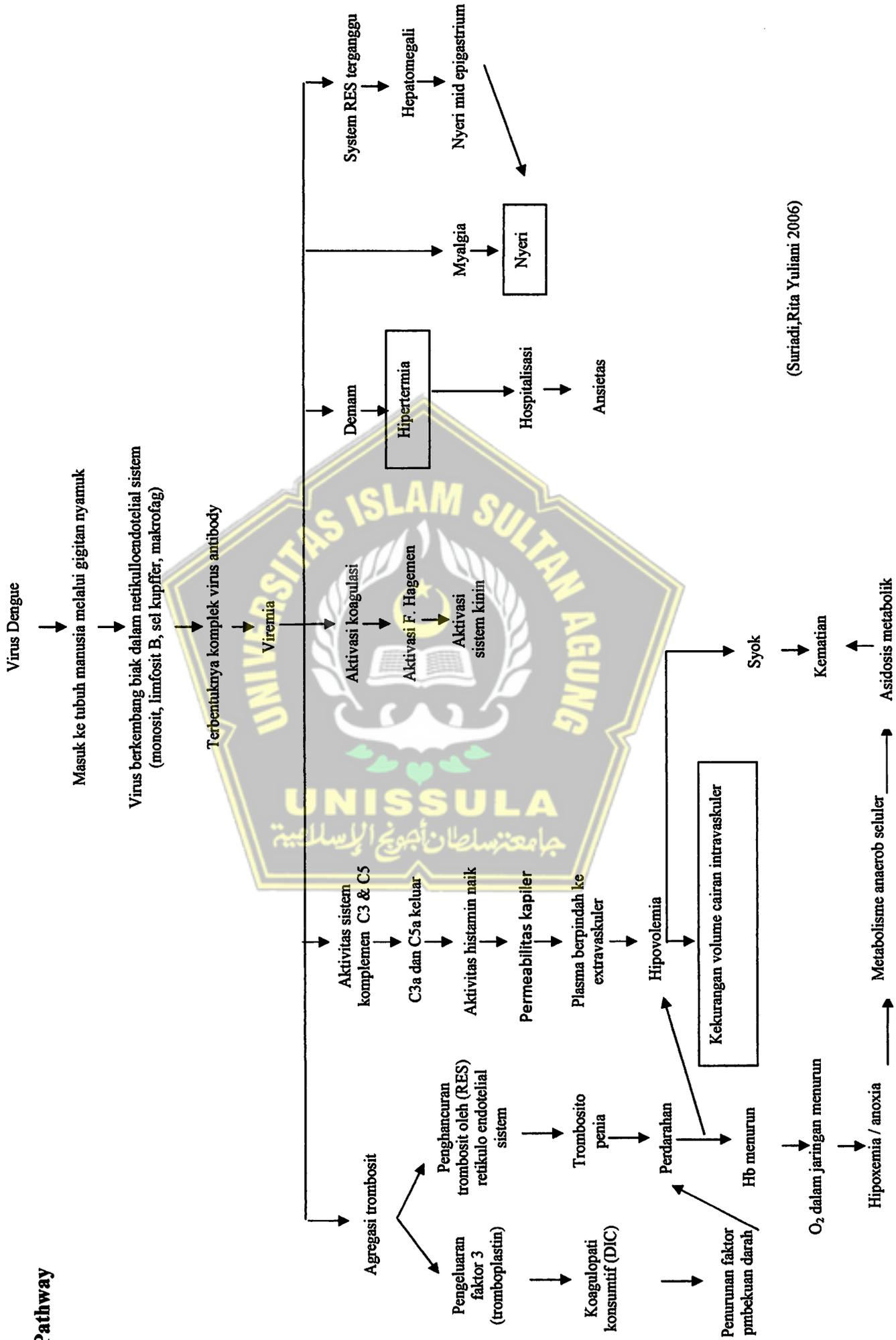
- 2) Observasi keadaan umum, nadi, tekanan darah, suhu, pernapasan tiap jam, serta Hb dan Ht tiap 4-6 jam pada hari pertama selanjutnya tiap 24 jam.

Pada pasien DSS diberi cairan intravena yang diberikan dengan diguyur, seperti NaCl, ringer laktat yang dipertahankan selama 12-48 jam setelah renjatan teratasi. Bila tak tampak perbaikan dapat diberikan plasma atau plasma ekspandar atau dekstran atau preparat hemasel sejumlah 15-29 ml/kg berat badan dan dipertahankan selama 12-48 jam setelah renjatan teratasi. Bila pada pemeriksaan didapatkan penurunan kadar Hb dan Ht maka diberi transfusi darah. (Mansjoer, 2001)

## **2. Penatalaksanaan Keperawatan**

- 1) Minum banyak 1,5-2 liter/24 jam dengan air teh, gula, atau susu.
- 2) Berikan kompres dingin pada daerah axilla dan lipatan paha.
- 3) Anjurkan pasien tidak memakai pakaian atau selimut yang tebal.
- 4) Anjurkan pasien istirahat, tirah baring.
- 5) Berikan diet, makanan lunak (Mubin, 2008).

**Pathway**



(Suriadi, Rita Yuliani 2006)

## **B. 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).

Anak adalah seorang laki-laki atau perempuan yang belum dewasa atau belum mengalami masa pubertas. Anak juga sering merujuk pada perkembangan mental seseorang walaupun usia mereka secara biologis dan kronologis seseorang sudah termasuk dewasa, apabila perkembangan mentalnya ataukah urutan umurnya maka seseorang dapat saja diasosiasikan dengan istilah “anak” (<http://id.wikipedia.org>), pengertian anak, diunduh pada tanggal 5 April 2011 ).

Anak adalah bukan orang dalam bentuk kecil, karena anak mempunyai sifat dan kebutuhan yang berbeda dengan orang dewasa. Anak merupakan generasi penerus suatu bangsa maka ia harus tumbuh menjadi orang dewasa yang cerdas dan sehat (mental dan sosial) (Ngastiyah, 2005).

### **2. Konsep Tumbuh Kembang**

Anak memiliki suatu ciri yang khas yaitu yang selalu tumbuh dan berkembang sejak saat konsepsi sampai berakhirnya masa remaja. Hal inilah yang membedakan anak dari orang dewasa. Jadi anak tidak bisa diidentikkan dengan dewasa dalam bentuk kecil. Ilmu pertumbuhan (*Growth*) dan perkembangan (*Development*) merupakan dasar Ilmu

Kesehatan Anak dan kedua istilah itu disatukan menjadi Ilmu Tumbuh-Kembang oleh karena meskipun merupakan proses yang berbeda, keduanya tidak berdiri sendiri, tetapi saling berkaitan satu sama lain (Tanuwidjaya,2002).

Pertumbuhan ialah bertambahnya ukuran dan jumlah sel serta jaringan interseluler, berarti bertambahnya ukuran fisik dan struktur tubuh dalam arti sebagian atau keseluruhan. Jadi bersifat kuantitatif sehingga dengan demikian dapat kita ukur dengan mempergunakan satuan panjang atau satuan berat (Tanuwidjaya, 2002).

Perkembangan ialah bertambahnya kemampuan struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks, jadi bersifat kualitatif yang pengukurannya jauh lebih sulit daripada pengukuran pertumbuhan (Tanuwidjaya, 2002).

Dengan demikian, seorang anak bukanlah dewasa kecil, oleh karena anak mempunyai ciri khas berbeda dengan orang dewasa baik anatomi, fisiologi maupun biokimia (Tanuwidjaya, 2002)

Mempelajari Tumbuh-Kembang mempunyai tujuan umum menjaga agar seorang anak dapat tumbuh dan berkembang melalui tahap-tahap pertumbuhan dan perkembangan, baik secara fisik, mental, emosi dan sosial sesuai dengan potensi yang dimilikinya agar menjadi manusia dewasa yang berguna(Tanuwidjaya, 2002).

Di samping itu, tujuan khususnya ialah mengetahui dan memahami proses pertumbuhan dan perkembangan sejak konsepsi

sampai dewasa agar kita dapat mendeteksi kelainan yang terjadi pada proses pertumbuhan dan perkembangan dan segera dapat mengatasi permasalahannya (Tanuwidjaya, 2002)

### **3. Tumbuh Kembang Usia Sekolah**

#### **Pertumbuhan dan Perkembangan Pada Masa Sekolah**

Pertumbuhan dan perkembangan pada masa sekolah akan mengalami proses percepatan pada umur 10-12 tahun, dimana, penambahan berat badan pertahun akan dapat 2,5 kg dan ukuran panjang tinggi badan sampai 5cm per tahunnya. Pada usia sekolah ini secara umum aktivitas fisik pada anak semakin tinggi dan memperkuat kemampuan motoriknya. Pertumbuhan jaringan limfatik pada usia ini akan semakin besar bahkan melebihi jumlahnya orang dewasa. Kemampuan kemandirian anak akan semakin dirasakan dimana lingkungan luar rumah dalam hal ini adalah sekolah cukup besar, sehingga beberapa masalah sudah mampu diatasi dengan sendirinya dan anak sudah mampu menunjukkan penyesuaian diri dengan lingkungan yang ada, rasa tanggung jawab dan percaya diri dalam tugas sudah mulai terwujud sehingga dalam menghadapi kegagalan maka anak sering kali dijumpai reaksi kemarahan dan atau spiritual sudah mulai menunjukkan kematangan pada masa ini. Secara khusus perkembangan pada masa ini anak banyak mengembangkan kemampuan interaksi sosial, belajar tentang nilai moral dan budaya dari lingkungan keluarganya dan mulai mencoba mengambil bagian dari kelompok untuk berperan, terjadi

perkembangan secara lebih khusus lagi, terjadi perkembangan konsep diri, ketrampilan membaca, menulis serta berhitung, belajar menghargai disekolah (Aziz,2005).

a. Perkembangan Kognitif (Piaget)

*Formal operasional* (lebih dari 11 tahun) dengan perkembangan kemampuan sebagai berikut perkembangan anak pada masa ini sudah terjadi dalam perkembangan pikiran dengan membentuk gambaran mental dan mampu menyelesaikan aktivitas dalam pikiran, mampu menduga dan memperkirakan dengan pikiran yang abstrak (Aziz, 2005)

b. Perkembangan Psikoseksual Anak (Freud)

Tahap *laten* terjadi pada umur 5-12 tahun dengan perkembangan sebagai berikut kepuasan anak mulai terintegrasi, anak masuk dalam masa pubertas dan berhadapan langsung pada tuntutan sosial seperti suka hubungan dengan kelompoknya atau sebaya, dorongan libido mulai mereda (Aziz,2005)

c. Perkembangan Psikososial Anak (Erikson)

Tahap rajin dan rendah diri terjadi pada umur 6-12 tahun (sekolah) dengan perkembangan sebagai berikut anak selalu berusaha untuk mencapai sesuatu yang diinginkan atau prestasinya sehingga anak pada usia ini adalah rajin dalam melakukan sesuatu akan tetapi apabila harapan anak pada anak ini tidak tercapai kemungkinan besar anak akan merasakan rendah diri (Aziz, 2005).

d. Perkembangan Psikomoral Anak (Kohlberg)

Tahap orientasi hukum dan ketertiban pada tingkat pemikiran post konvensional mempunyai perkembangan sebagai berikut membuat keputusan yang benar berarti mengerjakan tugas, berorientasi kepada otoritas yang sudah pasti dan usaha untuk memelihara ketertiban sosial (Aziz, 2005).

**C. Konsep Dasar Keperawatan**

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah klien. Pada proses DHF (*Dengue Hemorrhagic Fever*) hal-hal yang perlu dikaji meliputi:

a. Identitas pasien

Nama, umur (pada *Dengue Hemorrhagic Fever* paling sering menyerang anak-anak dengan usia kurang dari 15 tahun), jenis kelamin, alamat, pendidikan, nama orang tua, pendidikan orang tua, dan pekerjaan orang tua.

b. Keluhan utama

Alasan/keluhan yang menonjol pada pasien *Dengue Hemorrhagic Fever* untuk datang ke Rumah Sakit adalah panas tinggi dan anak lemah.

c. Riwayat penyakit sekarang

Didapatkan adanya keluhan panas mendadak yang disertai menggigil dan saat demam kesadaran kompos mentis. Turunnya panas terjadi antara hari ke-3 dan hari ke-7, dan anak semakin lemah. Kadang-kadang disertai keluhan batuk, pilek, nyeri telan, mual, muntah, anoreksia, diare/ konstipasi, sakit kepala, nyeri otot dan persendian, nyeri ulu hati dan pergerakan bola mata terasa pegal, serta adanya manifestasi perdarahan pada kulit, gusi, melena, atau hematemesis.

d. Riwayat penyakit yang pernah diderita

Penyakit apa saja yang pernah diderita. Pada *Dengue Hemorrhagic Fever*, anak bisa mengalami serangan ulang *Dengue Hemorrhagic Fever* dengan tipe virus yang lain.

e. Riwayat imunisasi

Apabila anak mempunyai kekebalan yang baik, maka kemungkinan akan timbulnya komplikasi dapat dihindarkan.

f. Riwayat gizi

Status gizi anak yang menderita DHF dapat bervariasi. Semua anak dengan status gizi baik maupun buruk dapat beresiko, apabila terdapat faktor predisposisinya. Anak yang menderita DHF sering mengalami keluhan mual, muntah, dan nafsu makan menurun. Apabila kondisi ini berlanjut dan tidak disertai dengan pemenuhan nutrisi yang mencukupi, maka anak dapat mengalami penurunan berat badan sehingga status gizinya menjadi berkurang.

**g. Kondisi lingkungan**

Sering terjadi di daerah yang padat penduduknya dan lingkungan yang kurang bersih (seperti air yang menggenang dan gantungan baju di kamar).

**2. Pengkajian Pola Fungsional Menurut Gordon**

**a. Persepsi Kesehatan/ Kesehatan**

Menggambarkan persepsi klien/ keluarga dan penanganan kesehatan dan kesejahteraan

- 1) Status kesehatan anak sejak lahir
- 2) Pemeriksaan kesehatan secara rutin
- 3) Penyakit yang menyebabkan anak absen dari sekolah
- 4) praktek pencegahan kesehatan (pakaian, menukar popok, dsb)
- 5) apakah orang tua merokok? Di dekat anak?
- 6) Mainan anak/ bayi (aman)
- 7) Praktek keamanan orang tua (produk rumah tangga, menyimpan obat-obatan, dsb)

Orang tua :

Persepsi orang tua tentang status kesehatan dan kesejahteraan.

**b. Nutrisi/ Metabolik**

Menggambarkan masukan nutrisi; keseimbangan cairan dan elektrolit; kondisi kulit, rambut, dan kuku

- 1) Pemberian ASI/ PASI, perkiraan jumlah minum, kekuatan menghisap (untuk pasien yang masih bayi)

- 2) Diet yang dianjurkan
- 3) Masalah dengan makan, menelan dan pencernaan
- 4) Selera makan, makanan tidak disukai/ disukai, nafsu makan
- 5) Masukan makanan selama 24 jam? Makanan tambahan?  
Vitamin?
- 6) Kebiasaan makan
- 7) Alat makan yang digunakan
- 8) Mual, muntah?
- 9) Terpasang selang nasogastrik? Cairan intravena?

Orang tua :

Status nutrisi orang tua/keluarga? Masalah?

c. Eliminasi

Menggambarkan pola fungsi ekskresi usus, kandung kemih, dan kulit

Usus

- 1) Pola defekasi (gambaran: frekuensi, kesulitan, kebiasaan, ada darah/tidak)
- 2) Penggunaan laktasi
- 3) Masalah dengan konstipasi atau diare
- 4) Kandung kemih
- 5) Pola eliminasi urin menggambarkan: frekuensi, perkiraan jumlah, kekuatan keluaranya urin, bau, warna.
- 6) Masalah berkemih
- 7) Terpasang kateter/ostomi

Orang tua

Pola eliminasi? Masalah?

d. **Aktivitas/ Latihan**

Menggambarkan pola latihan dan aktivitas, fungsi pernapasan dan sirkulasi

**Mobilitas**

- 1) Rutin mandi? (frekuensi, menggunakan sabun?)
- 2) Kebersihan rutin (pakaian, dsb)
- 3) Aktivitas sehari-hari (menghabiskan hari-hari di rumah, bermain, tipe mainan yang digunakan, teman bermain, penampilan anak saat bermain, dsb)
- 4) Level aktivitas anak/ bayi secara umum, tolerans
- 5) Kemampuan kemandirian anak (mandi, makan, toileting, berpakaian, dsb)
- 6) kecukupan energi untuk melakukan aktivitas
- 7) Rentang gerak (*range of motion*)
- 8) Kekuatan, postur

**Bernapas**

- 1) Napas pendek atau nyeri saat aktivitas
- 2) Sesak nafas, kesulitan dalam bernafas
- 3) Adanya batuk, sputum
- 4) Terpasang alat bantu pernapasan/ selang oksigen

Orang tua :

Aktivitas/ pola latihan, pemeliharaan anak.

e. Tidur/ Istirahat

Menggambarkan pola tidur. Istirahat dan persepsi tentang tingkat energi

- 1) Pola istirahat/ tidur anak, perkiraan jam
- 2) perubahan pola istirahat, mimpi buruk, nocturia?
- 3) Posisi tidur anak? Gerakan tubuh?
- 4) keluhan mengantuk
- 5) Waktu tidur/ tidur siang yang diamati, sering menguap

Orang tua :

Pola tidur orang tua

f. Kognitif/ Perseptual

Menggambarkan pola pendengaran, penglihatan, pengecapan, perabaan, persepsi nyeri, bahasa, memori dan pengambilan keputusan.

- 1) Responsive secara umum anak, pemahaman anak terhadap sakit dan hospitalisasi
- 2) Respon anak untuk bicara, suara, obyek, sentuhan?
- 3) Apakah anak mengikuti obyek dengan matanya?
- 4) Respons untuk meraih mainan
- 5) Vokal suara, pola bicara, kata-kata, kalimat?
- 6) kemampuan anak untuk mengidentifikasi kebutuhan: lapar, haus, nyeri, tidak nyaman?
- 7) Menilai nyeri pada skala 0-10 dan PQRST

Orang tua :

- 1) Masalah dengan penglihatan, pendengaran, sentuhan, dsb
- 2) Kesulitan membuat keputusan, judgements?

g. Persepsi Diri/ Konsep Diri

Menggambarkan sikap tentang diri sendiri dan persepsi terhadap kemampuan

- 1) status mood bayi/ anak (*irritabilitas*)
- 2) Pemahaman anak terhadap konsep diri, kompetensi, dsb.
- 3) Dampak sakit terhadap diri
- 4) Kesepian?
- 5) Takut?

Orang Tua :

- 1) Persepsi diri sebagai orang tua
- 2) Pendapat umum tentang identitas, kompetensi

h. Peran/ Hubungan

Menggambarkan keefektifan peran dan hubungan dengan orang terdekat

- 1) Masalah/ stressor keluarga
- 2) Interaksi antara anggota keluarga dan anak
- 3) Respon anak/ bayi terhadap perpisahan
- 4) Anak: ketergantungan?
- 5) Anak: Pola bermain?
- 6) Anak: Tempertantum? Masalah disiplin? Penyesuaian sekolah

i. Seksualitas/ Reproduksi

Menggambarkan kepuasan atau masalah yang aktual atau dirasakan dengan seksualitas dan sistem reproduksi.

- 1) Kebutuhan dicintai dan mencintai
- 2) Perasaan sebagai laki-laki atau perempuan
- 3) Riwayat haid (anak usia kurang lebih 9 tahun)
- 4) Perkembangan sex sekunder

Orang tua :

- 1) Riwayat reproduksi (jika mungkin)
- 2) Masalah hubungan dalam keluarga

j. Koping/ Toleransi Stres

Menggambarkan kemampuan untuk menangani stres dan penggunaan sistem pendukung.

- 1) Apa yang menyebabkan stres pada anak? Level stres?

Toleransi?

- 2) Pola penanganan masalah, support sistem?
- 3) Menangis

- 4) Nilai ansietas skala 1-5

Orang tua :

Sistem pendukung, efektif/ tidak?

k. Nilai/ kepercayaan

Menggambarkan sistem spiritual, nilai, dan kepercayaan

- 1) Perkembangan moral anak, pemilihan perilaku, komitmen?
- 2) Keyakinan akan kesehatan, keyakinan agama

Orang tua :

- 1) Sesuatu yang bernilai dalam hidupnya (*spirituality*) semangat untuk masa depan?
- 2) Keyakinan akan kesembuhan, dampak penyakit dan tujuan?

### 3. Pemeriksaan Fisik

Meliputi *inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi* dari ujung rambut sampai ujung kaki. Berdasarkan tingkat (grade) DHF, keadaan fisik anak adalah sebagai berikut:

- Grade I : kesadaran kompos mentis, keadaan umum lemah, tanda-tanda vital dan nadi lemah.
- Grade II : kesadaran kompos mentis, keadaan umum lemah, ada pendarahan spontan, *petekia*, pendarahan gusi dan telinga, serta nadi lemah, kecil, dan tidak teratur.
- Grade III : kesadaran *apatis, somnolent*, keadaan umum lemah, nadi lemah, kecil, dan tidak teratur, serta tensi menurun.
- Grade IV : kesadaran koma, tanda-tanda vital; nadi tidak teraba, tensi tidak terukur, pernapasan tidak teratur, *ekstremitas* dingin, berkeringat, dan kulit tampak biru.

#### a. Sistem integumen:

- 1) Adanya *petekia* pada kulit, turgor kulit menurun, dan muncul keringat dingin, dan lembab.
- 2) Kuku *cyanosis*/ tidak.

b. Kepala dan leher.

Kepala terasa nyeri, muka tampak kemerahan karena demam (*flusy*), mata *anemis*, hidung kadang mengalami pendarahan (*epistaksis*) pada grade II, III, dan IV. Pada mulut didapatkan bahwa *mucosa* mulut kering, terjadi pendarahan gusi, dan nyeri telan. Sementara tenggorokan mengalami *hyperthermia pharing* dan terjadi pendarahan telinga (pada grade II, III, IV).

c. Dada

Bentuk simetris dan kadang-kadang terasa sesak. Pada foto thorak terdapat adanya cairan yang tertimbun pada paru sebelah kanan (*effuse pleura*), *Rales positif*, *ronchi positif*, yang biasanya terdapat pada grade III, IV.

d. Abdomen.

Mengalami nyeri tekan, pembesaran hati (*hepatomegali*), dan asites.

e. Ekstremitas.

Akral dingin, serta terjadi nyeri otot, sendi, serta tulang.

4. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah penilaian atau kesimpulan yang diambil dari pengkajian. Diagnosa yang mungkin muncul pada anak dengan DHF (*Dengue Hemorrhagic Fever*) antara lain adalah:

- a. Peningkatan suhu tubuh (*hipertermi*) berhubungan dengan proses penyakit (*viremia*).
- b. Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan mual, muntah dan sakit menelan
- c. Resti terjadi pendarahan lebih lanjut berhubungan dengan trombositopenia

## 5. Fokus intervensi

Intervensi keperawatan terdiri dari tiga aspek, yaitu tujuan umum, tujuan khusus, dan rencana tindakan keperawatan.

Perencanaan yang diperlukan pada penderita dengan DHF (*Dengue Hemorrhagic Fever*) adalah :

- a. Peningkatan suhu tubuh (hipertermi) berhubungan dengan proses penyakit (viremia).

Tujuan : Anak bebas dari demam, Suhu tubuh normal

- 1) Kaji timbulnya demam

Rasional : untuk mengidentifikasi pola demam anak

- 2) Observasi TTV

Rasional : TTV merupakan acuan untuk mengetahui keadaan umum anak

- 3) Berikan penjelasan tentang penyebab demam/ peningkatan suhu tubuh

Rasional : membantu pasien/ keluarga mengurangi kecemasan yang timbul

- 4) Berikan penjelasan tentang hal yang dilakukan untuk mengatasi demam

Rasional : keterlibatan keluarga sangat berarti dalam proses penyembuhan

- b. Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan mual, muntah dan sakit menelan

Tujuan: tidak ada tanda infeksi tidak terjadi peningkatan suhu

- 1) Kaji keluhan mual, muntah dan sakit menelan

Rasional : untuk menetapkan cara mengatasinya

2) Berikan makanan cairan/ lunak

Rasional : agar mudah menelan/ ditelan

3) Anjurkan kepada orang tua untuk memberikan makanan dengan teknik porsi kecil tapi sering

Rasional : untuk menghindari mual dan muntah

4) Berikan umpan balik positif saat anak mau berusaha menghabiskan makanannya

Rasional : memotivasi dan meningkatkan semangat anak

c. Resti terjadi pendarahan lebih lanjut berhubungan dengan trombositopenia

Tujuan : jumlah trombosit meningkat, tidak terjadi tanda-tanda : perdarahan lebih lanjut (secara klinis)

1) Monitor tanda-tanda penurunan trombosit

Rasional : penurunan jumlah trombosit mirip tanda-tanda kebocoran pembuluh darah

2) Berikan penjelasan tentang pengaruh trombositopenia pada pasien

Rasional : untuk mengetahui hal yang mungkin terjadi pada anak

3) Monitor jumlah trombosit setiap hari

Rasional : untuk mengetahui kebocoran pembuluh darah dan kemungkinan yang di alami oleh anak (Doenges, 2000).

## BAB III

### HASIL ASUHAN KEPERAWATAN

#### A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 13 Agustus 2010 pukul 09.00 WIB di ruang anak RSUD Demak

##### 1. Identitas klien

Nama: An. S, Tempat tanggal lahir: Demak 23 Februari 1998, Usia: 12 tahun, Pendidikan: SMP, Alamat: Demak, Agama: Islam, Tanggal masuk: 13 Agustus 2010, No CM: 155322, Penanggung jawab pada pasien dengan DHF (*Dengue Hemorrhagic Fever*) adalah, Nama ayah: Tn.s, Pekerjaan Ayah: swasta, Pendidikan Ayah: SMP, Agama: Islam, Alamat: Demak, Suku/ Bangsa: Jawa/ Indonesia.

##### 2. Keluhan Utama

Ibu klien mengatakan anaknya panas

##### 3. Riwayat Penyakit Sekarang

Ibu klien mengatakan sudah 1 minggu demam tinggi, nyeri perut, tapi tidak mual muntah dan mimisan 2 kali dengan intensitas sedang. Setelah itu keluarga klien memutuskan untuk membawa klien ke IGD RSUD Demak lalu dibawa ke bangsal

##### 4. Riwayat Masa Lampau

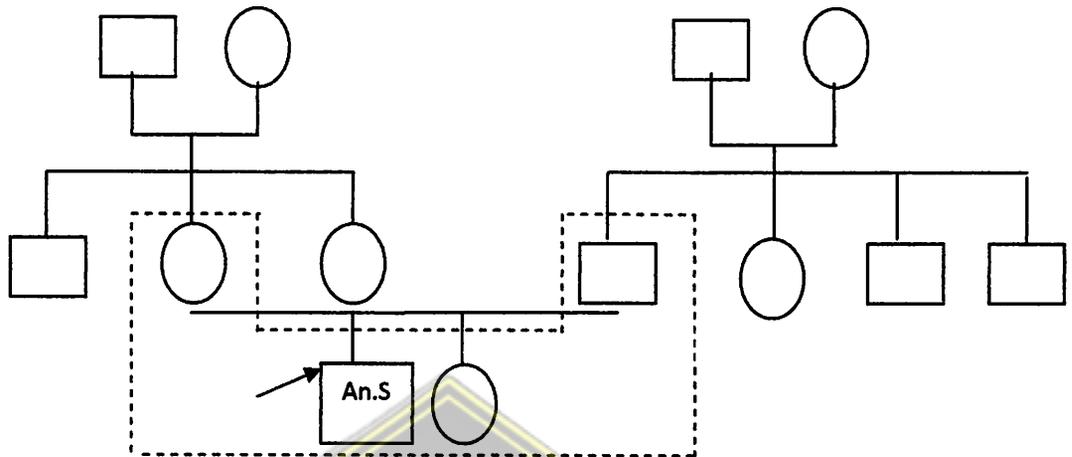
Prenatal: Ibu klien mengatakan mengatakan jika usia kehamilannya hampir 11 bulan dan selama hamil ibu klien tidak mengkonsumsi obat-

obatan lain kecuali resep dari dokter. Ibu klien juga tidak mengonsumsi susu hamil cuma ibu klien nafsu makannya lebih tinggi jadi ibu klien makannya banyak. Serta suka makan dan minum yang manis-manis. Natal: Ibu klien mengatakan saat melahirkan dibawa ke rumah sakit dan dilahirkan secara operasi/ *caesar*. Post natal: Ibu klien mengatakan berat badan anaknya setelah lahir sebesar kurang lebih 4 kg kondisi kesehatan anaknya cukup baik. Penyakit waktu kecil: Ibu klien mengatakan tidak ada penyakit lain kecuali panas, penanganannya dengan dikompres dan diminumi penurun panas (*paracetamol*) jika tidak turun dibawa ke puskesmas atau ke dokter. Ibu klien mengatakan anaknya belum pernah dirawat di RS hanya rawat jalan saja. Ibu klien mengatakan hanya obat warung yang dikonsumsi (*panadol*, *parasetamol* untuk penurun panas dan lain-lain). Ibu klien mengatakan anaknya tidak memiliki alergi apapun. Ibu klien juga mengatakan anaknya tidak pernah mengalami kecelakaan yang serius kecuali jatuh-jatuh biasa. Imunisasi: Ibu klien mengatakan untuk imunisasi sudah lengkap imunisasi hepatitis, polio sampai campak.

#### 5. Riwayat Keluarga

Ibu klien mengatakan tidak pernah mengalami penyakit yang serius kecuali meriang biasa.

Genogram:



Keterangan



: laki-laki



: perempuan



: klien



: dalam satu rumah

#### 6. Riwayat Sosial

Ibu klien mengatakan anaknya yang mengasuh kedua orang tuanya (ayah ibu) alasannya karena mereka mampu dan ingin memenuhi kasih sayang pada anaknya. Pembawaan secara umum anak kooperatif, agak pendiam. Lingkungan rumah, ibu klien mengatakan rumah sederhana tapi bersih tempat pertukaran udara pun bagus karena ventilasi terpenuhi.

#### 7. Keadaan Kesehatan Saat ini

Diagnosa medis: DHF. Tindakan medis/ operasi: tidak ada operasi.  
 Terapi, Peroral: San mol 3x1/2 tablet, Meloxicam 2x1 ampul, Injeksi:  
 Ranitidin 2x1/2ampul, Cefriaxone 2x750 gr. Infus 15 tpm

Hasil laboratorium tanggal 13 Agustus 2010

WBC	: $2.8 \times 10^3$ /ul, (normal 4.0 – 11.0)
Lymph	: $1.4 \times 10^3$ /ul, (normal 0.8 – 4.0)
Mid	: $0.3 \times 10^3$ u/l, (normal 0.1 – 0.9)
Grand	: $1.1 \times 10^3$ u/l, (normal 2.0 – 7.0)
Lymph %	: 50.3 %, (normal 20.0 – 40.0)
Mid %	: 0.9 %, (normal 2.0 – 8.0)
Grand %	: 39.8 % , (normal 50.0 – 70.0)
HEB	: 13.3 g/dl, (normal 12.0 – 14.0)
RBC	: $5.20 \times 10^6$ /ul, (normal 4.00 – 5.50)
HCT	: 40.1%, (normal 35.0 – 49.0)
MCV	: 77.2 fl, (normal 82.0 – 92.0)
MCH	: 25.5 pg, (normal 27.0 – 31.0)
MCHC	: 33.1 g/dl, (normal 32.0 – 37.0)
RDW-CV	: 13.3 %, (normal 11.5 – 14.5)
RDW-SD	: 38.3 fl, (normal 35.0 – 56.0)
PLT	: $169 \times 10^3$ /ul, (normal 15.0 – 40.0)
MPV	: 8.7 fl, (normal 7.0 – 11.0)
PDW	: 15.9, (normal 15.0 - 17.0)
PCT	: 0.147%(normal 0.108 – 0.282)

Hasil laboratorium tanggal 14 Agustus 2010

WBC	: $2.6 \times 10^3$ /ul, (normal 4.0 – 11.0)
Lymph	: $1.5 \times 10^3$ /ul, (normal 0.8 – 4.0)
Mid	: $0.2 \times 10^3$ /ul, (normal 0.1 – 0.9)

Grand	: 0.9 x 10 <sup>3</sup> /ul, (normal 2.0 – 7.0)
Lymph %	: 56.3 %, (normal 20.0 – 40.0)
Mid %	: 9.2 %, (normal 2.0 – 8.0)
Grand %	: 34,5 %, (normal 50.0 – 70.0)
HEB	: 12.4 g/dl, (normal 12.0 – 14.0)
RBC	: 4.85 x 10 <sup>6</sup> /ul, (normal 4.00 – 5.50)
HCT	: 37.7 %, (normal 35.0 – 49.0)
MCV	: 77.8 fl, (normal 82.0 – 92.0)
MCH	: 25.5 pg, (normal 27.0 – 31.0)
MCHC	: 32.8 g/dl, (normal 32.0 – 37.0)
RDW-CV	: 13.6 %, (normal 11.5 – 14.5)
RDW-SD	: 36.9 fl, (normal 35.0 – 56.0)
PLT	: 149 x 10 <sup>3</sup> /ul, (normal 15.0 – 40.0)
MPV	: 9.1 fl, (normal 7.0 – 11.0)
PDW	: 16.0, (normal 15.0 - 17.0)
PCT	: 0.135%, (normal 0.108 – 0.282)

#### 8. Pengkajian Pola Fungsional Menurut Gordon

Persepsi kesehatan/ penanganan kesehatan, ibu klien mengatakan untuk status kesehatan anaknya cukup baik, untuk ASI anaknya terpenuhi dan tercukupi pemberian ASI sampai kurang lebih 3 tahun. Ibu klien mengatakan tidak ada pemeriksaan secara rutin untuk kesehatan hanya saja jika anak sakit langsung disuruh istirahat dan diberi obat warung, ibu klien juga mengatakan jika anak panas cukup tinggi, batuk, pilek, tidak masuk sekolah disuruh istirahat di rumah. Ibu klien mengatakan untuk

pengecahan ibu membersihkan rumah, mencuci pakaian kotor, dan tidak menggantung pakaian, dan makanan yang cukup serta istirahat yang cukup. Ibu klien mengatakan ayah merokok, dekat sama anak hanya saja anak sering main, ibu klien juga mengatakan anak sering bermain dengan teman-temannya, mainnya pada sore hari kumpul-kumpul. Persepsi orang tua tentang status kesehatan yaitu kesehatan itu sangat penting karena kesehatan itu sangat mahal. Maka dari itu lebih baik mencegah dari pada mengobati.

Nutrisi/ metabolik, ibu klien mengatakan ASI diberikan kurang lebih 3 tahun, ASI tercukupi. Diet yang dianjurkan tidak ada saat sehat dan selama di Rumah sakit dietnya bubur, lauk dan sayur yang diberikan 3x1/hari, ibu klien mengatakan sebelum sakit tidak ada masalah tetapi selama di rawat di Rumah sakit klien tidak nafsu makan hanya mengatakan haus, perutnya sakit, jadi makannya hanya sedikit 2-3 sendok saja. Makanan yang disajikan dari Rumah sakit tidak habis. Klien makan 3x1/hari tapi makannya tidak habis, makanan tambahan ada roti juga tidak begitu selera makan. Ibu klien mengatakan untuk makan sebelum sakit juga sedikit tapi 3 x sehari, klien lebih banyak bermain sehabis sepulang sekolah. Klien terpasang cairan intravena pada ekstremitas atas kanan. Orang tua, untuk status nutrisi tidak ada masalah.

Eliminasi, klien mengatakan sebelum sakit BAB 1-2x/hari, selama dirawat 1x/hari tidak ada darah. Tidak ada masalah dalam konstipasi/diare, kandung kemih, klien mengatakan BAK sedikit warna kuning agak keruh tetapi tidak sakit, klien tidak terpasang kateter, urin kurang 30 cc. Orang tua tidak ada masalah dalam pola eliminasi.

Aktivitas, sebelum sakit klien mengatakan mandi 2-3 x sehari menggunakan sabun mandi selama dirawat di Rumah sakit klien mandi 1 x sehari dibantu orang tuanya karena ekstremitas atas kanan terpasang infus. Bernafas, klien bernafas dengan normal tidak terpasang oksigen ada batuk,tapi kadang-kadang dan tidak ada sekret.orang tua tidak ada masalah dalam aktivitas dan penanganan pemelihara anak.

Tidur/ istirahat, klien mengatakan sebelum sakit tidur tercukupi kurang lebih 8 jam/hari tidur nyenyak. Selama sakit tidur tapi sering bangun karena, badannya panas, siang hari klien tidur sebentar 2 jam.

Kognitif/ perseptual, klien mengatakan sakit itu tidak enak karena aktivitasnya dapat terganggu. Klien tidak mengalami gangguan penglihatan, pendengaran, sentuhan dan sebagainya. Dalam membuat keputusan masih menggantungkan kedua orang tuanya.

Persepsi diri/ konsep diri, status mood klien baik, pemahaman klien tentang identitas diri baik, klien bisa menyebutkan identitas dirinya. Dampak klien saat sakit klien tidak bisa beraktifitas seperti biasa.

Peran/ hubungan, hubungan klien dengan orang tua dan keluarganya baik, klien setiap hari ditunggu keluarga/orang tuanya secara bergantian. Tidak ada masalah dalam keluarga klien.

Seksualitas/ Reproduksi, kebutuhan kasih sayang klien tercukupi oleh orang tua, keluarga dan teman-temannya. Untuk reproduksinya klien masuk ke tahap remaja pada masa seks sekundernya, seperti tumbuh jakun, suara berubah menjadi lebih besar, mulai mengenal lawan jenisnya.

Koping/ toleransi stres, pola pengambilan keputusan dilakukan oleh orang tua klien. Klien merasa aman dan nyaman jika kedua orang tua dan keluarga berada di dekatnya.

Nilai/ kepercayaan, klien dibesarkan dalam keluarga muslim, klien sudah terbiasa beribadah karena diajari orang tuanya mulai dari umur 5 tahun. Orang tua klien mengajari klien berdoa kepada Allah SWT, untuk meminta kesembuhan karena hanya pada Allah tempat meminta dan memberi kesembuhan. Orang tua, agama adalah pedoman hidup, hanya kepada Allah tempat meminta dan Allah yang maha pemberi semuanya.

#### 9. Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum, baik, TTV: TD: 110/70 mmHg, S: 39<sup>0</sup>C, RR: 20x/menit, berat badan sebelum sakit 32 kg, selama sakit 32 kg. Kepala: mesocephal, tidak ada lesi, rambut bersih, Mata: simetris, konjunktiva tidak anemis, Hidung: simetris, cukup bersih, tidak ada sekret, Mulut: bibir mukosa kering, tidak ada stomatitis. Telinga: simetris, bersih tidak ada lesi. Leher: tidak ada lesi, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid. Dada: jantung: inspeksi: ictus cordis tidak tampak, palpasi: ictus cordis tidak teraba, perkusi: redup, auskultasi: reguler. Paru-paru: inspeksi: datar, palpasi, tidak ada nyeri tekan, perkusi: sonor, Auskultasi: tidak ada suara nafas tambahan. Abdomen, inspeksi: datar tidak ada lesi, auskultasi: peristaltik usus 12x/menit, palpasi: ada nyeri tekan, perkusi: tympani. Genetal: bersih, jenis kelamin laki-laki, tidak ada kelainan. Ekstremitas: untuk ekstremitas atas kanan terpasang infus 15 tetes permenit, dan untuk ekstremitas bawah normal tidak ada odem.

## 10. Pemeriksaan Perkembangan

Klien berumur 12 tahun, untuk tumbuh kembang secara umum, berat badan lahir: 4,1 kg, Berat badan 6 bulan: 9 kg, untuk berat badan sekarang: 32 kg, pertumbuhan gigi: 6 bulan, usia berjalan: 11 bulan, berbicara usia 3 tahun, sekolah klien lancar tidak ada masalah, interaksi dengan orang lain baik mudah bergaul.

### B. Analisa Data

Hasil pengkajian didapatkan data sebagai berikut, data subjectif: klien mengatakan panas pada tubuhnya, data objectif: TTV, TD: 110/70 mmHg, suhu: 39°C, RR: 20 x/menit, klien kelihatan gelisah, mukosa bibir kering.

1. Dari analisa data tersebut dapat muncul diagnosa keperawatan keperawatan yang pertama yaitu, hipertermi berhubungan dengan inflamasi sekunder terhadap DHF, ditandai dengan data subjectif: klien mengatakan panas pada tubuhnya, data objectif: TTV, TD: 110/70 mmHg, suhu: 39°C, RR: 20 x/menit, klien kelihatan gelisah, mukosa bibir kering.

Intervensi yang direncanakan antara lain hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi sekunder DHF. Tujuan: hipertermi berkurang/kembali normal setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam dengan kriteria hasil: tanda-tanda vital khususnya suhu dalam batas normal 36,5°C sampai 37,5°C, membran mukosa basah. Intervensinya yaitu: berikan kompres hangat, anjurkan klien memakai pakaian tipis dan menyerap keringat, anjurkan untuk bedrest, ganti pakaian saat basah,

kolaborasi dengan tim medis untuk pemberian anti piretik, kaji tanda-tanda vital.

Penulis melakukan implementasi memberikan kompres hangat pukul 07.00 WIB, data subjektif: ibu klien bersedia melakukan anjuran perawat, data objektif: suhu tubuh klien kembali normal. Menganjurkan klien memakai baju tipis dan menyerap keringat pukul 07.30 WIB, data subjektif: ibu klien bersedia melakukan anjuran perawat, data objektif: suhu tubuh klien kembali normal. Menganjurkan klien bedrest pukul 07.35 WIB, data subjektif: klien bersedia melakukannya, data objektif: klien nampak segar. Berkolaborasi dengan tim medis untuk pemberian obat anti piretik pukul 07.40 WIB, data subjektif: - data objektif: obat yang diberikan diminum klien setiap harinya, tergantung advis dokter.

Evaluasi yang dilakukan penulis pada diagnosa yang pertama tanggal 16 Agustus 2010 pukul 07.20 WIB adalah sebagai berikut, subjektif: ibu klien mengatakan panas klien sudah turun, objektif: klien nampak segar dan suhu tubuh klien turun  $36,7^{\circ}\text{C}$ , analisa: masalah teratasi sebagian, planning: lanjutkan intervensi.

2. Perubahan nutrisi berhubungan dengan intake makanan yang tidak adekuat, nafsu makan turun.

Pengkajian selanjutnya, data subjektif: klien mengatakan tidak nafsu makan, data objektif: makan yang disajikan dari Rumah sakit tidak habis, klien tampak lemas.

Dan dari analisa data tersebut dapat muncul diagnosa keperawatan keperawatan yang kedua, perubahan nutrisi berhubungan dengan intake

makanan yang tidak adekuat, nafsu makan turun ditandai dengan data subjektif: klien mengatakan tidak nafsu makan, data objektif: makan yang disajikan dari Rumah sakit tidak habis, klien tampak lemas.

Intervensi diagnosa keperawatan yang kedua yaitu perubahan nutrisi berhubungan dengan intake makanan yang tidak adekuat nafsu makan turun. Tujuan: Kebutuhan nutrisi klien akan terpenuhi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam dengan kriteria hasil: klien dapat menghabiskan porsi makanan yang dihidangkan, nafsu makan meningkat. Intervensinya yaitu: anjurkan klien makan dengan porsi kecil tapi sering, kolaborasi dengan tim ahli gizi untuk program diit.

Penulis melakukan implementasi tanggal 14 agustus 2010 menganjurkan klien makan sedikit tapi sering pukul 08.00 WIB, data subjektif: klien mau melakukan anjuran perawat, data objektif: nutrisi klien sedikit demi sedikit terpenuhi. Berkolaborasi dengan tim ahli gizi untuk diit klien pukul 08.00 WIB, data subjektif: -, data objektif: klien nampak semangat makan.

Evaluasi yang dilakukan penulis pada diagnosa yang kedua kedua yaitu tanggal 16 Agustus 2010 pukul 07.30 WIB adalah sebagai berikut, subjektif: ibu klien mengatakan mau makan dan makanan yang disediakan dari Rumah sakit habis, objektif: klien memakan makanannya, analisa: masalah teratasi sebagian, planning: lanjutkan intervensi.

3. Resiko kurangnya volume cairan berhubungan dengan intake cairan yang tidak adekuat.

Pengkajian yang ketiga, data subjectif : klien mengatakan haus, data objectif: mukosa bibir kering, urin kurang 30 cc, klien tampak lemas.

Diagnosa keperawatan yang ketiga, resiko kurangnya volume cairan berhubungan dengan intake cairan yang tidak adekuat, ditandai dengan data subjectif: klien mengatakan haus, data objectif: mukosa bibir kering, urin kurang 30 cc, klien tampak lemas.

Intervensi Diagnosa ketiga resiko kurangnya volume cairan berhubungan dengan intake cairan yang tidak adekuat. Tujuan: Resiko kurangnya volume cairan dalam tubuh klien akan berkurang setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam dengan kriteria hasil: klien tidak mengalami kekurangan volume cairan, klien tidak merasa haus. Intervensinya yaitu: anjurkan klien banyak minum, monitor cairan infus, kolaborasi dengan tim medis untuk pemberian terapi cairan, kaji tanda-tanda vital.

Penulis melakukan implementasi tanggal 14 Agustus 2010 yaitu menganjurkan klien banyak minum pukul 08.15 WIB, data subjektif: ibu klien bersedia melakukan anjuran perawat, data objektif: klien kelihatan segar, mukosa bibir tidak kering. Berkolaborasi dengan tim medis untuk pemberian terapi intravena pukul 08.30 WIB, data subjektif: -, data objektif: klien nampak segar. Memonitor tanda-tanda vital pukul 08.30

WIB, data subjektif: klien bersedia dilakukan TTV, data objektif: TD: 90/70 mmHg, N: 32 x/menit, S: 36.7 C, RR: 20 x/menit.

Evaluasi Pada diagnosa yang ketiga tanggal 16 Agustus 2010 pukul 07.45 WIB adalah sebagai berikut: subjektif: ibu klien mengatakan klien mau minum, objektif: klien nampak lebih lembab, analisa: masalah teratasi, planning: pertahankan intervensi.



## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Di dalam bab IV ini, penulis akan membahas tentang asuhan keperawatan yang dilakukan pada An. S dengan kasus DHF (*Dengue Hemorrhagic Fever*) di RSUD Sunan Kalijaga Demak. Pengkajian dilakukan pada tanggal 13 Agustus 2010. Dimana dalam pemberian asuhan keperawatan penulis menggunakan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

Dalam pengkajian riwayat penyakit sekarang ditemukan data mimisan 2 kali dengan intensitas sedang, disini maksudnya adalah ibu klien mengatakan anaknya mimisan tapi darah yang keluar tidak banyak. Hal ini dikarenakan kesalahan dari penulis karena tidak mencantumkan data yang jelas.

Dalam pengkajian pola fungsional menurut Gordon untuk data persepsi kesehatan/ penanganan kesehatan ditemukan data mengenai pemberian ASI sampe kurang lebih 3 tahun, yang benar seharusnya penulis mencantumkan data tersebut dalam pengkajian nutrisi/ metabolik, bukan pada pengkajian persepsi kesehatan/ penanganan kesehatan. Hal tersebut dikarenakan penulis kurang teliti dalam mencantumkan data.

Dalam pengkajian nutrisi/ metabolik terdapat data ASI diberikan kurang lebih 3 tahun, seharusnya ASI normal diberikan umur 0 bulan – 2 tahun, tetapi dalam pengkajian didapatkan data pemberian ASI kurang lebih 3 tahun, hal tersebut dikarenakan penulis belum mendapatkan data mengenai alasan kenapa ibu memberikan ASI sampai umur 3 tahun.

Pada pengkajian nutrisi/metabolik di temukan data pemberian ASI kurang lebih 3 tahun, ASI tercukupi. Seharusnya data tersebut tidak perlu dimasukkan dalam pengkajian nutrisi/metabolik karena tidak berhubungan dengan penyakit pasien pada waktu sekarang

Pada pengkajian status nutrisi pada orang tua didapatkan data, orang tua, untuk status nutrisi tidak ada masalah, seharusnya pada saat dikaji ditulis orang tua menyampaikan tidak ada masalah pada status nutrisinya.

Pada diagnosa perubahan nutrisi berhubungan dengan intake makanan yang tidak adekuat, tidak didapatkan tentang data yang mendukung, seharusnya disini penulis mencantumkan tentang data-data yang mendukung seperti data mengenai A: (*Antopometri*), B :(*Biomedical*), C (*Clinical sign*), D : (*Dietary*), seharusnya penulis mencantumkan data tentang ABCD yaitu, A: (*Antopometri*): Berat badan sebelum sakit, Berat badan selama sakit, Tinggi badan. B :(*Biomedical*): Seharusnya data laboratorium. C (*Clinical sign*): Konjungtiva tidak anemis, klien terlihat lemas. D : (*Dietary*): Klien makan habis 2-3 sendok makan.

Pada diagnosa perubahan nutrisi berhubungan dengan intake makanan yang tidak adekuat, nafsu makan turun didapatkan kriteria hasil yaitu klien dapat menghabiskan porsi makanan yang dihidangkan, nafsu makan klien meningkat. Kriteria tersebut kurang tepat seharusnya kriteria hasilnya adalah, nafsu makan klien meningkat, klien dapat menghabiskan porsi makan yang disajikan dari rumah sakit, klien terlihat segar.

Pada evaluasi untuk diagnosa perubahan nutrisi berhubungan dengan intake makanan yang tidak adekuat didapatkan data untuk analisisnya masalah teratasi

sebagian seharusnya didapat data masalah teratasi, karena data tersebut sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan

Pada kriteria hasil diagnosa resiko kurangnya volume cairan berhubungan dengan intake cairan yang tidak adekuat didapatkan data klien tidak mengalami kekurangan volume cairan, untuk mengetahui apakah seseorang itu mengalami kekurangan volume cairan dapat dilihat tanda-tandanya diantaranya yaitu: turgor kulit buruk, mata cekung, gelisah.

Dalam pengkajian didapatkan data klien terpasang cairan intravena pada ekstremitas atas kanan, seharusnya dalam pengkajian penulis mencantumkan data yang lebih lengkap lagi mengenai jenis terapi cairan yang diberikan yaitu cairan Ringer Laktat dengan tetesan 15 tetes/menit.

Dalam pengkajian riwayat masa lampau didapatkan data ibu klien mengatakan anaknya tidak pernah mengalami kecelakaan yang serius kecuali jatuh-jatuh biasa, disini maksudnya jatuh-jatuh biasa adalah, klien jatuh ketika bermain, tidak mengalami luka yang serius

Pada pengkajian riwayat keluarga ditemukan penulisan mriang seharusnya penulis menuliskan kata yang lebih benar yaitu meriang, disini dakeranekan penulis kurang tlti dalam penulisan.

Dalam pengkajian nilai/ kepercayaan penulis dan tidak mencantumkan tentang nilai/ kepercayaan selama klien berada dalam Rumah Sakit, seharusnya penulis mencantumkan data mengenai nilai/ kepercayaan klien di Rumah Sakit yaitu selama di Rumah Sakit klien jarang beribadah karena kondisi tubuh klien yang lemah.

Pada pengkajian pemeriksaan fisik didapatkan data mengenai berat badan 32 kg, untuk mengetahui berat badan normal bisa dipakai rumus, umur (tahun) x 2 + 8, umur klien 12 th x 2 + 8 = 32 kg.

Untuk pemeriksaan fisik pada abdomen juga didapatkan data mengenai perkusi: ada nyeri tekan, dalam pengkajian fisik ini penulis kurang teliti dan kurang lengkap. seharusnya penulis mencantumkan tentang data yang lebih lengkap mengenai letak nyeri serta berapa skala nyerinya.

Pada pengkajian pemeriksaan fisik tidak didapatkan data mengenai pemeriksaan fisik integumen, kenapa tidak dilakukan, seharusnya perawat melakukan pengkajian tersebut apakah ada petekia atau tidak, mungkin tidak dilakukan karena sudah ada data-data yang menunjang sehingga perawat tidak perlu melakukan pengkajian tersebut.

Dalam diagnosa hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi sekunder DHF didapatkan kriteria hasil yaitu tanda-tanda vital khususnya suhu dalam batas normal 36,5 °C sampai 37,5 °C, membran mukosa basah. Kriteria hasil tersebut kurang tepat seharusnya kriteria hasilnya adalah, klien mengatakan panas pada tubuhnya menurun, TD: 120/80 mmHg, suhu dalam batas normal 36,5 °C, klien terlihat tenang, membran mukosa basah.

Diagnosa yang muncul setelah pengkajian adalah sebagai berikut:

- A. Hipertermi berhubungan dengan inflamasi sekunder terhadap DHF (*Dengue Hemorrhagic Fever*)

Hipertermi berhubungan dengan inflamasi sekunder terhadap DHF (*Dengue Hemorrhagic Fever*). Hiperthermia adalah keadaan dimana seorang individu berisiko gagal mempertahankan suhu tubuh dalam batas normal (36°C sampai 37°C) (Carpenito, 2006).

Batasan karakteristik mayor (harus terdapat) suhu tubuh lebih tinggi 37,8°C (100°F) per oral 38,8°C (100°F) parental, kulit hangat, *tachycardia*. Sedangkan batasan karakteristik minor (mungkin terdapat) kulit kemerahan, hangat pada sentuhan, peningkatan frekwensi pernapasan, *tachycardia*, menggigil, dehidrasi, dan nyeri yang spesifik atau umum (misal; sakit kepala) *malaise*, keletihan, kelemahan, kehilangan nafsu makan, berkeringat (Carpenito, 2006).

Penulis memunculkan diagnosa hiperthermi sebagai diagnosa pertama karena menurut Hierarki Maslow termasuk fisiologis, sedangkan Triage Concept hal ini termasuk kebutuhan urgent dimana apabila tidak bisa diatasi dapat menyebabkan gangguan listrik di otak sehingga dapat mengakibatkan kejang.

Penulis memunculkan diagnosa tersebut karenan diagnosa serta etiologi tersebut sudah tepat, karena didukung dengan data-data yang dikumpulkan oleh penulis. Panas pada tubuhnya, TTV, TD: 110/70 mmHg, S: 39°C, RR: 20X/menit. Sedangkan untuk mengatasi masalah tersebut intervensi yang dilakukan sebagai berikut:

1. Berikan kompres hangat

Rasional: Supaya suhu tubuh metabolisme cairan dapat mempertahankan fungsi metabolisme saat demam.

2. Anjurkan pasien memakai pakaian yang tipis dan menyerap keringat.

Rasional: Dengan memakai pakaian yang tipis diharapkan metabolisme dalam tubuh tidak meningkat.

3. Anjurkan untuk badrest.

Rasional: Dengan badrest diharapkan dapat menurunkan suhu tubuh.

4. Ganti pakaian saat basah

Rasional: Dengan mengganti pakaian saat basah bertujuan menjaga agar suhu tubuh tidak meningkat.

5. Kolaborasi dengan tim medis untuk pemberian anti piretik.

Rasional: Dengan memberikan obat antipyretik akan menekan hypothalamus sebagai pengatur suhu tubuh berangsur-angsur turun.

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 pertama semuanya sesuai dengan intervensi.

Evaluasi dalam diagnosa pertama masalah teratasi dengan kriteria hasil: tanda-tanda vital khususnya suhu dalam batas normal  $36,5^{\circ}\text{C}$  sampai  $37,5^{\circ}\text{C}$ , membran mukosa basah. Evaluasi tersebut sudah sesuai dengan kriteria hasil yang penulis tetapkan.

B. Perubahan nutrisi berhubungan dengan intake makanan yang tidak adekuat, nafsu makan turun.

Perubahan nutrisi berhubungan dengan intake makanan yang tidak adekuat, nafsu makan turun adalah suatu keadaan dimana individu yang tidak mengalami puasa atau beresiko mengalami penurunan berat badan yang berhubungan dengan masukan yang tidak adekuat atau metabolisme nutrisi yang tidak adekuat kebutuhan metabolik (Carpenito, 2006).

Batasan karakteristik mayor (harus terdapat) individu yang tidak puasa melaporkan/ mengalami masukan makanan tidak adekuat kurang dari yang dianjurkan dengan atau tanpa penurunan berat badan atau kebutuhan metabolik aktual atau potensial dalam masukan makanan yang berlebihan. Sedangkan untuk batasan karakteristik minor (mungkin terdapat) berat badan turun 10% sampai 20% atau lebih di bawah berat badan ideal. Untuk tinggi dan kerangka tubuh, lipatan kulit triceps, lingkaran lengan tengah dan lingkaran otot dan nyeri tekan, peka rangsangan mental atau kekakuan mental, penurunan albumin serum, penurunan transferrin serum atau penurunan kapasitas ikatan besi (Carpenito, 2006).

Diagnosa perubahan nutrisi dengan intake makanan yang tidak adekuat, nafsu makan turun sudah tepat dan ditunjang data sebagai berikut : klien tidak nafsu makan, makanan yang disajikan dari rumah sakit tidak habis, klien tampak lemas.

Penulis memunculkan diagnosa mengenai kebutuhan nutrisi, karena Menurut Hierarki Maslow kebutuhan nutrisi termasuk kebutuhan fisiologis, sedangkan menurut Triage concept adalah nonurgen karena nutrisi dibandingkan dengan cairan yang harus didahulukan adalah kebutuhan cairan tubuh.

Diagnosa tersebut sesuai dengan data-data yang dikumpulkan oleh penulis. Klien tidak nafsu makan: makanan yang disajikan dari Rumah Sakit tidak habis, klien tampak lemas. Intervensinya yaitu;

1. Anjurkan pasien makan dengan porsi kecil tapi sering.

Rasional: untuk menghindari mual dan muntah

2. Kolaborasi dengan tim ahli gizi untk program diit.

Rasional: Dapat menentukan program diit yang tepat bagi klien

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

Evaluasi dari diagnosa di atas didapatkan masalah teratasi sebagian seharusnya pada evaluasi penulis menuliskan masalah teratasi sesuai dengan kriteria hasil: pasien dapat menghabiskan porsi makanan yang dihidangkan, nafsu makan meningkat.

C. Resiko kurangnya volume cairan berhubungan dengan intake cairan yang tidak adekuat.

Resiko kekurangan volume cairan adalah; keadaan dimana seorang individu beresiko mengalami dehidrasi vaskuler, seluler, atau intraseluler.

Diagnosa resiko kekurangan cairan diangkat sebagai diagnosa keperawatan yang ketiga karena diagnosa ini masih resiko belum aktual terjadi pada pasien. Diagnosa resiko kekurangan volume cairan bisa diangkat sebagai diagnosa yang pertama setelah pasien sudah terlihat tanda-tanda yang mengarah ke diagnosa yang lebih aktual yaitu batasan karakteristik mayor (harus terdapat) ketidak cukupan asupan cairan oral, keseimbangan negatif antara asupan dan haluaran, penurunan berat badan, kulit/ membran mukosa kering. Sedangkan batasan karakteristik minor (mungkin terdapat) peningkatan natrium serum, penurunan haluaran urine atau haluaran urine berlebih, urine memekat atau sering berkemih, penurunan turgor kulit, haus, mual, anoreksia (Carpenito, 2006).

Penulis memunculkan diagnosa resiko kekurangan cairan sebagai diagnosa ketiga karena menurut Hierarki Maslow hal ini termasuk kebutuhan fisiologis, sedangkan menurut Triage Konsep hal ini termasuk kebutuhan immediate dimana apabila tidak diatasi mengakibatkan penurunan volume cairan kurang dari kebutuhan tubuh dapat menyebabkan dehidrasi yang dapat mengakibatkan kondisi tubuh menurun sehingga dapat menyebabkan syok dan kematian.

Diagnosa tersebut penulis angkat karena didukung oleh data sebagai berikut: klien mengatakan haus, mucosa bibir kering, urine kurang 30 cc, klien tampak lemas. Data tersebut sebenarnya masih belum cukup, seharusnya dilengkapi dengan penurunan BB, peningkatan suhu tubuh dan balance cairan. Yaitu meliputi input, infus: 15 tetes/menit= 108°, injeksi: 8cc/hari, makan: 20 cc, minum: 200cc, am: 160 cc. Untuk input sama dengan 1468 cc. Output, urin: 30 cc/jam= 720 cc, iwl: 595 cc, BAB: 100 cc/hari. Untuk outputnya 1415, jadi untuk balance cairan input dikurangi output hasilnya adalah 53 cc. Diagnosa resiko kekurangan volume cairan diangkat sebagai diagnosa keperawatan yang ke 3 karena diagnosa ini masih diagnosa resiko belum aktual terjadi pada pasien, penulis telah menetapkan beberapa intervensi diantaranya:

1. Anjurkan klien untuk banyak minum.

Rasional: Dengan memberikan minum yang banyak akan mengembalikan cairan tubuh yang hilang karena proses penguapan Mengobservasi *intake output*.

2. Monitor cairan infus

Rasional: untuk mempertahankan keseimbangan cairan tubuh.

3. Kolaborasi dengan tim medis untuk pemberian terapi cairan.

Rasional: menentukan program pemberian cairan yang sesuai dengan kebutuhan tubuh

Dari rencana asuhan keperawatan di atas penulis telah melakukan intervensi yang sesuai dengan di atas karena klien kooperatif.

Evaluasi dari diagnosa di atas didapatkan masalah teratasi sesuai dengan kriteria hasil: pasien tidak mengalami kekurangan volume cairan, pasien tidak merasa haus.



## BAB V

### PENUTUP

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada An. S dengan *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF) di RSUD Sunan Kalijaga Demak tanggal 13 Agustus 2010 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

Pengertian dari *Dengue hemorrhagic Fever* (DHF) itu sendiri adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh virus dengue (arbovirus) yang masuk ke dalam tubuh melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti*. Pengkajian asuhan keperawatan pada An. S dengan *Dengue hemorrhagic fever* (DHF) telah dilaksanakan sesuai dengan teori, meskipun dalam pelaksanaannya pengkajian masih ada banyak kekurangan dan kesenjangan.

Pada diagnosa keperawatan, untuk menentukan diagnosa keperawatan pada An. S dengan *Dengue hemorrhagic fever* (DHF), dapat ditegakkan diagnosa keperawatan yaitu: diagnosa yang pertama muncul adalah hipertermi berhubungan dengan inflamasi sekunder terhadap *Dengue hemorrhagic fever* dan diagnosa kedua yang muncul adalah perubahan nutrisi berhubungan dengan intake makanan yang tidak adekuat, nafsu makan turun, diagnosa yang terakhir adalah resiko kurangnya volume cairan berhubungan dengan intake cairan yang tidak adekuat.

Adapun fokus intervensi pada klien dengan Dengue hemorrhagic fever (DHF) pada diagnosa perubahan nutrisi berhubungan dengan intake makanan yang tidak adekuat, nafsu makan turun sudah dilakukan dengan maksimal oleh penulis. Akan tetapi evaluasi yang didapatkan masalah teratasi sebagian karena belum sesuai dengan kriteria evaluasi yang ditetapkan.

## **B. Saran**

### **1. Bagi penulis**

Diharapkan penulis dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilannya dalam melakukan asuhan keperawatan pada An.S dengan DHF (Dengue Hemorrhagic Fever)

### **2. Bagi klien dan keluarga**

Diharapkan klien dan keluarga dapat mengenali tanda dan geala DHF (Dengue Hemorrhagic Fever) pada An.S.

### **3. Bagi lahan pratek**

Lahan pratek diharapkan dapat meningkatkan pelayanan kesehatan khususnya pada pasien dengan DHF (Dengue Hemorrhagic Fever) pada anak dan dapat memberikan bimbingan yang lebih maksimal pada mahasiswa.

### **4. Bagi institusi pendidikan**

Institusi diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan mahasiswa terutama dalam melakukan pemeriksaan pasien dengan DHF (Dengue Hemorrhagic Fever) pada anak, baik didalam laboratorium maupun lahan pratek.

5. Bagi masyarakat

Masyarakat diharapkan dapat mengenali tanda dan gejala serta penangani secara dini penderita DHF (Dengue Hemorrhagic Fever) terutama yang dialami oleh anak.



## DAFTAR PUSTAKA

- Anggraeni. D.S, (2010). *Stop demam berdarah dengue*. Bogor: Bogor publishing house.
- Carpenito, L.J, (2006). *Buku saku diagnosa keperawatan (alih bahasa: Asih Yasmin)*. Jakarta: EGC.
- Doengoes, E Marilyn. (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan (alih bahasa: Asih Yasmin)*. Jakarta: EGC.
- Hendarwanto, (2002). *Buku ajar ilmu penyakit dalam*. Jilid 1. Edisi 3. Jakarta: FKUI.
- Halim. M.A, (2008). *Panduan praktis ilmu penyakit dalam diagnosis dan terapi*. Edisi 2. Jakarta: EGC
- Hidayat, A.A, (2006). *Pengantar ilmu keperawatan*. Edisi 1. Jakarta: Salemba Medika.
- Hidayat. A.A, (2005). *Pengantar ilmu keperawatan*. Edisi 1. Jakarta: Salemba Medika.
- Mansjoer. A, (2001). *Kapita selekta kedokteran*. Jilid 1. Edisi 3. Jakarta: EGC.
- Nursalam, (2005). *Asuhan keperawatan bayi dan anak*. Edisi 1. Jakarta: Salemba Medika.
- Ngastiyah, (2005). *Perawatan anak sakit*. Edisi 2. Jakarta: EGC.
- Riyadi & Sukarmin, (2009). *Asuhan keperawatan pada anak*. Yogyakarta: Graha ilmu.
- Samik. W.M, (2002). *Sistem imun imunisasi dan penyakit imun*. Jakarta: Widya medika.
- Suriadi & Yuliani, (2006). *Asuhan keperawatan pada anak*. Jakarta: Sagung Seto.
- Suhendro, (2006). *Buku ajar ilmu penyakit dalam*. Jilid 3. Edisi 4. Jakarta: FKUI
- Tanuwidjaya. S, (2002). *Tumbuh kembang anak dan remaja*. Jakarta: Sagung Seto.
- Watson. R, (2002). *Anatomi & fisiologi untuk perawat (alih bahasa: Sitti Syabariyah)*. Edisi 10. Jakarta: EGC.

Widoyono, (2005). *Penyakit tropis, epidemiologi, penularan, pencegahan & pemberantasannya*. Jakarta: Erlangga.

Wikipedia, (2011). *Gambar anatomi darah*. <http://id.wikipedia.org/wiki/Darah>.  
Di akses tanggal 13 Mei 2011.

Wikipedia, (2011). *Pengertian Anak*, <http://id.wikipedia.org> . Di akses tanggal 5 April 2011.

