

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGUE HAEMORRHAGIC
FEVER DENGAN GANGGUAN PENINGKATAN SUHU TUBUH
(HIPERTERMI) DI RUANGAN MELATI RSUD CIAMIS**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya
Keperawatan (A.Md.Kep) di Program Studi Keperawatan
Universitas Bhakti Kencana Bandung

Oleh:

**WANDA MISRAN
NIM: AKX. 17. 086**



**PRODI DIII KEPERAWATAN FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA**

2020

PERNYATAAN KEASLIAAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Wanda Misran
NIM : AKX. 17. 086
Prodi : DIII Keperawatan Universitas Bhakti Kencana
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Anak *Dengue Haemorrhagic Fever*
Dengan Gangguan Peningkatan Suhu Tubuh (Hipertermi) Di
Ruangan Melati RSUD Ciamis

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa :

1. Karya tulis ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (diploma), baik di Universitas Bhakti Kencana maupun di perguruan tinggi lain.
2. Karya tulis ini murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan dari pihak lain kecuali arahan Tim Pembimbing dan Masukan Tim Penelaah/Penguji.
3. Dalam karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah di tulis atau di publikasikan orang lain kecuali secara tertulis dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan di sebutkan nama pengarang dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini maka saya bersedia menerima sangsi akademik berupa pencabutan gelar yang telah di peroleh dalam karya ini, serta sanksi lainnya sesuai norma yang berlaku di perguruan tinggi ini.

Bandung, 25 Mei 2020

Yang Membuat Pernyataan



Wanda Misran

AKX.17. 086

**LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK *DENGUE HAEMORRHAGIC
FEVER* DENGAN GANGGUAN PENINGKATAN SUHU TUBUH
(HIPERTERMI) DI RUANGAN MELATI RSUD CIAMIS**

**OLEH
WANDA MISRAN
AKX.17.086**

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh Panitia Penguji pada tanggal seperti
tertera dibawah ini

Menyetujui,

Pembimbing Utama



**Hj. Djubaedah, AMK.,S.Pd.,MM
NIDK : 9904005169**

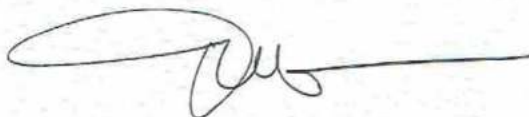
Pembimbing Pendamping



**Agus Mi'raj D, S.Pd.,S.Kep.,Ners.,M.Kes
NIDN : 02005020119**

Mengetahui,

**Prodi DIII Keperawatan
Ketua,**



**Dede Nur Aziz Muslim, S.Kep.,Ners.,M.Kep
NIDN : 02001020009**

**LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK *DENGUE HAEMORRHAGIC
FEVER* DENGAN GANGGUAN PENINGKATAN SUHU TUBUH
(HIPERTERMI) DI RUANGAN MELATI RSUD CIAMIS**

**OLEH
WANDA MISRAN
AKX.17.086**

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Panitia Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung, Pada Tanggal, 22 Juni 2020

PANITIA PENGUJI

**Ketua : Hj. Djubaedah, AMK., S.Pd., MM.
(Pembimbing Utama)**

(.....)

Anggota:

**1. Angga Satria Pratama, S.Kep., Ners., M.Kep.
(Penguji I)**

(.....)

**2. Dedi Mulyadi, S.Kep., M.H.Kes., MM.
(Penguji II)**

(.....)

**3. Agus Mi'raj D, S.Pd., S.Kep., Ners., M.Kes.
(Pembimbing Pendamping)**

(.....)

**Mengetahui,
Dekan Fakultas Keperawatan
Ketua,**


**Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep.
NIDN : 020007020132**

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, atas kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang memberikan kesehatan jasmani maupun rohani, ketentraman hati, dan kesempatan terhadap penulis sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK *DENGUE HAEMORRHAGIC FEVER* DENGAN GANGGUAN PENINGKATAN SUIHU TUBUH (HIPERTERMI) DI RUANGAN MELATI RSUD CIAMIS” dengan semaksimal mungkin.

Maksud dan tujuan penyusunan karya tulis ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan di Universitas Bhakti Kencana Bandung.

Penulis mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini, terutama kepada:

1. H. Mulyana, SH, MPd., MH.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana Bandung.
2. Dr. Entris Sutrisno, MH.Kes., Apt selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana
3. Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep, selaku Dekan Fakultas Keperawatan .
4. Dede Nur Aziz Muslim, S.Kep.,Ners.,M.Kep, selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana.
5. Hj. Djubaedah, AMK.,S.Pd.,MM, selaku Pembimbing Utama yang telah memberikan banyak bantuan, masukan, dan dukungan terkait penyusunan karya tulis ilmiah ini.

6. Agus Mi'raj D,S.Pd.,S.Kep.,Ners.,M.Kes, selaku Pembimbing Pendamping yang telah memberikan banyak bantuan, masukan, dan dukungan terkait penyusunan karya tulis ilmiah ini.
7. Dr. H. Rizali Sofiyon, MM, selaku Direktur Utama RSUD Ciamis yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
8. Nunung Patimah, S.Kep. Ners, selaku CI Ruang Melati yang telah memberikan bimbingan selama melakukan kegiatan praktik keperawatan di RSUD Ciamis.
9. Staf dan dosen pengajar yang telah berjuang keras untuk memberikan ilmu dan membantu keberlangsungan dalam perkuliahan selama penulis mengikuti pendidikan di Program Studi DIII Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik Universitas Bhakti Kencana.
10. Keluarga yang sangat penting dalam hidup penulis yakni bapak tercinta Misran, mama tersayang Suryanti Karim dan abang terbaik Dodi Alfayed Misran. Penulis mengucapkan syukur atas doa, kasih sayang, pengertian, dukungan baik moril ataupun materil yang kalian berikan sehingga tugas akhir ini dapat terselesaikan. Serta 3 malaikat kecil yang begitu penulis sayangi Alisa Misran, Khasya Misran dan Maryam Misran yang menjadi motivasi penulis untuk bisa menyelesaikan tugas akhir.
11. Teguh Setiawan Pratama, Neng Erni Sulenta, Mery Juliana M, Ismi Mufadilatun Nisa serta teman-teman Anestesi angkatan XIII tahun 2017 yang

sudah seperti keluarga dan saling membantu dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari dan meyakini sepenuhnya bahwa karya tulis ini masih banyak kekurangan sehingga penulis sangat mengharapkan segala masukan dan saran yang sifatnya membangun guna penulisan karya tulis yang lebih baik.

Bandung, 25 Mei 2020

Penulis

ABSTRAK

Latar Belakang : *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) merupakan penyakit infeksi yang ditemukan di daerah tropis dan subtropis. Infeksi ini sering menyerang anak umur <15 tahun melalui gigitan nyamuk spesies aedes dan merupakan penyebab kematian cukup tinggi. Data WHO menunjukkan terdapat 1.016.612 kasus *Dengue Haemorrhagic Fever* di hampir 60 negara tahun 2000-2009 sedangkan DHF di Indonesia pada tahun 2016 sebanyak 8.487 golongan terbanyak usia 5-14 tahun (43,44%). Data Rekam Medik RSUD Ciamis (2019) DHF menduduki urutan ke 7 yaitu 7.42% dari 4014 kasus. Gejala awal yang muncul adalah Hipertermi, penolongan yang tidak tepat mengakibatkan komplikasi bahkan kematian. Pengobatan nonfarmakologi dengan kompres air hangat pada daerah aksila dan dahi mudah diteapkan untuk penanganan hipertermi. **Tujuan :** Mampu melaksanakan asuhan keperawatan klien *Dengue Haemorrhagic Fever* Dengan Gangguan Peningkatan Suhu Tubuh (Hipertermi) di Ruang Melati RSUD Ciamis 2020. **Metode :** Studi kasus menggunakan asuhan keperawatan yang komprehensif melalui tehnik dokumentasi serta mengobservasi dari implementasi 2 klien dengan masalah keperawatan hipertermi. **Hasil** Hipertermi : setelah dilakukan asuhan keperawatan pada klien 1 dan 2 dengan memberikan intervensi keperawatan, masalah keperawatan Hipertermi teratasi di hari ke 3. **Diskusi :** masalah keperawatan Hipertermi pada kedua klien memiliki respon yang sesuai dengan pasien DHF dan dipengaruhi oleh status kesehatan, dianjurkan melakukan asuhan keperawatan yang komprehensif agar masalah keperawatan yang dialami klien *Dengue Haemorrhagic Fever* tertangani dengan tepat dan cepat.

Kata Kunci : *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF), Hipertermi, Asuhan Keperawatan

Daftar Pustaka : 10 Buku (2010-2020), 2 Jurnal (2012-2015), 4 Website

ABSTRACT

Background: *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) is an infectious disease found in tropical and subtropical areas. This infection often attacks children aged <15 years through the bite of aedes mosquito species and is a fairly high cause of death. WHO data shows that there were 1,016,612 cases of dengue haemorrhagic fever in nearly 60 countries from 2000 to 2009, while DHF in Indonesia in 2016 was 8,487 for the most groups aged 5-14 years (43.44%). Ciamis Hospital Medical Record data (2019) DHF ranks 7th, namely 7.42% of 4014 cases. The initial symptom that appears is hyperthermia, improper help results in complications and even death. Non-pharmacological treatment with warm compresses of water on the axillary area and forehead is easily applied for the treatment of hyperthermia. **Objective:** Being able to carry out client care *Dengue Haemorrhagic Fever* with Disorders of Increased Body Temperature (Hyperthermia) in the Jasmine Room of Ciamis Regional Hospital 2020. **Method:** Case study uses comprehensive nursing care through documentation techniques and observing the implementation of 2 clients with hyperthermi nursing problems. **Hypertherm Results:** after nursing care for clients 1 and 2 by providing nursing interventions, Hypertherm nursing problems are resolved on day 3. **Discussion:** Hypertherm nursing problems on both clients have responses that correspond to DHF patients and are influenced by health status, it is recommended to conduct care comprehensive nursing care so that nursing problems experienced by *Dengue Haemorrhagic Fever* clients are handled appropriately and quickly.

Keywords: *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF), Hypertherm, Nursing Care

References: 10 Books (2010-2020), 2 Journals (2012-2015), 4 Websites

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul.....	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Pengesahan	iv
Kata Pengantar	v
Abstrak	viii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Tabel	xii
Daftar Bagan	xiv
Daftar Lampiran	xv
Daftar Singkatan.....	xvi

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.4.1 Teoritis.....	5
1.4.2 Praktis	5

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Penyakit	7
2.1.1 Defenisi.....	7
2.1.2 Anatomi dan Fisiologi	8
2.1.3 Manifestasi Klinik	9
2.1.4 Etiologi	9

2.1.5 Pathofisiologi.....	10
2.1.6 Klasifikasi.....	12
2.1.7 Penatalaksanaan.....	12
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang.....	15
2.2 Konsep Pertumbuhan dan Perkembangan.....	16
2.2.1 Pertumbuhan Fisik.....	17
2.2.2 Perkembangan Kognitif.....	17
2.2.3 Perkembangan Moral.....	18
2.2.4 Perkembangan Spritual.....	18
2.2.5 Perkembangan Psikoseksual.....	18
2.2.6 Perkembangan Psikososial.....	18
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan.....	19
2.3.1 Pengkajian.....	19
2.3.2 Analisa Data.....	31
2.3.3 Diagnosa Keperawatan.....	31
2.3.4 Perencanaan.....	32
2.3.5 Implementasi.....	41
2.3.6 Evaluasi.....	42
2.4 Konsep Kompres Hangat.....	44
2.3.1 Defenisi Hipertermi.....	44
2.3.2 Metode Kompres Hangat.....	45
BAB III METODE PENELITIAN	
3.1 Desain Penelitian.....	47
3.2 Batasan Istilah.....	47
3.3 Unit Analisis.....	48
3.4 Lokasi dan Waktu.....	48
3.5 Pengumpulan Data.....	49

3.6 Uji Keabsahan Data	50
3.7 Analisis Data	51
3.8 Etik Penulisan KTI.....	53

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil	56
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data	56
4.1.2 Data Asuhan Keperawatan	57
4.1.2.1 Pengkajian	57
4.1.2.2 Analisa Data	67
4.1.2.3 Diagnosa Keperawatan.....	72
4.1.2.4 Intervensi Keperawatan.....	77
4.1.2.5 Implementasi Keperawatan.....	79
4.1.2.6 Evaluasi Keperawatan.....	82
4.2 Pembahasan.....	83
4.2.1 Pengkajian.....	84
4.2.2 Diagnosa	85
4.2.3 Intervensi	89
4.2.4 Implementasi.....	92
4.2.5 Evaluasi.....	93

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan	95
5.2 Saran	97

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Sasaran Imunisasi pada Bayi.....	23
Tabel 2.2 Sasaran Imunisasi pada Anak Balita.....	24
Tabel 2.3 Sasaran Imunisasi pada Anak Sekolah Dasar	24
Tabel 2.4 Intervensi dan Rasional 1	32
Tabel 2.5 Intervensi dan Rasional 2	33
Tabel 2.6 Intervensi dan Rasional 3	34
Tabel 2.7 Intervensi dan Rasional 4	35
Tabel 2.8 Intervensi dan Rasional 5	37
Tabel 2.9 Intervensi dan Rasional 6	38
Tabel 2.10 Intervensi dan Rasional 7	39
Tabel 2.11 Intervensi dan Rasional 8	40
Tabel 4.1 Identitas Klien	57
Tabel 4.2 Riwayat Penyakit	58
Tabel 4.3 Riwayat Kehamilan dan Persalinan	59
Tabel 4.4 Riwayat Imunisasi.....	60
Tabel 4.5 Perubahan Aktivas Sehari-hari.....	60
Tabel 4.6 Pertumbuhan	62
Tabel 4.7 Perkembangan.....	62

Tabel 4.8 Pemeriksaan Fisik	63
Tabel 4.9 Data Psikologis	65
Tabel 4.10 Data Pemeriksaan Diagnostik	66
Tabel 4.11 Program dan Rencana Pengobatan.....	66
Tabel 4.12 Analisa Data	67
Tabel 4.13 Diagnosa Keperawatan	72
Tabel 4.14 Intervensi Keperawatan.....	77
Tabel 4.15 Implementasi Keperawatan.....	79
Tabel 4.16 Evaluasi Keperawatan.....	82

DAFTAR BAGAN

Pathway <i>Dengue Haemorrhagic Fever</i>	11
------------------------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	Lembar Konsultasi KTI
Lampiran II	Lembar Justifikasi
Lampiran III	Surat Pernyataan Persetujuan Menjadi Pasien Kelolaan
Lampiran IV	Lembar Observasi
Lampiran V	Format Review Artikel
Lampiran VI	Jurnal
Lampiran VII	Leaflet
Lampiran VIII	SAP
Lampiran IX	Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR SINGKATAN

ADP	: <i>Adenosine Diphosphate</i>
ADL	: <i>Activity Daily Living</i>
ASI	: Air Susu Ibu
BB	: Berat Badan
BCG	: <i>Bacillus Calmette-Guerin</i>
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
CRT	: <i>Capillary Refill Time</i>
cc	: <i>cubic centimeter</i>
DO	: Data Objektif
DS	: Data Subjektif
DEN	: <i>Dengue</i>
DHF	: <i>Dengue Haemorrhagic Fever</i>
DBD	: Demam Berdarah Dengue
DSS	: <i>Dengue Shock Syndrome</i>
DPT	: Difteri, Pertusis, Tetanus
Hib	: <i>Haemophilus influenza type b</i>
HB	: Hepatitis B
Hb	: Hemoglobin
IgG	: Immunoglobulin G
IgM	: Immunoglobulin M

IM	: <i>Intra Muscular</i>
IC	: <i>Intra Cutan</i>
IPV	: <i>Inactive Polio Vaccine</i>
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
IMT	: Indeks Massa Tubuh
Kg	: Kilogram
LILA	: Lingkar Lengan Atas
LD	: Lingkar Dada
LA	: Lingkar Abdomen
ml	: milliliter
NIC	: <i>Nursing Interventions Classification</i>
NOC	: <i>Nursing Outcomes Classification</i>
PCS	: <i>Pediatric Coma Scale</i>
PASI	: Pengganti Air Susu Ibu
RBC	: <i>Red Blood Cell</i>
RL	: Ringer Laktat
RNA	: <i>Ribose Nucleic Acid</i>
ROM	: <i>Range Of Motion</i>
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
TB	: Tinggi Badan
TTV	: Tanda-Tanda Vital
SC	: <i>Sub Cutan</i>
SDM	: Sel Darah Merah

SDP	: Sel Darah Putih
SOP	: Standar Operasional Prosedur
SAP	: Satuan Acara Penyuluhan
WBC	: <i>White Blood Cell</i>
WOD	: Wawancara Observasi Dokumentasi
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB I

PENDAHULUAN

1.1.1 Latar Belakang

Dengue Haemorrhagic Fever merupakan penyakit infeksi yang banyak ditemukan di daerah tropis dan subtropis. Infeksi ini sering menyerang anak usia dibawah 15 tahun dan merupakan penyebab kematian cukup tinggi. Proporsi kasus terbanyak pada awal wabah di suatu negara menyerang anak berumur <15 tahun sebanyak 86 sampai 95%. Penyakit infeksi dengue timbul secara akut dan dapat memburuk, serta sering berakibat fatal apabila terlambat tertangani. (Jurnal Kedokteran Muhammadiyah Volume 2 Nomor 1 Tahun 2015)

Sebelum tahun 1970, hanya 9 negara yang mengalami wabah *Dengue Haemorrhagic Fever* namun sekarang *Dengue Haemorrhagic Fever* menjadi penyakit edemik lebih dari 100 negara, diantaranya adalah Afrika, Amerika, Mediterania Timur, Asia Tenggara dan Pasifik Barat memiliki angka tertinggi kasus *Dengue Haemorrhagic Fever*. Jumlah kasus di Amerika, Asia Tenggara dan Pasifik Barat telah melawati 1.2 juta kasus di tahun 2008 dan lebih dari 2.3 juta kasus di 2010. Pada tahun 2013 dilaporkan terdapat sebanyak 2.35 juta kasus di Amerika, dimana 37.687 kasus merupakan *Dengue Haemorrhagic Fever* berat. Perkembangan kasus *Dengue Haemorrhagic Fever* di tingkat global semakin meningkat, seperti dilaporkan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) yakni dari 980 kasus di hampir 100

negara tahun 1954-1959 menjadi 1.016.612 kasus di hampir 60 negara tahun 2000-2009 (WHO, 2014).

Kementerian Kesehatan RI mencatat jumlah penderita DHF di Indonesia pada bulan Januari-Februari 2016 sebanyak 8.487 orang penderita DHF dengan jumlah kematian 108 orang. Golongan terbanyak yang mengalami DHF di Indonesia pada usia 5-14 tahun mencapai 43,44% dan usia 15-44 tahun mencapai 33,25% (Kemenkes RI, 2016). Jumlah penderita kasus DHF di Jawa Barat sampai Juni 2019 yakni 8,593 kasus lebih rendah dari tahun 2018 yakni 11,458 kasus. Walaupun jumlah kasusnya lebih rendah namun angka kematian pada kasus *Dengue Haemorrhagic Fever* lebih tinggi di tahun 2019 yakni 65 orang yang meninggal dibanding tahun 2018 sebanyak 56 orang yang meninggal akibat kasus *Dengue Haemorrhagic Fever*. (Profil Kesehatan Jawa Barat, 2019)

Berdasarkan data yang diperoleh dari Rekam Medik RSUD Ciamis pada tahun 2019 *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) termasuk kedalam 10 besar penyakit terbanyak yakni pada urutan ke-7 sebanyak 298 kasus sedangkan diurutan pertama yaitu kasus *Typhoid fever* sebanyak 967 dan peringkat kesepuluh yaitu *Fetus and newborn affected by caesarean delivery* berjumlah 267 kasus. (Rekam Medik RSUD Ciamis 2019)

Keluhan utama yang sering terjadi pada penderita *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) yaitu demam tinggi mendadak biasanya terjadi 5-7 hari, maka sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Nurlaili (2012), tentang efektifitas kompres dingin dan hangat pada penatalaksanaan

demam. Hasil penelitian menyebutkan bahwa kompres hangat lebih efektif untuk mengatasi demam dan memicu vasodilatasi yang meningkatkan pengeluaran panas tubuh dibandingkan dengan menggunakan kompres dingin, berlandaskan penelitian tersebut saya memilih menggunakan metode yang sama untuk menurunkan hipertermi pada pasien anak dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF). Penelitian sejenis juga dilakukan oleh Eny (2015) tentang efektifitas kompres hangat di dahi dan axila pada 40 orang sampel klien demam di PKU Muhammadiyah Kutoarjo, bahwa terjadi penurunan suhu tubuh setelah dilakukan kompres hangat pada daerah axila sebesar $0,247^{\circ}\text{C}$ dan pada dahi sebesar $0,111^{\circ}\text{C}$

Setelah membaca, mencari informasi dari literatur dan saat praktek dilapangan secara langsung yang dimana kasus *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) ini sangat sering terjadi disetiap tahun dan memerlukan penanganan dengan segera dalam kasus ini, maka saya sangat tertarik dan memutuskan untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) yang dituangkan dalam penyusunan karya tulis ilmiah yang berjudul :

“Asuhan Keperawatan Pada Anak *Dengue Haemorrhagic Fever* Dengan Gangguan Peningkatan Suhu Tubuh (Hipertermi) Di Ruang Melati RSUD Ciamis 2020”.

1.2 Rumusan Masalah

“Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Anak *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) Dengan Gangguan Peningkatan Suhu Tubuh (Hipertermi) Di Ruang Melati RSUD Ciamis ?”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Penulias agar dapat memahami asuhan keperawatan pada klien yang mengidap penyakit *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) Dengan Gangguan Peningkatan Suhu Tubuh (Hipertermi) di Ruang Melati RSUD Ciamis.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Penulis dapat melakukan pengkajian keperawatan pada klien *Dengue Haemorrhagic Fever* Dengan Gangguan peningkatan Suhu Tubuh (Hipertermi) Di Ruang Melati RSUD Ciamis.
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan yang didapat dari klien *Dengue Haemorrhagic Fever* Dengan Gangguan Peningkatan Suhu Tubuh (Hipertermi) Di Ruang Melati RSUD Ciamis.
- c. Melakukan perencanaan keperawatan pada klien Dengan Gangguan Peningkatan Suhu Tubuh (Hipertermi) pada *Dengue Haemorrhagic Fever* Di Ruang Melati RSUD Ciamis.
- d. Mengimplementasikan asuhan kepearawatan yang sesuai dengan rencana keperawatan, untuk mencapai tujuan yang ditargetkan untuk

klien Dengan Gangguan Peningkatan Suhu Tubuh (Hipertermi) pada *Dengue Haemorrhagic Fever* Di Ruangan Melati RSUD Ciamis.

- e. Melakukan evaluasi asuhan keperawatan sesuai dengan implementasi yang telah dilakukan pada klien *Dengue Haemorrhagic Fever* Dengan Gangguan Peningkatan Suhu Tubuh (Hipertermi) Di Ruangan Melati RSUD Ciamis.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

1.4.1.1 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan dan salah satu pengobatan non farmakologi dalam ilmu keperawatan yakni teknik kompres hangat terhadap klien dengan gangguan Peningkatan Suhu Tubuh (Hipertermi) pada *Dengue Haemorrhagic Fever*.

1.4.2 Manfaat Praktis

1.4.2.1 Bagi Klien

Diharapkan penelitian ini dapat menjadi salah satu pilihan untuk diterapkan yaitu teknik kompres hangat terhadap klien dengan gangguan Peningkatan Suhu Tubuh (Hipertermi) pada *Dengue Haemorrhagic Fever*.

1.4.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

- a. Karya tulis ilmiah ini bisa digunakan dalam kegiatan belajar mengajar mata kuliah keperawatan yaitu asuhan keperawatan dengan masalah Hipertermi pada klien *Dengue Haemorrhagic Fever*.
- b. Karya tulis ilmiah ini menjadi suatu penelitian yang dapat dikembangkan dan ditingkatkan untuk institusi pendidikan yang akan datang.

1.4.2.3 Bagi Perawat

Dapat menjadi tambahan informasi dan diterapkan dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada kasus *Dengue Haemorrhagic Fever* dengan gangguan peningkatan suhu tubuh (Hipertermi).

1.4.2.4 Bagi Rumah Sakit

Penelitian ini dapat menjadi salah satu alternatif implementasi terhadap klien yang terjangkit *Dengue Haemorrhagic Fever* dengan gangguan peningkatan suhu tubuh (Hipertermi) dan akan memberikan efek meningkatnya mutu dan kualitas pelayanan bagi rumah sakit.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Penyakit

2.1.1 Defenisi

Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) atau lebih dikenal dengan Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan penyakit yang disebabkan oleh virus yang sangat menular dengan vektor nyamuk *Aedes aegypti*. (Ranjit, 2011)

Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) adalah penyakit demam akut akibat infeksi virus dengue, dengan manifestasi yang bervariasi, mulai dari demam akut hingga sindrom renjatan yang dapat menyebabkan mortalitas. (Novita dan Mulya, 2019)

Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) adalah penyakit demam akut yang dapat menyebabkan kematian dan disebabkan oleh empat serotipe virus dari *Falvivirus*, virus RNA dari keluarga *Falvivirusidae*. (Soedarto, 2012)

Dari beberapa defenisi yang tertera diatas tentang *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) dapat disimpulkan bahwa penyakit tersebut berasal dari nyamuk *aedes aegypti* yang menggigit manusia serta menyebabkan demam tinggi dan jika penanganannya tidak tepat dapat mengakibatkan kematian.

2.1.2 Anatomi dan Fisiologi Darah

Hematologi ialah cabang ilmu kedokteran yang mempelajari darah. Organ pembentuk darah dan jaringan *limforetikuler* serta kelainan-kelainan yang timbul darinya.

Darah merupakan komponen esensial makhluk hidup, mulai dari binatang primitive sampai manusia. Dalam keadaan fisiologik, darah selalu berada dalam pembuluh darah sehingga dapat menjalankan fungsinya sebagai : pembawa oksigen, mekanisme pertahanan tubuh terhadap infeksi dan mekanisme hemostatis. Darah terdiri atas 2 komponen utama :

a) Plasma darah

Plasma darah adalah cairan berwarna kuning yang dalam reaksi bersifat sedikit alkali. Komposisi plasma terdiri atas air 91.0%, protein 8.0%, dan mineral 0,9%

b) Butir-butir darah (*blood corpuscles*), yang terdiri atas :

- Eritrosit : sel darah merah (SDM) - *red blood cell* (RBC)
- Leukosit : sel darah putih (SDP) - *white blood cell* (WBC)
- Trombosit : butir pembeku- platelet

(Prof. Dr. I Made Bakta, 2016)

2.1.3 Manifestasi Klinik

Keluhan yang sering dirasakan pada awalnya yaitu demam, mual, muntah, malaise, anoreksia, yang diikuti nyeri perut, nyeri kepala mialgia/nyeri otot, suara serak, batuk, dan disuria. Pada kondisi parah, penyakit ini ditandai dengan adanya perdarahan di bawah kulit karena kebocoran plasma, epistaksis, hemoptisis, pembesaran hati, ekimosis, purpura, perdarahan gusi, hematemesis, dan melena. (Marni, 2016)

2.1.4 Etiologi

Penyakit ini disebabkan oleh salah satu dari 4 virus asam ribonukleat berantai tunggal dari *family Flaviviridae* yang ditularkan oleh vektor nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*. Masa inkubasi penyakit ini berakhir 4-5 hari setelah timbulnya demam. (Marni, 2016)

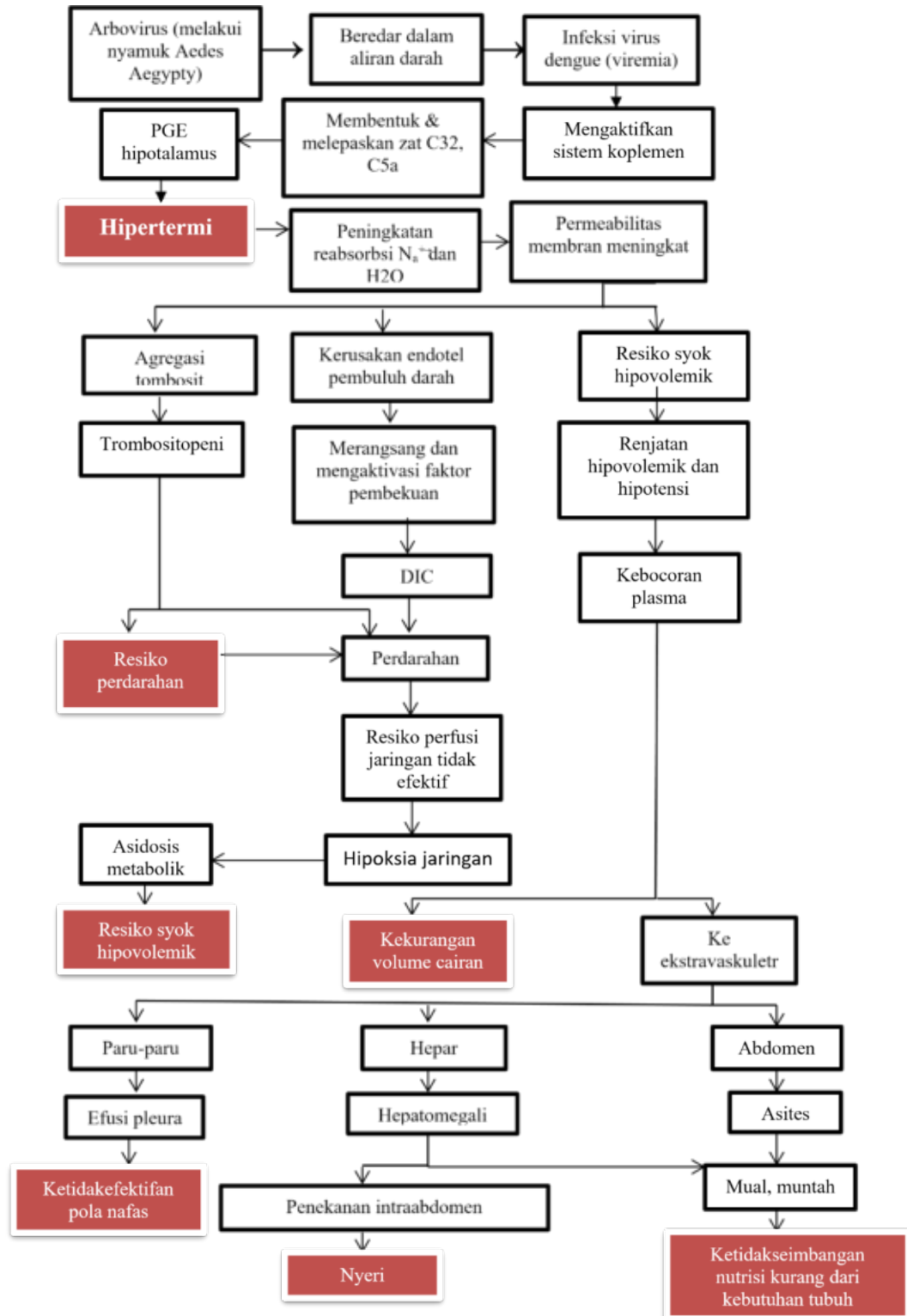
Demam dengue disebabkan oleh virus dengue (DEN), yang termasuk *genus flavivirus*. Terdapat empat serotipe virus DEN yang sifat antigeniknya berbeda, yaitu virus dengue-1 (DEN1), virus dengue-2 (DEN2), virus dengue-3 (DEN3) dan virus dengue-4 (DEN4). Spesifikasi virus dengue yang dilakukan oleh Albert Sabin pada tahun 1944 menunjukkan bahwa masing-masing serotipe virus dengue memiliki genotip yang berbeda antara serotipe-serotipe tersebut. (Soedarto, 2012)

2.1.5 Pathofisiologi

Virus dengue yang pertama kali masuk kedalam tubuh manusia melalui gigitan nyamuk aedes beredar dalam aliran darah dan menginfeksi, sehingga mengaktivasi system komplemen, yang berakibat dilepasnya anafilatoksin C3a dan C5a yang kemudian merangsang PGE hipotalamus dan menimbulkan hipertermi. Hipertermi yang terjadi menyebabkan peningkatan reabsorpsi Na^+ dan H_2O membuat permeabilitas membran meningkat sehingga timbulnya agregasi trombosit yang melepas ADP akan mengalami metamorphosis. Trombosit yang mengalami kerusakan metamorphosis akan dimusnahkan oleh system retikuloendotelial dengan akibat trombositopenia hebat dan perdarahan yang berlanjut terjadinya perfusi jaringan tidak efektif, hipoksia jaringan, asidosis metabolik hingga syok hipovolemik. (Nurarif, 2015)

Renjatan Hipovolemik dan hipotensi menimbulkan kebocoran plasma yang berakibat terjadinya kekurangan volume cairan di jaringan, selain itu kebocoran plasma yang terjadi di ektravaskuler seperti pada paru-paru dapat menyebabkan efusi pleura kemudian terjadi ketidakefektifan pola nafas, jika mengenai organ hepar akan terjadi hepatomegali kemudian intraabdomen akan mengalami penekanan yang berakibat timbulnya nyeri, kebocoran plasma yang terjadi pada abdomen maka akan menyebabkan asites, mual muntah sehingga menimbulkan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. (Nurarif, 2015)

Bagan 2.1 Pathway Dengue Haemorrhagic Fever. (Nurarif, 2015)



2.1.6 Klasifikasi

Demam berdarah dengue diklasifikasi berdasar beratnya penyakit menjadi 4 derajat, dimana derajat III dan IV dikelompokkan pada dengue shock syndrome (DSS). Adanya trombositopeni dan hemokonsentrasi membedakan DBD derajat I dan II dari demam dengue. (Soedarto, 2012)

- a. Derajat I: Demam dengan gejala tidak jelas; manifestasi perdarahan hanya dalam bentuk tourniquet positif dan atau mudah memar.
- b. Derajat II: Manifestasi derajat I ditambah perdarahan spontan, biasanya berupa perdarahan kulit atau perdarahan pada jaringan lainnya.
- c. Derajat III: Kegagalan sirkulasi berupa nadi tekanan sempit dan lemah, atau hipotensi, dengan gejala kulit dingin dan lembab dan penderita gelisah.
- d. Derajat IV: Terjadi gejala awal syok berupa tekanan darah rendah dan nadi tidak dapat diukur.

2.1.7 Penatalaksanaan

Prinsip pengobatan pada penyakit DBD yaitu simptomatis dan suportif. Penanganan pertama pada penyakit ini di antaranya memenuhi kebutuhan cairan, yaitu dengan memberikan cairan oral 1-2 liter untuk mengatasi dehidrasi dan rasa haus akibat demam tinggi. Selain air putih pasien dapat diberikan teh manis, susu, sirup, jus buah dan oralit. Pasien yang mengalami demam tinggi dapat diberikan antipiretik golongan asetaminofen (paracetamol). Pasien tidak boleh diberikan antipiretik dari

golongan salisilat karena dapat menimbulkan perdarahan yang semakin parah. Demam tinggi pada anak dapat mengakibatkan kejang. Untuk mengatasi kejang dapat diberikan antikonvulsi misalnya diazepam, stesolid, fenobarbital, dan obat antikonvulsi lainnya. (Marni, 2016)

Adapun penatalaksanaan medis maupun keperawatan pada DHF sesuai derajat yang telah ditentukan, berikut penatalaksanaannya :

a. Derajat I dan II

- 1) Obat oral
- 2) Infus cairan Ringer Laktat dengan dosis 50,1/kgBB/hari disertai minum air putih.

b. Derajat III

- 1) Berikan infus Ringer Laktat 20ml/kgBB/jam, apabila menunjukkan perbaikan (tensi terukur >80 mmHg dan nadi teraba dengan frekuensi <120 x/menit dan akral hangat lanjutkan dengan ringet laktat 10ml/kgBB/jam, jika nadi dan tensi stabil lanjutkan infus tersebut dengan jumlah cairan dihitung berdasarkan kebutuhan cairan dalam kurun waktu 24jam dikurangi cairan yang sudah masuk dibagi dengan sisa waktu (24 jam dikurangi sisa waktu yang dipakai untuk mengatasi renjatan)
- 2) Apabila satu jam setelah pemakaian cairan RL 20ml/kgBB/jam keadaan tensi masih terukur <80 mmHg dan nadi cepat lemah, akral dingin maka penderita tersebut memperoleh plasma ekspander sebanyak 10ml/kgBB/jam dan dapat diulang maksimal 30ml/kgBB

dalam kurun waktu 24 jam. Jika keadaan umum membaik dilanjutkan dengan cairan RL sebanyak kebutuhan cairan selama 24 jam dikurangi cairan yang sudah masuk dibagi sisa waktu setelah mengatasi renjatan.

c. Derajat IV

1) Cairan

- a) Infus NaCl 0,9% / Dextrose 5% atau Ringer Laktat.
- b) Plasma expender, apabila shock sulit diatasi
- c) Pemberian cairan ini dipertahankan minimal 12-24 jam maksimal 48 jam setelah shock teratasi.
- d) Perlu observasi ketat akan kemungkinan oedema paru dan gagal jantung, serta terjadinya shock ulang.

2) Transfusi darah segar pada penderita dengan perdarahan masif.

3) Obat

- a) Antibiotika : diberikan pada penderita shock membangkang dan atau gejala sepsis.
- b) Kortikosteroid : pemberiannya controversial hati-hati pada penderita dengan gastritis.
- c) Heparin : diberiakan pada penderita dengan DIC dosis 100mg/kgBB setiap 6 jam i.v.

(Desmawati, 2013)

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien Demam Berdarah Dengue yaitu pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan radiologi (foto rontgen thoraks), berikut pemeriksaannya :

1) Pemeriksaan Laboratorium

- a) Leukopeni: sering disertai limfopeni, terjadi dekat sebelum fase demam berakhir.
- b) Limfositosis: dengan limfosit atipik, terjadi sebelum terjadinya syok. Sel darah putih , neutrofil, trombosit: menurun.
- c) Hematokrit: meningkat lebih dari 20% merupakan tanda adanya hemokonsentrasi dan awal terjadinya syok. Angka hematokrit harus dipantau sedikitnya 24 jam sekali untuk mengenal secara dini demam berdarah dengue. Pada demam berdarah dengue yang berat, atau pada dengue shock syndrome hematokrit diperiksa setiap 3-4 jam.
- d) Trombositopeni: terjadi pada lebih dari 50% penderita demam dengue. Trombosit yang kurang dari 100.000/ μ l selalu dijumpai pada demam berdarah dengue atau dengue shock syndrome yang terjadi sebelum *defervescence* dan pada saat terjadi syok. Trombosit sebaiknya diperiksa sedikitnya setiap 24 jam untuk mengenal secara dini demam berdarah dengue.

2) Pemeriksaan radiologis.

Efusi pleura tampak di paru sebelah kanan, efusi pleura akan lebih luas pada DHF yang lebih berat. Pada penderita yang mengalami syok berat, efusi pleura dapat terlihat bilateral.

3) Pemeriksaan *Rumple leed test* (touniquet test)

Salah satu cara yang paling mudah dan cepat untuk menentukan apakah ter kena demam berdarah atau tidak. *Rumple leed test* adalah pemeriksaan bidang hematologi dengan menggunakan pembendungan pada bagian lengan atas selama 5 menit untuk diuji diagnostik kerapuhan vascular dan fungsi trombosit. (Desmawati, 2013)

4) Pemeriksaan lain

Dapat digunakan untuk mengetahui adanya virus dengue yaitu antibodi imunoglobulin M (IgM) dan M *antibodi capture enzyme-linked immunoserbent assay* (MAC ELISA) dengan nilai normalnya yaitu negatif.

2.2 Konsep Pertumbuhan dan Perkembangan Usia Anak Sekolah

Menurut Buku Data Penduduk yang diterbitkan oleh Kementrian Kesehatan Indonesia (2011), anak usia sekolah adalah anak-anak yang berusia 7-12 tahun. Istilah pertumbuhan dan perkembangan mengacu pada proses dinamis. Pertumbuhan dan perkembangan walaupun sering digunakan secara bergantian, keduanya memiliki makna yang berbeda. Pertumbuhan dan perkembangan merupakan proses yang berkelanjutan,

teratur dan berurutan yang dipengaruhi oleh faktor maturasi, lingkungan dan genetik (Kozier, Erb, Berman & Snyder, 2011). Berikut tahap tumbuh kembang anak usia sekolah:

2.2.1 Pertumbuhan Fisik

Pertumbuhan selama periode ini rata-rata 3-3,5 kg dan 6 cm atau 2,5 inchi pertahunnya. Lingkar kepala tumbuh hanya 2-3 cm selama periode ini, menandakan pertumbuhan otak yang melambat karena proses mielinisasi sudah sempurna pada usia 7 tahun. Rata-rata kenaikan berat badan anak usia sekolah 6-12 tahun kurang lebih sebesar 3,2 kg per tahun. Perbedaan individu pada kenaikan berat badan dipengaruhi oleh factor genetik dan lingkungan. Tinggi badan anak usia 6 tahun baik anak laki-laki dan perempuan memiliki tinggi badan yang sama kurang lebih 115 cm. Setelah usia 12 tahun tinggi badan kurang lebih 150 cm (Kozier, Erb, Berman & Snyder, 2011).

2.2.2 Perkembangan Kognitif

Perubahan kognitif pada anak usia sekolah adalah pada kemampuan berpikir dengan cara logis tentang disini dan saat ini, bukan tentang hal yang bersifat abstrak. Pemikiran anak usia sekolah tidak lagi didominasi oleh persepsinya dan sekaligus kemampuan untuk memahami dunia secara luas.

2.2.3 Perkembangan Moral

Perkembangan moral anak menurut Kohlberg termasuk dalam Fase Preconventional yaitu anak belajar baik dan buruk, atau benar dan salah melalui budaya sebagai dasar dalam peletakan nilai moral.

2.2.4 Perkembangan Spiritual

Anak usia sekolah berada pada tahap 2 perkembangan spiritual, yaitu pada tahapan mitos-faktual. Anak-anak belajar untuk membedakan khayalan dan kenyataan. Kenyataan (fakta) spiritual adalah keyakinan yang diterima oleh suatu kelompok keagamaan, sedangkan khayalan adalah pemikiran dan gambaran yang terbentuk dalam pikiran anak. Orang tua membantu anak dalam membedakan khayalan dengan kenyataan.

2.2.5 Perkembangan Psikoseksual

Freud menggambarkan anak-anak usia sekolah (6-12 tahun) masuk dalam tahapan fase laten yaitu, anak menggunakan energi fisik dan psikologis yang merupakan media untuk mengeksplorasi pengetahuan dan pengalamannya melalui aktivitas fisik maupun sosialnya.

2.2.6 Perkembangan Psikososial

Erikson dalam membahas proses perkembangan anak usia sekolah mengelompokkannya kedalam Industry versus inferiority (6-12 tahun) yaitu anak akan belajar untuk bekerja sama dan bersaing dengan anak yang lainnya melalui kegiatan yang dilakukan,

baik dalam kegiatan akademik maupun dalam pergaulan melalui permainan yang dilakukan bersama.

Kemampuan anak untuk berinteraksi sosial lebih luas dengan teman dilingkungannya dapat memfasilitasi perkembangan perasaan sukses (sense of industry) sedangkan perasaan tidak adekuat dan rasa inferiority atau rendah diri akan berkembang apabila anak terlalu mendapat tuntutan dari lingkungannya dan anak tidak berhasil memenuhinya. Maka diperlukan pujian atau penguatan dari orang tua terhadap prestasi yang dicapainya menjadi begitu penting untuk menguatkan perasaan berhasil dalam melakukan sesuatu.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Pada DHF

2.3.1 Pengkajian

a. Pengumpulan Data

1) Identitas

a) Identitas Klien

Pada klien perlu dikaji : nama dan tanggal lahir, untuk menghindari kekeliruan antara identitas klien yang satu dengan yang lain, mencegah terjadinya kesalahan dalam pemberian asuhan keperawatan serta memberikan obat. Umur, karena menentukan dalam pemberian intervensi. Agama, untuk mengidentifikasi koping yang digunakan klien serta keyakinan klien yang dianut. Pendidikan, untuk mengetahui

sejauh mana pengetahuan yang klien miliki. Suku bangsa, untuk mengetahui apakah ada keyakinan yang dianut oleh klien/keluarga pada saat masa penyembuhan dan Bahasa yang digunakan untuk berkomunikasi dengan klien. Alamat, untuk mengetahui tempat tinggal (memudahkan pemantauan kondisi klien setelah klien pulang dari perawatan di rumah sakit). Diagnosa medis, No. Rekam Medik, tanggal masuk, tanggal dan jam pengkajian juga perlu untuk dikaji.

b) Identitas Penanggung Jawab

Identitas penanggung jawab mencakup mencakup nama, umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, alamat dan hubungan dengan klien. Hal ini menjelaskan mengenai siapa yang bertanggung jawab terhadap klien secara keseluruhan selama klien di rawat di rumah sakit.

2) Riwayat Kesehatan

a) Keluhan Utama Saat Masuk Rumah Sakit

Kronologis yang menggambarkan perilaku klien dalam mencari pertolongan. Menguraikan saat pertama kali dirasakan, tindakan yang dilakukan sampai klien datang ke rumah sakit, tindakan yang sudah dilakukan sampai klien menjalani perawatan. Keluhan yang sering terjadi pada anak dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* adalah demam, mual, muntah, malaise, anoreksia, yang diikuti nyeri perut, nyeri

kepala, nyeri otot, suara serak, batuk dan disuria (Marni, 2016).

b) Keluhan Utama

Merupakan keluhan pada saat dikaji bersifat subjektif. Pada pasien Dengue Hemoragic Fever keluhan utama biasanya muncul demam tinggi, sakit kepala, lemah, nyeri ulu ahti, mual, nafsu makan menurun, nyeri sendi. (Desmawati 2013)

c) Riwayat Kesehatan Sekarang

Merupakan pengembangan dari keluhan utama yang dirasakan klien melalui metode PQRST yaitu *Paliatif* (penyebab keluhan utama), *Qualitatif* (sampai dimana), *Region* (daerah mana saja yang dikeluhkan), *Skala* (yang dapat memperberat dari meringankan keluhan utama) dan *Time* (kapan terjadinya keluhan utama) dalam bentuk narasi. Kekurangan cairan tubuh yang diakibatkan oleh penurunan kadar trombosit hingga menimbulkan demam dan terjadinya perdarahan baik yang terlihat maupun tidak, sehingga jika keadaan tidak tertangani dan keseimbangan cairan dan elektrolit tubuh tidak terjaga, maka dapat terjadi komplikasi berupa terjadinya *Dengue Shock Syndrome* (DSS) sampai terjadinya kematian.

d) Riwayat Kesehatan Dahulu

Pada kasus ini mengkaji riwayat kesehatan masa lalu pasien apakah ia punya riwayat penyakit yang sama sebelumnya atau penyakit lain yang pernah diderita.

e) Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat adanya penyakit DHF didalam keluarga yang lain (yang tinggal di dalam suatu rumah atau beda rumah dengan jarak rumah yang berdekatan) sangat menentukan karena ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes Aegypti*.

f) Riwayat Kesehatan Lingkungan

Daerah atau tempat yang sering dijadikan tempat tinggal nyamuk ini adalah lingkungan yang kurang pencahayaan dan sinar matahari, banyak genangan air, vas bunga yang jarang diganti airnya, kaleng bekas tempat penampungan air, botol dan ban bekas. Tempat-tempat seperti ini banyak dibuat sarang nyamuk jenis ini. Perlu ditanyakan pula apakah didaerah itu ada riwayat wabah DHF karena inipun juga dapat terulang sewaktu-waktu.

3) Riwayat Kehamilan dan Persalinan

a) Prenatal

Apakah ibu klien terdapat kelainan atau keluhan yang dapat memperberat keadaan ibu dan anak saat proses kelahiran serta jumlah pemeriksaan kehamilan yang dilakukan ibu klen.

b) Intranatal

Proses persalinan ditolong oleh siapa, apakah persalinan secara normal, memerlukan bantuan alat atau operasi dan bagaimana keadaan bayi saat lahir.

c) Postnatal

Bagaimana keadaan setelah bayi lahir, apakah mendapat ASI atau PASI sesuai kebutuhan serta bagaimana reflek menghisapnya.

4) Riwayat Imunisasi

Imunisasi bersal dari kata imun, kebal, atau resisten. Anak diimunisasi berarti diberikan kekebalan terhadap suatu penyakit tertentu. Imunisasi adalah suatu upaya untuk menimbulkan/meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit. Sehingga suatu saat terpajan dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan. (Buku Ajar Imunisasi, 2014)

Tabel 2.1 Sasaran Imunisasi pada Bayi

Jenis Imunisasi	Usia Pemberian	Jumlah Pemberian dan Dosis	Cara Pemberian	Interval Minimal
Hepatitis B	0-7 hari	1 kali (0,5 ml)	IM	-
BCG	1 bulan	1 kali (0,05 ml)	IC	-
Polio/IPV	1,2,3,4 bulan	4 kali (2 tetes) / 0,5 ml	Oral / IM atau SC	4 minggu
DPT-HB-Hib	2,3,4 bulan	3 kali (0,5 ml)	IM	4 minggu
Campak	9 bulan	1 kali (0,5 ml)	SC	-

Tabel 2.2 Sasaran Imunisasi pada Anak Balita

	Usia Pemberian	Jumlah Pemberian
DPT-HB-Hib	18 bulan	1
Campak	24 bulan	1

Tabel 2.3 Sasaran Imunisasi pada Anak Sekolah Dasar

Sasaran	Jenis Imunisasi	Waktu Pemberian	Keterangan
Kelas 1 SD	Campak	Bulan Agustus	Bulan Imunisasi Anak Sekolah
Kelas 1 SD	DT	Bulan November	
Kelas 2 & 3 SD	Td	Bulan November	

5) Pola Kebiasaan Sehari-hari

a) Pola Nutrisi

Kaji kebiasaan makan dan minuman yang sering dikonsumsi sehari-hari, adakah pantangan, jumlah minuman, masakan apa saja yang dikonsumsi serta frekuensinya dalam satu hari. Pada klien DHF biasanya akan ditemukan perubahan pola makan atau nutrisi kurang dari kebutuhan.

b) Pola Eliminasi

Kaji kebiasaan BAB dan BAK, frekuensi, jumlah, konsistensi, warna dan masalah yang berhubungan dengan pola eliminasi. Biasanya akan ditemukan pola eliminasi BAB, yaitu diare atau konstipasi.

c) Pola Istirahat / Tidur

Kaji kebiasaan tidur sehari-hari, lamanya tidur siang dan malam serta masalah yang berhubungan dengan kebiasaan tidur. Akan ditemukan pola tidur akibat dari manifestasi DHF seperti nyeri otot, demam dan lain-lain.

d) Pola Personal Hygiene

Kaji kebiasaan mandi, gosok gigi, cuci rambut dan memotong kuku, mencakup frekuensi. Pada klien DHF akan dianjurkan untuk tirah baring sehingga memerlukan bantuan dalam kebersihan diri.

e) Pola Aktivitas

Kaji kebiasaan aktivitas yang dilakukan di lingkungan keluarga dan masyarakat : mandiri / tergantung. Pada klien DHF akan dianjurkan untuk tirah baring sehingga memerlukan bantuan ADL.

6) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dipergunakan untuk memperoleh data objektif dan riwayat perawatan klien. Adapun tujuan dari pemeriksaan fisik dalam keperawatan adalah untuk menentukan status kesehatan klien, mengidentifikasi kesehatan dan mengambil data dasar untuk menentukan rencana keperawatan.

a) Keadaan atau Penampilan Umum

Keadaan atau penampilan yang dilihat pada klien misalnya, lemah, sakit ringan, sakit sedang, sakit berat atau rewel.

b) Tingkat Kesadaran

Pada DHF observasi tingkat kesadaran anak dapat mengalami penurunan, kesadaran sering ditemukan mulai dari apatis, samnolen, sopor, sampai koma, dinilai

menggunakan PCS.

c) Pemeriksaan Tanda-tanda Vital

Pemeriksaan tanda-tanda vital meliputi pemeriksaan, yaitu: tekanan darah, nadi, suhu dan respirasi klien.

d) Pemeriksaan Head to Toe

(1) Kepala

Amati bentuk kepala, fontanel sudah tertutup atau belum, kebersihan kepala klien, apakah ada pembesaran kepala, dan apakah ada lesi pada kepala.

(2) Mata

Perhatikan apakah jarak mata lebar atau lebih kecil, amati kelopak mata terhadap penepatan yang tepat, periksa alis mata terhadap kesimetrisan, amati distribusi dan kondisi bulu matanya, periksa warna konjungtiva dan sklera, pupil isokor atau anisokor, lihat apakah mata tampak cekung atau tidak serta amati ukuran iris apakah ada peradangan atau tidak.

(3) Hidung

Amati ukuran dan bentuk hidung, lakukan uji indra penciuman dengan menyuruh anak menutup mata dan minta anak untuk mengidentifikasi setiap bau dengan benar, akan nampak adanya pernafasan cuping hidung, kadang terjadi sianosis pada ujung hidung, lakukan

palpasi setiap sisi hidung untuk menentukan apakah ada nyeri tekan atau tidak.

(4) Mulut

Periksa bibir terhadap warna, kesimetrisan, kelembaban, pembengkakan, lesi, periksa gusi lidah dan palatum terhadap kelembaban dan perdarahan, amati adanya bau, periksa lidah terhadap gerakan dan bentuk, periksa gigi terhadap jumlah, jenis keadaan, infeksi faring menggunakan spatel lidah dan amati kualitas suara.

(5) Telinga

Periksa penempatan dan posisi telinga, amati penonjolan telinga, periksa struktur telinga luar dan ciri-ciri yang tidak normal, periksa saluran telinga luar terhadap hygiene. Lakukan penarikan apakah ada nyeri atau tidak dilakukan palpasi pada tulang yang menonjol di belakang telinga untuk mengetahui adanya nyeri tekan atau tidak.

(6) Leher

Gerakan kepala dan leher klien dengan ROM yang penuh, periksa leher terhadap pembengkakan, lipatan kulit tambahan dan distensi vena, lakukan palpasi pada trakea dan kelenjar tiroid.

(7) Dada

Amati kesimetrisan dada terhadap retraksi atau tarikan dinding dada kedala, amati jenis pernapasan, amati gerakan pernapasn dan lama inspirasi serta ekspirasi, lakukan perkusi diatas sela iga, bergerak secara simetris atau tidak dan lakukan auskultasi lapangan paru, amati apakah ada nyeri di sekitar dada, suara nafas terdengar ronchi, kalau ada pleuritis terdengar suara gesekan pleura pada tempat lesi, kalau ada efusi pleura suara napas melemah.

(8) Abdomen

Periksa kontur ketika sedang berdiri atau berbaring terlentang, simetris atau tidak, periksa warna dan keadaan kulit abdomen, amati turgor kulit. Lakukan auskultasi terhadap bising usus serta perkusi pada semua area abdomen.

(9) Genetalia dan Anus

Periksa terhadap kemerahan dan ruam, kaji kebersihan sekitar genetalia, periksa tanda-tanda hemoroid.

(10) Punggung dan Bokong

Periksa kelainan punggung apakah terdapat skoilosis, lordosis, ataupun kifosis.

(11) Ekstremitas

Kaji bentuk kesimetrisan bawah dan atas, kelengkapan jari apakah terdapat sianosis pada ujung jari. Adanya atrofi dan hipertrofi otot, masa otot tidak simetris, tonus otot meningkat, rentang gerak terbatas, kelemahan otot, gerakan abnormal seperti tremor distonia, edema, tanda kering positif (nyeri bila kaki diangkat dan dilipat), turgor kulit tidak cepat kembali setelah dicubit kulit kering dan pucat, amati apakah ada clubbing finger.

7) Data Psikologis

Mengkaji data psikologis klien dapat mempermudah dalam menyusun intervensi, diantaranya sebagai berikut :

a) Data Psikologis Klien

Pada saat melakukan pengkajian terhadap klien, respon klien dapat menunjukkan gelisah, tampak tenang ataupun menangis.

b) Data Psikologis Keluarga

Psikologis keluarga juga mempengaruhi dalam proses penyembuhan klien, keluarga klien dapat menunjukkan respon percaya terhadap perawatan yang diberikan, tampak tenang ataupun sebaliknya.

c) Data Sosial

Klien lebih banyak diam, tidak suka bermain, ketakutan terhadap orang lain meningkat.

d) Data Spritual

Menyangkut agama serta aktifitas spiritual, dan juga menyangkut keyakinan, penolakan, atau penerimaan terhadap tindakan medis. Misalnya agama dan kepercayaan tertentu yang melarang dengan keras penganutnya untuk melakukan transfusi darah.

e) Data Hospitalisasi

Anak-anak yang dirawat di rumah sakit sering merasa asing dengan lingkungan baru yang ia tempati, ia sering merasa takut ketika dilakukan pemeriksaan dan aktivitasnya yang terbatas.

8) Data Penunjang

Pada penderita DHF perlu dilakukan pemeriksaan penunjang meliputi:

a) Darah rutin meliputi Hemoglobin, Hematokrit, Leukosit dan Trombosit.

b) Pemeriksaan urine meliputi ureum, kreatinin untuk mengetahui fungsi ginjal.

c) Pemeriksaan radiologi (rontgen) disesuaikan dengan klinis penderita.

2.3.2 Analisa Data

Analisa data adalah pengelompokan data-data klien atau keadaan tertentu dimana klien mengalami permasalahan kesehatan atau keperawatan berdasarkan kriteria permasalahannya (Rohman, Nikmatur & Walid Saiful, 2009).

2.3.3 Diagnosa Keperawatan

Rumusan diagnosa keperawatan didapatkan setelah dilakukan analisa masalah sebagai hasil dari pengkajian kemudian dari etiologi permasalahan sebagai penyebab timbulnya masalah keperawatan tersebut. Perumusan diagnosa keperawatan di sesuaikan dengan sifat masalah keperawatan yang ada, apakah bersifat aktual, potensial, maupun resiko. Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien dengan gangguan sistem hematologi DHF menurut (Nurarif, 2015) adalah :

1. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan jalan nafas terganggu akibat spasme otot-otot pernapasan, nyeri, hipoventilasi.
2. Hipertermia berhubungan dengan proses infeksi virus dengue.
3. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan kebocoran plasma darah.
4. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (penekanan intra abdomen).
5. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan pindahnya cairan intravaskuler ke ekstrasvaskuler .

6. Resiko syok (hipovolemik) berhubungan dengan perdarahan yang berlebihan, pindahnya cairan intravaskuler ke ekstrasvaskuler.
7. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi yang tidak adekuat akibat mual dan nafsu makan yang menurun.
8. Resiko perdarahan berhubungan dengan penurunan faktorfaktor pembekuan darah (trombositopeni).

2.3.4 Perencanaan

Berdasarkan diagnosa keperawatan diatas dapat ditetapkan tujuan, intervensi menurut (Nic Noc, 2015) dan rasionalnya menurut (Dongoes, 2012) sebagai berikut :

1. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan jalan nafas terganggu akibat spasme otot-otot pernapasan, nyeri, hipoventilasi.

Tabel 2.4 Rencana tindakan keperawatan pada Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan jalan nafas terganggu akibat spasme otot-otot pernapasan, nyeri, hipoventilasi

Tujuan NOC	Intervensi NIC	Rasional
Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama...pasien menunjukkan keefektifan pola nafas, dibuktikan dengan kriteria hasil : 1) Mendemostrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan sypsu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas	1) Posisikan pasien 2) Lakukan fisio terapi dada jika perlu 3) Keluarkan sekret dengan batuk atau suction 4) Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan	1) Posisi memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernafasan 2) Mengeluarkan sekret pada jalan nafas 3) Membersihkan jalan nafas 4) Perubahan bunyi nafas menunjukkan obstruksi sekunder

<p>dengan mudah, tidak ada porsed lips)</p> <p>2) Menunjukkan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal)</p> <p>3) Tanda tanda vital daam rentang normal (tekanan darah, nadi, pernafasan)</p>	<p>5) Berikan bronkodilator</p> <p>6) Berikan pelembab udara, kassa basah Nacl lembab</p> <p>7) Atur intake untuk cairan untuk mengoptimalkan keseimbangan</p> <p>8) Monitor respirasi dan status O₂</p> <p>9) Bersihkan mulut, hidung dan sekret trakea</p> <p>10) Pertahankan jalan nafas yang paten</p> <p>11) Observasi adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi</p> <p>12) Monitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi</p> <p>13) Monitor vital sign</p> <p>14) Lakukan teknik relaksasi untuk memperbaiki pola napas</p> <p>15) Ajarkan bagaimana batuk efektif</p> <p>16) Monitor pola napas komplikasi</p>	<p>5) Membantu pengenceran secret</p> <p>6) Memberikan kelembapan pada membran mukosa dan membantu pengenceran secret</p> <p>7) Mengoptimalkan keseimbangan cairan untuk mencegah komplikasi lanjutan</p> <p>8) Mengetahui perkembangan status kesehatan pasien</p> <p>9) Menjaga keadekuatan ventilasi</p> <p>10) Menjaga nafas agar tetap adekuat</p> <p>11) Mengetahui perkembangan status kesehatan pasien dan mencegah komplikasi lanjutan</p> <p>12) Kecemasan meningkatkan frekuensi respirasi</p> <p>13) Mengetahui keadaan umum</p> <p>14) Memperbaiki pola nafas</p> <p>15) Mengeluarkan sekret pada jalan nafas</p> <p>16) Memonitor keadaan pernapasan</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2. Hipertermia berhubungan dengan proses infeksi virus dengue

Tabel 2.5 Rencana tindakan keperawatan pada Hipertermia berhubungan dengan proses infeksi virus dengue

Tujuan NOC	Intervensi NIC	Rasional
<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama... hipertermia dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>1) Suhu tubuh dalam rentang normal</p>	<p>1) Observasi TTV: suhu, nadi, respirasi dan tekanan darah</p> <p>2) Anjurkan klien banyak minum \pm 1-1,5 liter/hari</p> <p>3) Kolaborasi dengan dokter dalam</p>	<p>1) TTV merupakan acuan untuk mengetahui keadaan pasien</p> <p>2) Peningkatan suhu tubuh mengakibatkan penguapan tubuh</p>

2) Nadi dan RR dalam rentang normal 3) Tidak ada perubahan warna kulit dan tidak ada pusing	pemberian obat antipiretik 4) Berikan pendingin eksternal (kompres dingin) 5) Anjurkan klien menggunakan pakaian yang tipis dan menyerap keringat 6) Hentikan aktivitas fisik 7) Berikan cairan IV 8) Berikan obat anti mengigil sesuai kebutuhan 9) Monitor WBC, Hb, dan Hct	3) Antipiretik berfungsi untuk menurunkan suhu tubuh 4) Kompres air dingin dapat membantu mengurangi peningkatan suhu tubuh 5) Proses hialngnya keringat akan terhalangi oleh pakian tebal dan tidak menyerap keringat 6) Aktifitas fisik dapat meningkatkan suhu tubuh 7) Pemberian cairan sangat penting bagi klien dengan suhu tubuh tinggi 8) Untuk mengurangi pasien mengalami mengigil 9) Sebagai tolak ukur keadaan pasien
------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan kebcoran plasma darah

Tabel 2.6 Rencana tindakan keperawatan pada Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Perifer berhubungan dengan kebcoran plasma darah

Tujuan NOC	Intervensi NIC	Rasional
Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama...pasien mengalami keefektifan perfusi jaringan dengan kriteria hasil : 1) Mendemostrasikan status sirkulasi di tandai dengan : Tekanan systol dan diastol dalam rentang yang diharapkan. Tidak ada ortostatik	1) Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam /tumpul 2) Monitor adanya paretese 3) Intruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada isi atau laserasi 4) Gunakan sarung tangan untuk proteksi	1) Untuk mengetahui tanda-tanda perdarahan 2) Untuk mengathui fungsi jaringan 3) Untuk mengetahui secara dini masalah yang terjadi 4) Sebagai alat pelindung diri dari penyakit menular

<p>hipertensi. Tidak ada tanda-tanda peningkatan intracranial</p> <p>2) Mendemostrasikan kemampuan kognitif yang ditandai dengan: Berkomunikasi dengan jelas dan sesuai kemampuan Menunjukkan perhatian, konsentrasi dan orientasi. Memproses informasi. Membuat keputusan dengan benar.</p> <p>3) Menunjukkan fungsi sensori motori cranial yang utuh : tingkat kesadaran membaik, tidak ada gerakan involunter</p>	<p>5) Batasi gerakan pada kepala, leher, dan punggung</p> <p>6) Monitor kemampuan BAB</p> <p>7) Kolaborasi pemberian analgetik</p> <p>8) Monitor adanya tromboplebitis</p> <p>9) Diskusikan mengenai penyebab perubahan sensasi</p>	<p>5) Untuk memperkecil resiko perdarahan</p> <p>6) Untuk mengetahui kemampuan mengedan klien dan mencegah perdarahan</p> <p>7) Mengurangi rasa nyeri pasien</p> <p>8) Untuk mengurangi resiko perdaraha</p> <p>9) Untuk mengetahui keadaan umum klien</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (penekanan intra abdomen)

Tabel 2.7 Rencana keperawatan pada Nyeri Akut berhubungan dengan agen cedera biologis (penekanan intra abdomen)

Tujuan NOC	Intervensi NIC	Rasional
<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama... nyeri akut dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>1) Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri mencari bantuan)</p> <p>2) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</p> <p>3) Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas,</p>	<p>1) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi</p>	<p>1) Nyeri merupakan pengalaman subjektif dan harus dijelaskan oleh pasien. Identifikasi karakteristik nyeri dan faktor yang berhubungan merupakan suatu hal yang sangat penting untuk memilih intervensi yang cocok dan untuk mengevaluasi keefektifan dari</p>

<p>frekuensi dan tanda nyeri)</p> <p>4) Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</p> <p>5) Tanda vital dalam rentang normal</p> <p>6) Tidak mengalami gangguan tidur</p>	<p>2) Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan</p> <p>3) Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan</p> <p>4) Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</p> <p>5) Kurangi faktor presipitasi nyeri</p> <p>6) Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi</p> <p>7) Ajarkan tentang teknik non farmakologi: napas dalam, relaksasi, distraksi, kompres hangat/ dingin</p> <p>8) Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri</p> <p>9) Tingkatkan istirahat</p>	<p>terapi yang diberikan</p> <p>2) Merupakan indikator derajat nyeri yang tidak langsung dialami. Sakit kepala mungkin bersifat akut atau kronis, jadi manifestasi fisiologis bisa muncul/ tidak</p> <p>3) Dukungan keluarga bisa meningkatkan kenyamanan pasien</p> <p>4) Lingkungan bisa menjadi pemicu meningkatnya derajat nyeri</p> <p>5) Dengan mengurangi faktor pemicu nyeri diharapkan terjadi kenyamanan pasien</p> <p>6) Suatu hal yang sangat penting untuk memilih intervensi yang cocok dan untuk mengevaluasi keefektifan dari terapi yang diberikan</p> <p>7) Membantu pasien untuk mengurangi nyeri secara mandiri</p> <p>8) Menurunkan nyeri dan meningkatkan kenyamanan</p> <p>9) Membantu pasien untuk istirahat lebih efektif</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>10) Berikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan dari prosedur</p> <p>11) Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali</p>	<p>10) Mengurangi kecemasan pasien</p> <p>11) Tanda vital merupakan kompensasi tubuh bila ada masalah</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------

5. Kekurangan Volume Cairan berhubungan dengan pindahnya cairan intravaskuler ke ekstrasvaskuler

Tabel 2.8 Rencana keperawatan pada Kekurangan Volume Cairan berhubungan dengan pindahnya cairan intravaskuler ke ekstrasvaskuler

Tujuan NOC	Intervensi NIC	Rasional
<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama...jam diharapkan masalah defisiensi volume cairan klien dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>1) Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB</p> <p>2) Tidak ada tanda tanda dehidrasi, elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan</p>	<p>1) Observasi tanda-tanda vital</p> <p>2) Kaji frekuensi, karakter feses dan pertahankan catatan intake dan output yang akurat</p> <p>3) Monitor status hydrasi (kelembabpan membran mukosa, nadi adekuat, turgor kulit) jika diperlukan, monitor vital sign</p> <p>4) Berikan cairan IV kristaloid atau koloid sesuai kebutuhan</p> <p>5) Pelihara IV line</p>	<p>1) Untuk mengetahui keadaan tubuh secara dini</p> <p>2) Memberikan informasi tentang keseimbangan cairan</p> <p>3) Untuk mengetahui keadaan dehidrasi</p> <p>4) Untuk mengganti cairan yang hilang dan mempertahankan volume sirkulasi serta tekanan osmotik</p> <p>5) Untuk merawat pemberian cairan infus dan tetesan infus</p>

	6) Dorong masukan oral	6) Mengetahui pemasukan nutrisi pada pasien
	7) Berikan penggantian nasogastrik sesuai output	7) Memenuhi status cairan dan nutrisi pasien dapat meningkatkan proses penyembuhan
	8) Monitor status cairan termasuk intake dan output cairan	8) Mengetahui pemasukan dan pengeluaran cairan pasien
	9) Monitor tandatanda vital	9) Hipotensi (termasuk postural, takhikardi, demam dapat menunjukkan respon terhadap dan/atau efek kehilangan cairan
	10) Kaji berat badan	10) Indikator cairan dan status nutrisi

6. Resiko Syok (hipovolemik) berhubungan dengan perdarahan yang berlebihan, pindahnya cairan intravaskuler ke ekstrasvaskuler.

Tabel 2.9 Rencana keperawatan pada Resiko Syok (hipovolemik)

berhubungan dengan perdarahan yang berlebihan, pindahnya cairan intravaskuler ke ekstrasvaskuler.

Tujuan NOC	Intervensi NIC	Rasional
Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama... diharapkan masalah resiko syok (hipovolemik) klien dapat tertasi dengan kriteria hasil:	1) Monitor status sirkulasi BP, warna kulit, suhu kulit, denyut jantung, HR, dan ritme nadi perifer dan cafilari refil	1) Menegetahui aliran darah yang mengalir pada darah
1) Nadi dalam batas yang diharapkan	2) Monitor suhu dan pernafasan	2) Hipotensi (termasuk postural), takikardia, demam dapat menunjukkan respon terhadap dan /atau efek kehilangan cairan
2) Irama jantung dalam batas yang diharapkan	3) Monitor tanda awal syok	3) Mengetahui pemasukan dan pengeluaran
3) Frekuensi nafas jantung dalam batas yang diharapkan	4) Monitor input dan output	4) Untuk mencegah dan mengantisipasi komplikasi
4) Natrium serum dalam batas normal	5) Monitor inadkuat oksigenasi jaringan	5) Mengetahui kelancaran sirkulasi
5) Kalium serum dalam batas normal		
6) Klorida serum dalam batas normal		
7) Kalsium serum dalam batas normal		

8) PH darah serum dalam batas normal	6) Lihat dan pelihara kepatenan jalan nafas	6) Untuk menghindari syok
9) Mata cekung tidak ditemukan	7) Monitor tekanan nadi	7) Hipotensi (termasuk postural), thakikardia, demam dapat menunjukkan respon terhadap dan /atau efek kehilangan cairan
10) Demam tidak ditemukan		8) Mengetahui kebutuhan status cairan
11) TD dalam batas normal	8) Monitor status cairan, input dan output	9) Mengetahui keadaan neurologis
12) Ht dalam batas normal	9) Monitor fungsi neurologis	10) Mengetahui fungsi renal
	10) Monitor fungsi renal	11) Untuk mencegah komplikasi
	11) Memonitor gejala gagal pernafasan (misalnya rendah PaO2 peningkatan PaO2 tingkat kelelahan otot pernafasan)	

7. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi yang tidak adekuat akibat mual dan nafsu makan yang menurun.

Tabel 2.10 Rencana keperawatan pada Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi yang tidak adekuat akibat mual dan nafsu makan yang menurun.

Tujuan NOC	Intervensi NIC	Rasional
Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama...diharapkan masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan klien dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1) Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan 2) Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan	1) Kaji adanya alergi makanan 2) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien 3) Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi	1) Mengetahui faktor penyebab ketidakseimbangan nutrisi 2) Memperbaiki status nutrisi pasien 3) Memungkinkan saluran usus untuk mematkan kembali proses pencernaan, protein perlu untuk menyembuhkan integritas jaringan

3) Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi	4) Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori	4) Mengetahui pemasukan dan pengeluaran nutrisi pasien
4) Tidak ada tanda-tanda malnutrisi	5) Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi	5) Mengetahui pentingnya nutrisi bagi proses penyembuhan
5) Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dan menelan	6) Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan	6) Mengetahui keinginan pasien terhadap nutrisi
6) Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti	7) Berat badan pasien dalam batas normal	7) Memberikan rasa control
	8) Monitor adanya penurunan BB	8) Mengetahui perubahan BB
	9) Monitor jumlah dan aktifitas yang bisa dilakukan	9) Melibatkan pasien dalam pemilihan menu
	10) Monitor turgor kulit	10) Mengetahui pemenuhan nutrisi
	11) Monitor mual dan muntah	11) Mengetahui jumlah nutrisi yang masuk dan keluar
	12) Monitor pucat, kemerahan, kekeringan jarifan konjungtiva	12) Mengetahui kekurangan kebutuhan nutrisi pasien
	13) Monitor kalori dan intake nutrisi	13) Mengetahui status nutrisi pasien

8. Resiko perdarahan berhubungan dengan penurunan factor-faktor pembekuan darah (trombositopeni)

Tabel 2.11 Rencana tindakan keperawatan pada Resiko perdarahan berhubungan dengan penurunan faktor-faktor pembekuan darah (trombositopeni)

Tujuan NOC	Intervensi NIC	Rasional
Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama...diharapkan masalah resiko pendarahan dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1) Tidak ada hematuria dan hematemesis 2) Kehilangan darah yang terlihat	1) Monitor ketat tanda-tanda perdarahan 2) Catat nilai Hb dan Ht sebelum dan sesudah terjadinya perdarahan 3) Monitor nilai lab (koagulasi) yang meliputi PT, PTT, trombosit	1) Untuk mencegah perdarahan lebih lanjut 2) Untuk mengetahui kadar Hb dan Ht pasien dalam keadaan normal 3) Penurunan trombosit merupakan tanda adanya kebocoran pembuluh darah yang pada tahap tertentu dapat menimbulkan

3) Tekanan darah dalam batas normal sistol dan diastole		tanda-tanda klinis seperti epistaksis, ptike.
4) Tidak ada perdarahan pervagina	4) Monitor TTV ortostatik	4) TTV merupakan gambaran umum keadaan pasien
5) Tidak ada distensi abdominal	5) Pertahankan bedrest selama perdarahan aktif	5) Mengurangi resiko terjadinya perdarahan
6) Hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal	6) Kolaborasi dalam pemberian produk darah (platelet atau fresh frozen plasma)	6) Untuk mempertahankan kadar normal darah di dalam tubuh
7) Plasma PT dan PTT dalam batas normal	7) Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan	7) Mengurangi resiko perdarahan
	8) Hindari mengukur suhu lewat rectal	8) Untuk mencegah terjadinya perdarahan pada saat pengukuran
	9) Hindari pemberian aspirin dan antikoagulan	9) Mencegah perdarahan
	10) Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vit K	10) Vit K dapat membantu mengurangi perdarahan
	11) Hindari terjadinya konstipasi dengan menganjurkan untuk mempertahankan intake cairan yang adekuat dan pelembut feses	11) Konstipasi dapat memicu perdarahan lewat feses

2.3.5 Implementasi

Merupakan pelaksanaan perencanaan keperawatan oleh perawat dan klien. Hal-hal yang harus diperhatikan ketika melakukan implementasi adalah intervensi dilakukan sesuai dengan rencana setelah dilakukan validasi, penguasaan keterampilan interpersonal, intelektual, dan tekhnikal. Intervensi harus dilakukan dengan cermat dan efisien pada situasi yang tepat. Implementasi yang dilakukan pada pasien DHF yaitu ada 3 tahap yaitu:

- a. Perawatan pasien dengan DHF harus di laksanakan dirumah sakit karena kompleksitas permasalahan serta perlunya tindakan medis khususnya dalam pemberian cairan.
- b. Diet
Diet diberikan sesuai dengan keadaan penderita dan adanya keluhan mual, muntah dan anorexia.
- c. Obat
 - 1) Pemberian Vitamin dan suplemen.
 - 2) Antibiotik untuk mencegah infeksi.

2.3.6 Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Rohmah, 2012). Untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan klien digunakan komponen SOAP / SOAPIE / SOAPIER. Penggunaannya tergantung dari kebijakan setempat. Menurut Rohmah (2012) pengertian SOAPIER sebagai berikut:

- a. S : Data Subjektif

Perawat menuliskan keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

b. O : Data Objektif

Data objektif adalah data berdasarkan hasil pengukuran atau observasi secara langsung kepada klien, dan yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

c. A : Analisis

Interpretasi dari data subjektif dan data objektif. Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosa keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah/diagnosis baru yang terjadi akibat perubahanstatus kesehatan klien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif

d. P : Planning

Perencanaan keperawatan yang dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya. Tindakan yang telah menunjukkan hasil yang memuaskan dan tidak memerlukan tindakan ulang pada umumnya dihentikan.

Tindakan yang perlu dimodifikasi adalah tindakan yang dirasa dapat membantu menyelesaikan masalah klien, tetapi perlu ditingkatkan kualitasnya atau mempunyai alternatif pilihan yang lain yang diduga dapat membantu mempercepat proses penyembuhan. Sedangkan, rencana tindakan yang baru atau sebelumnya tidak ada maka, dapat ditentukan bila timbul masalah baru atau rencana tindakan yang sudah tidak kompeten lagi untuk menyelesaikan masalah yang ada.

e. I : Implementasi

Implementasi adalah tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan instruksi yang telah diidentifikasi dalam komponen P (perencanaan), sertakan tanggal dan jam pelaksanaan.

f. Evaluasi

Evaluasi adalah respon klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

g. R : *Reassessment* adalah pengkajian ulang yang dilakukan terhadap perencanaan setelah diketahui hasil evaluasi, apakah dari rencana tindakan perlu dilanjutkan, dimodifikasi atau dihentikan.

2.4 Konsep Kompres Hangat Pada Hipertermi

2.4.1. Defenisi Hipertermi

Hipertermi adalah peningkatan suhu tubuh yang berhubungan dengan ketidakmampuan tubuh untuk menghilangkan panas ataupun mengurangi produksi panas. Selain adanya tanda klinis, penentuan hipertermi juga didasarkan pada pembacaan suhu pada waktu yang berbeda dalam satu hari dan dibandingkan dengan nilai normal individu tersebut (Potter & Perry, 2010).

Zat yang menyebabkan hipertermi adalah pirogen. Ada 2 jenis pirogen yaitu pirogen eksogen dan endogen. Pirogen eksogen berasal dari luar tubuh dan berkemampuan untuk merangsang interleukin-1. Sedangkan pirogen endogen berasal dari dalam tubuh dan memiliki

kemampuan untuk merangsang hipertermi dengan mempengaruhi kerja pusat pengaturan suhu di hipotalamus.

2.4.2. Metode Kompres Hangat

Kompres hangat merupakan metode untuk menurunkan suhu tubuh, pemberian kompres hangat pada daerah axila (ketiak) lebih efektif karena terdapat banyak pembuluh darah besar dan banyak kelenjar keringat apokrin yang mempunyai banyak vaskuler sehingga memperluas daerah yang mengalami vasodilatasi yang memungkinkan percepatan perpindahan panas dari dalam tubuh ke kulit hingga delapan kali lipat lebih banyak. Lingkungan luar yang hangat membuat tubuh menginpestrasikan bahwa suhu diluar cukup panas sehingga akan menurunkan kontrol pengatur suhu tubuh lagi, juga akan membuat pori-pori kulit terbuka sehingga mempermudah pengeluaran panas dari tubuh.

Kompres hangat adalah melapisi permukaan kulit dengan handuk yang telah dibasahi air hangat dengan temperatur maksimal 43°C. Lokasi kulit tempat mengompres di wajah, leher, ketiak dan tangan. Kompres hangat pada kulit dapat menghambat shivering dan dampak metabolik yang ditimbulkannya. Selain itu, kompres hangat juga menginduksi vasodilatasi perifer, sehingga meningkatkan pengeluaran panas tubuh. Penelitian menunjukkan bahwa pemberian terapi hipertermi kombinasi antara anti piretik dan kompres hangat lebih efektif di

bandingkan antipiretik saja, selain itu juga mengurangi rasa tidak nyaman akibat gejala hipertermi yang dirasakan. Pemakaian anti piretik dan kompres hangat memiliki proses yang tidak berlawanan dalam menurunkan temperatur tubuh. Oleh karena itu pemakaian kombinasi keduanya dianjurkan untuk tatalaksana hipertermi. (Susanti, 2012)

Pemberian kompres hangat efektif dan mudah diterapkan untuk menangani hipertermi, jangan berikan kompres dingin karena menyebabkan keadaan menggigil dan meningkatkan kembali suhu inti (Kaneshiro & Zieve, 2010).