

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An.W DENGAN DIAGNOSA
MEDIS DHF (*DENGUE HAEMORAGIC FEVER*) GRADE 3 DI
RUANG ASOKA RSUD BANGIL
PASURUAN**



Oleh:

FIRDA LAILATUS SOLICHAH

NIM. 1601008

**PROGRAM DIII KEPERAWATAN
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA
SIDOARJO
2019**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An.W DENGAN DIAGNOSA
MEDIS DHF (*DENGUE HAEMORAGIC FEVER*) GRADE 3
DI RUANG ASOKA RSUD BANGIL
PASURUAN**

**Sebagai Persyaratan untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan
(Amd.Kep) Di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo**



Oleh:

FIRDA LAILATUS SOLICHAH

NIM. 1601008

**PROGRAM DIII KEPERAWATAN
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA
SIDOARJO
2019**

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Firda Lailatus Solichah

NIM : 1601008

Tempat, Tanggal Lahir : Sidoarjo, 20 Oktober 1997

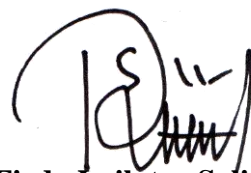
Institusi : Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah berjudul: **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. W DENGAN DIAGNOSA MEDIS DENGUE HAEMORAGIC FEVER GRADE 3 DI RUANG ASHOKA RSUD BANGIL – PASURUAN”** adalah bukan Karya Tulis Ilmiah orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila pernyataan ini tidak benar, saya bersedia mendapat sanksi.

Sidoarjo, 18 Mei 2019

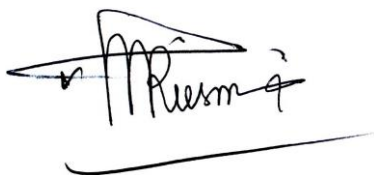
Yang Menyatakan,



Firda Lailatus Solichah

Mengetahui,

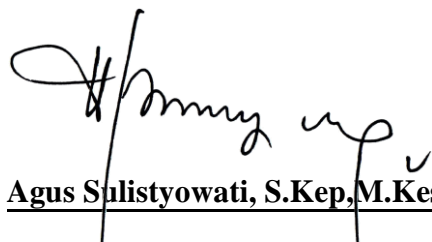
Pembimbing 1



Riesmiyatiningdyah, S.Kep.Ns., M.Kes

NIDN.0725027901

Pembimbing 2



Agus Sulistyowati, S.Kep,M.Kes

NIDN. 0703087801

LEMBAR PERSETUJUAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Firda Lailatus Solichah
Judul : Asuhan Keperawatan Pada An.W Dengan Diagnosa Medis Dengue
Haemorigic Fever Grade 3 Di Ruang Ashoka RSUD Bangil-
Pasuruan

Telah disetujui untuk diujikan dihadapan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah pada
tanggal :24 Juni 2019

Oleh :

Pembimbing 1



Riesmiyatiningdyah, S.Kep.Ns., M.Kes

NIDN.0725027901

Pembimbing 2



Agus Sulistyowati, S.Kep,M.Kes

NIDN. 0703087801

Mengetahui,

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo



Agus Sulistyowati, S.Kep,M.Kes

NIDN. 0703087801

HALAMAN PENGESAHAN

Telah diuji dan disetujui oleh Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah pada sidang di program D3 Keperawatan di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo

Tanggal : 24 Juni 2019

TIM PENGUJI

Tanda Tangan


Ketua : Ns. Faida Annisa, S.Kep.MNS

()

Anggota : 1. Agus Sulistyowati, S.Kep.,M.Kes

()

2. Riesmiyatiningdyah, S.Kep, Ns.,M.Kes

()

Mengetahui,

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo



Agus Sulistyowati, S.Kep.,M.Kes

NIDN. 0703087801

MOTTO

“KURANGNYA KEMAMPUAN
BUKAN ALASAN UNTUK
KEBERHASILAN.

KESUNGGUHAN PENUH
SEMANGAT, KEULETAN
SERTA KERJA KERAS
ADALAH MODAL MENUJU
KEBERHASILAN”

LEMBAR PERSEMBAHAN

Dengan segala puja dan puji syukur kepada Tuhan yang Maha Esa dan atas dukungan dan do'a dari orang-orang tercinta, akhirnya skripsi ini dapat dirampungkan dengan baik dan tepat pada waktunya. Oleh karena itu, dengan rasa bangga dan bahagia saya khaturkan rasa syukur dan terimakasih saya kepada:

Tuhan YME, karena hanya atas izin dan karuniaNya maka skripsi ini dapat dibuat dan selesai pada waktunya. Puji syukur yang tak terhingga pada Tuhan penguasa alam yang meridhoi dan mengabulkan segala do'a.

Bapak dan Ibu saya, yang telah memberikan dukungan moril maupun materi serta do'a yang tiada henti untuk kesuksesan saya, karena tiada kata seindah lantunan do'a dan tiada do'a yang paling khusuk selain do'a yang terucap dari orang tua. Ucapan terimakasih saja takkan pernah cukup untuk membalas kebaikan orang tua, karena itu terimalah persembaha bakti dan cinta ku untuk kalian bapak ibuku.

Bapak dan Ibu Dosen pembimbing, penguji dan pengajar, yang selama ini telah tulus dan ikhlas meluangkan waktunya untuk menuntun dan mengarahkan saya, memberikan bimbingan dan pelajaran yang tiada ternilai harganya, agar saya menjadi lebih baik. Terimakasih banyak Bapak dan Ibu dosen, jasa kalian akan selalu terpatri di hati.

Terimakasih yang sebesar-besarnya untuk teman-temanku (Debi Eka Novia Putri, Enggar Dwi Anggraini, Intan Berliani, Linda Puji Astutik, dan Novi Dwi Lestari) yang selalu memberi semangat untuk menyelesaikan tugas akhir ini. Dan semoga skripsi ini dapat bermanfaat dan berguna untuk kemajuan ilmu pengetahuan di masa yang akan datang. Aamiinn

KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah kami panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, taufik serta hidayah-Nya, sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada An.W Dengue Haemorrhagic Fever Grade 3 Di Ruang ASHOKA RSUD Bangil – Pasuruan”** ini dengan tepat waktu sebagai persyaratan akademik dalam menyelesaikan Program D3 Keperawatan di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari bantuan dan bimbingan berbagai pihak, untuk itu kami mengucapkan banyak terima kasih kepada :

1. Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan kemudahan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini,
2. Orang Tua yang selalu memberi dukungan dan mendoakan sehingga semua bisa berjalan dengan lancar.
3. Ibu Agus Sulistyowati, S.Kep., M.Kes selaku Direktur Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo dan pembimbing 2.
4. Ibu Riesmiyatiningdyah, S.Kep.Ns., M.Kes selaku pembimbing 1 pembuatan Karya Tulis Ilmiah yang telah meluangkan waktu dalam memberikan bimbingan kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Hj. Muniroh Mursan, Lc selaku petugas perpustakaan yang telah membantu dalam kelengkapan literature yang dibutuhkan
6. Responden
7. Pihak-pihak yang turut berjasa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang tidak bisa disebutkan satu persatu.

Penulis sadar bahwa Karya Tulis Ilmiah ini belum mencapai kesempurnaan, sebagai bekal perbaikan, penulis akan berterima kasih apabila pembaca berkenan memberikan masukan, baik dalam bentuk kritikan maupun saran demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis berharap Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Sidoarjo, 18 Mei 2019

Penulis

DAFTAR ISI

Sampul Depan	i
Lembar Judul	ii
Lembar Pernyataan.....	iii
Lembar Persetujuan	iv
Halaman Pengesahan.....	v
Motto	vi
Lembar Persembahan	vii
Kata Pengantar	viii
Daftar Isi.....	x
Daftar Tabel	xiii
Daftar Gambar	xv
Daftar Lampiran.....	xvi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian.....	3
1.3.1 Tujuan Umum.....	3
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat.....	4
1.5 Metode Penulisan	5
1.5.1 Metode	5
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data.....	5
1.5.3 Sumber Data.....	5
1.5.4 Studi Kepustakaan.....	6
1.6 Sistematika Penulisan Metode.....	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Konsep Dasar Penyakit.....	7
2.1.1 Pengertian	7
2.1.2 Etiologi	7
2.1.3 Manifestasi Klinik	8
2.1.4 Diagnosa Banding	9
2.1.5 Klasifikasi	10
2.1.6 Komplikasi.....	11
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang	11
2.1.8 Pencegahan	12
2.1.9 Penatalaksanaan	13

2.2 Konsep Anak	14
2.2.1 Pengertian	14
2.2.2 Konsep Pertumbuhan dan Perkembangan	14
2.2.3 Tahap-tahap Tumbuh Kembang Anak	14
2.2.4 Perkembangan Sosial Anak	26
2.2.5 Perkembangan Psikoseksual Anak	27
2.2.6 Perkembangan Psikososial Anak	29
2.2.7 Perkembangan Moral Anak	32
2.2.8 Perkembangan Kognitif Anak	33
2.3 Konsep Hospitalisasi	34
2.3.1 Pengertian	34
2.3.2 Dampak Hospitalisasi	34
2.3.3 Cemas Akibat Perpisahan	35
2.3.4 Kehilangan Kendali	35
2.3.5 Karakteristik Perkembangan Respon Anak Terhadap Nyeri	36
2.3.6 Efek Hospitalisasi Pada Anak	37
2.3.7 Reaksi Orang Tua Terhadap Hospitalisasi	38
2.3.8 Konsep Solusi	38
2.4 Konsep Asuhan Keperawatan	39
2.4.1 Pengkajian	39
2.4.2 Analisa Data	44
2.4.3 Diagnosa Keperawatan	44
2.4.4 Perencanaan	45
2.4.5 Pelaksanaan	53
2.4.6 Evaluasi	54
2.5 Kerangka Masalah	55
BAB 3 TINJAUAN KASUS	56
3.1 Pengkajian	56
3.1.1 Identitas	56
3.1.2 Riwayat Keperawatan	56
3.1.3 Riwayat Persalinan	57
3.1.4 Riwayat Imunisasi	58
3.1.5 Riwayat Kesehatan Keluarga	58
3.1.6 Riwayat Tumbuh Kembang	59
3.1.7 Genogram	60
3.1.8 Riwayat Nutrisi	61
3.1.9 Riwayat Psikososial	62
3.1.10 Observasi dan Pengkajian Fisik	63

3.1.11 Sistem Endokrin.....	66
3.1.12 Pemeriksaan Diasnotik	66
3.1.13 Terapi Tanggal 15 Maret 2019	67
3.2 Diagnosa Keperawatan	68
3.2.1 Daftar Masalah Keperawatan	70
3.2.2 Daftar Diagnosa Keperawatan	70
3.3 Intervensi Keperawatan	71
3.4 Implementasi.....	74
3.5 Catatan Perkembangan.....	76
3.6 Evaluasi Keperawatan.....	79
BAB 4 PEMBAHASAN	81
4.1 Pengkajian	81
4.2 Diagnosa Keperawatan	88
4.3 Perencanaan	90
4.4 Implementasi.....	91
4.5 Evaluasi	92
BAB 5 PENUTUP.....	93
5.1 Simpulan	93
5.2 Saran.....	96
5.3 Daftar Pustaka	97

DAFTAR TABEL

No Tabel	Judul Tabel	Halaman
Tabel 2.1	Perkembangan Anak Usia 13-24 Bulan	15
Tabel 2.2	Perkembangan Anak Usia 25-36 Bulan	17
Tabel 2.3	Perkembangan Anak Usia 36-48 Bulan	18
Tabel 2.4	Perkembangan Anak Usia 49-60 Bulan	19
Tabel 2.5	Perkembangan Anak Usia 61-72 Bulan	20
Tabel 2.6	Intervensi keperawatan Peningkatan suhu tubuh (hipertermia) berhubungan dengan proses infeksi virus dengue... ..	45
Tabel 2.7	Intervensi keperawatan Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi yang tidak adekuat akibat mual muntah.....	47
Tabel 2.8	Intervensi keperawatan Resiko perdarahan berhubungan dengan penurunan faktor-faktor pembekuan darah	48
Tabel 2.9	Intervensi keperawatan Defisiensi volume cairan berhubungan dengan dehidrasi karena peningkatan suhu tubuh.....	49
Tabel 2.10	Intervensi keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan kehilangan fungsi trombosit agregasi	50
Tabel 2.11	Intervensi keperawatan Resiko syok(hipovolemik) berhubungan dengan perdarahan berlebih.....	51
Tabel 2.12	Intervensi keperawatan Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurangnya sumber informasi	52
Tabel 2.13	Intervensi keperawatan Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi.....	52
Tabel 3.1	Analisa Data	67
Tabel 3.2	Intervensi Keperawatan.....	70

Tabel 3.3	Implementasi Keperawatan.....	73
Tabel 3.4	Catatan Perkembangan.....	75
Tabel 3.5	Evaluasi Keperawatan	78

DAFTAR GAMBAR

No Gambar	Judul Gambar	Hal
Gambar 2.1	Kerangka Masalah.....	55
Gambar 3.4	Genogram 3 generasi	60

DAFTAR LAMPIRAN

No Lampiran	Judul Lampiran	Hal
Lampiran 1	Surat Ijin Pengambilan Studi Kasus	99
Lampiran 2	Surat Balasan Penganmbilan Studi Kasus.....	100
Lampiran 3	Lembar <i>Informed Consent</i>	101
Lampiran 4	Surat Pernyataan	102
Lampiran 5	Satuan Acara Penyuluhan (SAP)	103
Lampiran 6	Leaflet.....	111
Lampiran 7	Lembar Konsultasi	112
Lampiran 8	Format Pengkajin Anak.....	113

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Penyakit DHF (*Dengue hemorrhagic fever*) adalah penyakit yang disebabkan oleh virus Dengue, sejenis virus yang tergolong arbovirus dan masuk ke tubuh penderita melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti* betina. Penyakit ini lebih dikenal dengan sebutan Demam Berdarah Dengue dan merupakan salah satu penyakit berbahaya di Indonesia. Penyakit DHF nyaris banyak di temukan pada seluruh belahan dunia terutama pada negara- negara yang beriklim tropis dan sub tropis sebagai penyakit endemik. DBD sering salah diagnosa dengan thypoid. Sehingga penderita datang ke Rumah sakit dalam keadaan perdarahan/mimisan sehingga proses penyembuhan lebih sulit dan akan meningkatkan resiko kematian pada penderita (Cahyono, 2010). Penanganan DBD yang biasa dilakukan masyarakat Indonesia adalah dengan mengkonsumsi buah jambu biji merah. Penanganan DBD yang biasa dilakukan oleh masyarakat ini tidak sepenuhnya salah, hasil penelitian menunjukkan bahwa konsumsi air rebusan daun jambu biji sebanyak 5 lembar yang di konsumsi sebanyak 3x sehari lebih efektif untuk meningkatkan kadar trombosit sampai 100.000/mm dalam jangka waktu 16 jam (Cahyono, 2010)

Hasil WHO melaporkan lebih dari 100 negara terinfeksi virus dangue. Infeksi virus ini menyerang semua usia. Mayoritas menyerang pada anak usia di bawah 15 tahun sebanyak 95% dan sekitar $\geq 5\%$ terjadi pada bayi, penyebaran virus dengue yang semakin luas asia menempati urutan pertama dalam jumlah penderita demam berdarah di tiap tahunya. Sementara itu terhitung sejak tahun

1968 – 2009 WHO mencatat Indonesia sebagai negara dengan kasus demam berdarah dengue tertinggi di Asia Tenggara. Pada tahun 2015, sampai pertengahan bulan Desember tercatat penderita DBD di 34 provinsi di Indonesia sebanyak 71.668 orang, dan 641 diantaranya meninggal dunia. Angka tersebut lebih rendah dibandingkan tahun sebelumnya, yakni tahun 2014 dengan jumlah penderita sebanyak 112.511 orang dan jumlah kasus meninggal sebanyak 871 penderita. Kejadian DBD di Provinsi Jawa Timur selama bulan Januari 2016 terjadi sebanyak 3.136 kasus DBD dan angka kematian sebanyak 52 kasus. Berdasarkan data yang didapat dari RSUD Bangil, jumlah kasus DHF pada anak sebanyak 315 yang terjadi pada bulan Januari sampai Desember tahun 2017 (Rekam medis RSUD Bangil, 2017).

Virus dengue, termasuk genus *Flavivirus*, keluarga *Flaviridae*. Terdapat 4 serotipe virus yaitu DEN-1, DEN-2, DEN-3, DEN-4. Keempatnya ditemukan di Indonesia dengan DEN-3 serotype terbanyak. Infeksi salah satu serotype akan menimbulkan antibody terhadap serotipe yang bersangkutan, sedang kekebalan yang terbentuk terhadap serotipe lain sangat kurang, sehingga dapat memberikan perlindungan yang memadai terhadap serotipe lain tersebut. Seseorang yang tinggal di daerah endemis dengue dapat terinfeksi oleh 3 atau 4 serotipe selama hidupnya. Keempat serotipe virus dengue dapat ditemukan di berbagai daerah di Indonesia (Sudoyo,dkk 2009).

Penyakit ini disebabkan oleh virus Dengue (*Arbovirus*) yang mengakibatkan demam selama 2-7 hari dengan ditandai nyeri kepala, mual muntah, tidak nafsu makan, diare, ruam pada kulit, uji tourniquet positif, adanya petekie, penurunan kesadaran atau gelisah, nadi cepat atau lemah, hipotensi,

tekanan darah turun, perfusi perifer turun dan kulit dingin atau lembab. Menurut Widagdo (2012) komplikasi DBD antara lain yaitu: Gagal ginjal, Efusi pleura, Hepatomegali, Gagal jantung, Syok, Penurunan kesadaran. DBD/DHF dapat di cegah dengan melakukan 3M yaitu Mengubur (mengubur barang-barang yang sudah tidak di pakai lagi contohnya sampah kaleng atau plastik), Menguras (menguras bak mandi atau tempat penyimpanan air yang ada di rumah. Dalam 1 minggu tempa penyimpanan air dapat di kuras 2 kali atau 3kali), Menutupi tempat 10 Penyimpanan air ; jangan sampai terkena gigitan nyamuk *Aedes Aegypti* dan bila perlu gunakan lotion (mengusir nyamuk), karena nyamuk ini biasanya aktif di pagi atau siang hari terutama tempat yang gelap atau kotor ; menggunakan bubuk Abate pada selokan dan penampungan air agar tidak menjadi tempat bersarangnya nyamuk ; jaga agar kondisi tetap sehat dan badan yang kuat untuk menangkal virus yang masuk sehingga walau terkena gigitan nyamuk, virus tidak akan berkembang.

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan DHF (*Dangue hemoragic fever*) dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada anak ‘W’ dengan diagnosa medis DHF di Ruang Ashoka RSUD Bangil?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengidentifikasi asuhan keperawatan pada anak “W” dengan diagnosa medis DHF di Ruang Ashoka RSUD Bangil.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Mengkaji anak “W” dengan diagnosa medis DHF di Ruang Ashoka RSUD Bangil.

1.3.2.2 Merumuskan diagnosa keperawatan pada anak “W” dengan diagnosa medis DHF di Ruang Ashoka RSUD Bangil.

1.3.2.3 Merencanakan tindakan keperawatan pada anak “W” dengan diagnosa medis DHF di Ruang Ashoka RSUD Bangil.

1.3.2.4 Melaksanakan tindakan keperawatan pada anak “W” dengan diagnosa medis DHF di Ruang Ashoka RSUD Bangil.

1.3.2.5 Mengevaluasi tindakan keperawatan anak “W” dengan diagnosa medis DHF di Ruang Ashoka RSUD Bangil.

1.3.2.6 mendokumentasikan asuhan keperawatan anak “W” dengan diagnosa medis DHF di Ruang Ashoka RSUD Bangil.

1.4 Manfaat

1.4.1 Akademis, hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada anak DHF

1.4.2 Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :

1.4.2.1 Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di RS agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada anak dengan DHF dengan baik.

1.4.2.2 Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan studi kasus asuhan keperawatan pada anak dengan DHF.

1.4.2.3 Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada anak dengan DHF.

1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

1.5.2.1 wawancara

Data di ambil / di peroleh melalui percakapan baik dengan klien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

1.5.2.2 Observasi

Data yang di ambil melalui pengamatan pada klien.

1.5.2.3 Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

1.5.3 Sumber Data

1.5.3.1 Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh

1.5.3.2 Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang di peroleh dari keluarga atau orang terdekat klien, catatan medic perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

1.5.4 Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang di bahas.

1.6 Sistematika penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini, Secara keseluruhan di bagi menjadi tiga bagian, yaitu:

1.6.1 Bagian awal ,membuat halaman judul, persetujuan pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar , daftar isi.

1.6.2 Bagian inti , terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab, berikut ini:

Bab I : Pendahuluan, berisi latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, sistematika penulisan studi kasus.

Bab 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan anak dengan DHF serta kerangka masalah.

Bab 3 : Tinjauan kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnose, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Bab 4 : Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

Bab 5 : Penutup, berisi tentang kesimpulan dan saran.

1.6.3 Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan di uraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan pada anak dengan DHF konsep penyakit akan di uraikan definisi, etiologi, dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada DHF dengan melakukan asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnose, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Pengertian

Demam dengue/DHF dan demam berdarah dengue/DBD (*dengue haemorrhagic fever/DHF*) adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus dengue dengan manifestasi klinis demam, nyeri otot dan/atau nyeri sendi yang disertai *lekopenia*, ruam, *limfadenopati*, *trombositopenia* dan *diathesis hemoragik*. Pada DBD terjadi perembesan plasma yang ditandai oleh hemokonsentrasi (peningkatan *hematokrit*) atau penumpukan cairan di rongga tubuh. Sindrom renjatan dengue (*dengue shock syndrome*) adalah demam berdarah dengue yang ditandai oleh renjatan/syok (Suhendro, 2009).

2.1.2 Etiologi

Penyakit DHF disebabkan oleh virus *dengue* dari kelompok arbovirus *B* yaitu *Athropad borne*. Atau virus yang disebabkan oleh Arthropoda. Virus ini termasuk genus *flavivirus*. Dari *famili flavividau*. Nyamuk *Aides* betina biasanya terinfeksi virus dengue pada saat menghisap darah dari seseorang yang sedang

pada tahap demam akut. Setelah melalui periode inkubasi ekstrinsik selama 8-10 hari. Kelenjar ludah *Aedes* akan menjadi terinfeksi dan virusnya akan ditularkan ketika nyamuk menggigit dan mengeluarkan cairan ludahnya ke dalam luka gigitan ke tubuh orang lain. Setelah masa inkubasi instrinsik selama 3-14 hari timbul gejala awal penyakit secara mendadak yang ditandai dengan demam, pusing, nyeri otot, hilangnya nafsu makan dan berbagai tanda nonspesifik seperti mual (mual-mual), muntah dan rash (ruam kulit) biasanya muncul pada saat atau persis sebelum gejala awal penyakit tampak dan berlangsung selama 5 hari setelah dimulai penyakit, saat-saat tersebut merupakan masa kritis dimana penderita dalam masa inefektif untuk nyamuk yang berperan dalam siklus penularan. (Widoyono 2010). Tubuh yang terasa lelah demam yang sering naik turun, nyeri pada perut secara berkelanjutan, sering mual dan muntah darah yang keluar melalui hidung, dan muntah. Kebanyakan orang yang menderita DBD pulih dalam waktu dua minggu Dengan gejala klinis yang semakin berat pada penderita DBD dan *dengue shock syndromes* dapat berkembang menjadi gangguan pembuluh darah dan gangguan hati. Klien dapat terjadi komplikasi seperti Disorientasi atau Kehilangan daya untuk mengenal lingkungan, terutama yang berhubungan dengan waktu, tempat, dan orang. Shock, effusi pleura, asidosis metabolik, anoksia jaringan, Penurunan kesadaran. (Suriadi dan yuliani, 2009).

2.1.3 Manifestasi Klinik. (Hadinegoro, 2009)

Tanda dan gejala yang mungkin muncul pada klien dengan DHF yaitu: Demam atau riwayat demam akut antar 2-7 hari. Keluhan pada saluran pencernaan, mual, muntah, anoreksia, diare, konstipasi. Keluhan sistem tubuh

yang lain: nyeri atau sakit kepala, nyeri pada otot, tulang dan sendi, nyeri ulu hati, dan lain-lain. Temuan-temuan laboratorium yang mendukung adanya trombositopenia (kurang atau sama dengan 100.000/mm³). Gambaran klinis yang timbul bervariasi berdasarkan derajat DHF dengan masa inkubasi antara 13 – 15 hari, tetapi rata – rata 5-8 hari. Gejala klinis timbul secara mendadak berupa suhu tinggi 2-7 hari, nyeri pada otot dan tulang, mual, kadang – kadang muntah dan batuk ringan. Sakit kepala dapat menyeluruh atau berpusat pada daerah supraorbital dan retrobital. Nyeri di bagian otot terutama di rasakan bila otot perut di tekan. Sekitar mata mungkin ditemukan pembengkakan, lakrimasi, fotofobia, otot sekitar mata terasa pegal. Ruam berikutnya mulai antara 3-6 hari, mula – mula terbentuk macula besar yang kemudian bersatu mencuat kembali, serta kemudian timbul bercak – bercak pteki. Pada dasarnya hal ini terlihat pada lengan dan kaki, kemudian menjalar ke seluruh tubuh. Pada saat suhu turun ke normal, ruam ini berkurang dan cepat menghilang, bekas – bekasnya terasa gatal. Nadi klien mula – mula cepat dan menjadi normal atau lebih lambat pada hari ke 4 dan ke 5. Bradikardi dapat menetap untuk beberapa hari dalam penyembuhan. Gejala perdarahan mulai pada hari ke 3 dan ke 5 berupa ptekia, purpura, ekimosis, hematemesis, epitaksis. Juga kadang terjadi syock yang biasanya dijumpai pada saat demam telah menurun antara hari ke 3 dan ke 7 dengan tanda; klien menjadi makin lemah, ujung jari, telinga, hidung teraba dingin dan lembab, denyut nadi terasa cepat, kecil dan tekanan darah menurun dengan tekanan sistolik 80 mmHg atau kurang.

2.1.4 Diagnosa Banding

2.1.4.1 Belum / tanpa renjatan

- 1) Campak
- 2) Infeksi bakteri / virus lain (tonsilo faringitis, demam dari kelompok penyakit, hepatitis, chikungunya)

2.1.4.2 Dengan renjatan:

- 1) Demam tipoid
- 2) Renjatan septik oleh kuman gram negatif lain

2.1.4.3 Dengan kejang:

- 1) Ensefalitis
- 2) Meningitis G.(Hidayat A. Aziz Alimul, 2012).

2.1.5 Klasifikasi DHF (Hidayat A. Aziz Alimul, 2012).

2.1.5.1 Derajat I

Demam disertai gejala konstitusional yang tidak khas, manifestasi perdarahan hanya uji torniquet positif dan perdarahan lainnya.

2.1.5.2 Derajat II

Manifestasi klinis pada derajat I disertai perdarahan spontan, dapat berupa perdarahan di kulit seperti petekie dan perdarahan lainnya.

2.1.5.3 Derajat III

Manifestasi klinis pada derajat II di tambah dengan ditemukan manifestasi kegagalan sistem sirkulasi berupa nadi yang cepat dan lemah, hipotensi dengan kulit yang lembab,dingin dan penderita gelisah .

2.1.5.4 Derajat IV

Manifestasi klinis pada penderita derajat III di tambah dengan di temukan manifestasi renjatan yang berat dengan ditandai tekanan darah dan

nadi tidak teratur, DBD derajat II dan IV digolongkan *Dengue Shok Syindrom (DSS)*

2.1.6 Komplikasi (Hidayat A. Aziz Alimul, 2015).

2.1.6.1 *Ensepalopati* : Demam tinggi, gangguan kesadaran disertai atau tanpa kejang.

2.1.6.2 Disorientasi : Kehilangan daya untuk mengenal lingkungan, terutama yang berhubungan dengan waktu, tempat, dan orang.

2.1.6.3 Shock : Keadaan kesehatan yang mengancam jiwa ditandai dengan ketidakmampuan tubuh untuk menyediakan oksigen untuk mencukupi kebutuhan jaringan.

2.1.6.4 Effusi pleura : Suatu keadaan terdapatnya cairan dengan jumlah berlebihan.

2.1.6.5 Asidosis metabolik : Kondisi dimana keseimbangan asam basa tubuh terganggu karena adanya peningkatan produksi asam atau berkurangnya produksi bikarbonat.

2.1.6.6 Anoksia jaringan : Suatu keadaan yang ditandai dengan terjadinya gangguan pertukaran udara pernafasan, mengakibatkan oksigen berkurang (hipoksia) disertai dengan peningkatan karbondioksida (hiperkapnea).

2.1.6.7 Penurunan kesadaran : Keadaan dimana penderita tidak sadar dalam arti tidak terbangun secara utuh sehingga tidak mampu memberikan respons yang normal terhadap stimulus.(Suriadi dan yuliani, 2010).

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

2.1.7.1 Hb dan PCV meningkat ($\geq 20\%$).

2.1.7.2 Trombositopenia ($\leq 100.000 / \text{ml}$).

2.1.7.3 Leukopenia (mungkin normal atau leukositosis).

2.1.7.4 Isolasi virus.

2.1.7.5 Serologi (Uji H) : respon antibody sekunder

2.1.7.6 Pada renjatan yang berat, periksa : Hb, PCV berulang kali(setiap jam atau 4-6 jam apabila sudah menunjukkan tanda perbaikan),Faal hemostatis, FDP, EKG, Foto dada, BUN. (Nurarif dan kusuma 2015).

2.1.8 Pencegahan

Prinsip yang tepat dalam pencegahan DHF ialah sebagai berikut :

2.1.8.1 Memanfaatkan perubahan keadaan nyamuk akibat pengaruh alamiah dengan melaksanakan pemberantasan vektor pada saat sedikit terdapatnya kasus DHF.

2.1.8.2 Memutuskan lingkaran penularan dengan menahan kepadatan vektor pada tingkat sangat rendah untuk memberikan kesempatan penderita viremia sembuh secara spontan

2.1.8.3 Mengusahakan pemberantasan vektor di pusat daerah penyebaran yaitu di sekolah, rumah sakit termasuk pula daerah penyangga sekitarnya.

2.1.8.4 Mengusahakan pemberantasan vektor di semua daerah berpotensi penularan tinggi.

Ada 2 macam pemberantasan vektor antara lain :

1) Menggunakan insektisida.

Yang lazim digunakan dalam program pemberantasan demam berdarah dengue adalah malathion untuk membunuh nyamuk dewasa dan temephos (abate) untuk membunuh jentik (larvasida). Cara

penggunaan malathion ialah dengan pengasapan atau pengabutan. Cara penggunaan temephos (abate) ialah dengan pasir abate ke dalam sarang-sarang nyamuk aedes yaitu bejana tempat penampungan air bersih, dosis yang digunakan ialah 1 ppm atau 1 gram abate SG 1 % per 10 liter air.

Pencegahan Biologis : Memelihara ikan

Pencegahan Kimia : Abate, Larvasida

2) Tanpa insektisida

Caranya adalah:

- (1) Menguras bak mandi, tempayan dan tempat penampungan air minimal 1 x seminggu (perkembangan telur nyamuk lamanya 7 – 10 hari).
- (2) Menutup tempat penampungan air rapat-rapat. Membersihkan halaman rumah dari kaleng bekas, botol pecah dan benda lain yang memungkinkan nyamuk bersarang. (Hadinegoro , 2009).

2.1.9 Penatalaksanaan

2.1.9.1 Tirah baring atau istirahat baring

2.1.9.2 Diet makan lunak

2.1.9.3 Minum banyak (2 – 2,5 liter/24 jam) dapat berupa : susu, teh manis, sirup dan beri penderita sedikit oralit, pemberian cairan merupakan hal yang paling penting bagi penderita DHF.

2.1.9.4 Pemberian cairan intravena (biasanya ringer laktat, NaCl Faali) merupakan cairan yang paling sering digunakan.

2.1.9.5 Monitor tanda-tanda vital tiap 3 jam (suhu, nadi, tensi, pernafasan) jika kondisi pasien memburuk, observasi ketat tiap jam

2.1.9.6 Periksa Hb, Ht dan trombosit setiap hari

Pemberian obat antipiretik sebaiknya dari golongan asetaminopen. (Tarwoto dan wartonah, 2010).

2.2 Konsep Anak

2.2.1 Pengertian

Anak adalah seseorang yang berusia kurang dari 18 tahun dalam masa tumbuh kembang dengan kebutuhan khusus baik kebutuhan fisik, psikologis, psiko sosial, dan spiritual (Askar, 2012)

2.2.2 Konsep Pertumbuhan dan Perkembangan

2.2.2.1 Definisi pertumbuhan dan perkembangan

- 1) Pertumbuhan (growth) berkaitan dengan masalah perubahan dalam besar, jumlah, ukuran, atau dimensi tingkat sel, organ maupun individu, yang bisa diukur dengan ukuran berat (gram, kilogram), ukuran panjang (cm, meter), umur tulang dan keseimbangan metabolic (retensi kalsium dan nitrogen tubuh).
- 2) Perkembangan (development) adalah tambahnya kemampuan (skill) dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang
- 3) teratur dan dapat diramalkan, sebagai hasil dari proses pematangan (dr. Soetjiningsih, SpAk, 2006).

2.2.3 Tahap-tahap tumbuh kembang anak (Donna L Wong, 2005)

2.2.3.1 Pre natal

- 1) Geminal : konsepsi – 8 minggu

- 2) Embrio : 2-8 minggu
 3) Fetal : 8 – 40 minggu

2.2.3.2 Bayi

- 1) Neonatus : lahir – 1 bulan
 2) Bayi : 1 bulan -12 bulan

2.2.3.3 Anak-anak awal

- 1) Toddler : 1 - 3 tahun
 2) Pra sekolah : 3 - 6 tahun

2.2.3.4 Anak-anak tengah/sekolah : 6 -12 tahun

2.2.3.5 Anak-anak akhir:

- 1) Pra pubertas : 10 -13 tahun
 2) Remaja : 13 – 19 tahun

2.2.3.6 Tahapan perkembangan bayi

Tabel 2.1 Perkembangan anak usia 13-24 bulan

GERAKAN MOTORIK KASAR	GERAKAN MOTORIK HALUS	KOMUNIKASI PASIF	KOMUNIKASI AKTIF	MENOLONG DIRI SENDIRI
1. Berjalan sendiri	1. Menggunakan benda	1. Memberikan reaksi yang tepat kalau ditanya “dimana”	1. Mengucapkan kata yang mempunyai arti.	1. Bisa memakai sendok, tapi masih tumpah.
2. Berjalan mundur	2. Memasukkan benda kedalam lubang	2. Mengerti arti kata “di, didalam ,dibawah”	2. Menggunakan perkataan yang disukai gerakan untuk meminta sesuatu.	2. Minum dari cangkir dipegang dengan satu tangan tanpa dibantu.
3. Mengambil alat permainan dari lantai tanpa jatuh	3. Membuka-buka lembaran 4. Mencoret-coret 5. Menarik, memutar, mendorong benda-benda 6. Melempar-lempar	3. Menjalankan perintah untuk membawa benda yang sudah	3. Mengucapkan kata-	3. Membuka sepatu,ka
4. Menarik dan mendorong alat permainan	7. Menggambar dengan gerakan tangan yang menyeluruh, menggeser			

<p>n</p> <p>5. Duduk sendiri, mengerti penghargaan/pujian</p> <p>6. Naik dan turun tangga dengan pertolongan</p> <p>7. Bergoyang-goyang mengikuti irama musik</p>	<p>tangan, membuat garis besar</p>	<p>dikenalnya dari ruangan lain</p> <p>4. Mengerti kalimat sederhana yang terdiri dari paling banyak dua kata saja</p> <p>5. Mengerti dua perintah sederhana yang saling berhubungan</p>	<p>kata tunggal secara beruntun untuk menceritakan suatu kejadian.</p> <p>4. Menyebutkan diri sendiri namanya.</p> <p>5. Dapat mengatakan hak milik/kepunyaannya untuk menunjuk pada benda-benda miliknya. Menambah perbendaharaan kata (sebanyak lebih kurang 50 kata).</p>	<p>os kaki, celana, baju kaos.</p> <p>4. Membuka tutup baju seleret (ret sluiting) yang besar.</p> <p>5. Bisa mengatakan kalau ingin kebelakang (buang air)</p>
---	------------------------------------	--	--	---

Tabel 2.2 Perkembangan anak usia 25-36 bulan

GERAKAN MOTORIK KASAR	GERAKAN MOTORIK HALUS	KOMUNIKASI PASIF	KOMUNIKASI AKTIF	MENOLONG DIRI SENDIRI
<ol style="list-style-type: none"> 1. Lari tanpa jatuh. 2. Lompat ditempat kedua kaki jatuh bersamaan. 3. Berdiri pada satu kaki. 4. Berjingkat diatas jari-jari kaki. 5. Menendang bola. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengatur/memakai benda-benda. 2. Membalik halaman buku satu persatu. 3. Memegang alat tulis gambar. 4. Menggunakan satu tangan secara tetap,dalam hampir semua kegiatan. 5. Meniru garis (lingkaran,lurus dan berditi/tegak lurus). 6. Melukis bentuk-bentuk. 7. Meremas-remas,menggulung tanah liat. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjuk gambar dari benda yang umum/sudah dikenal,kalau benda tersebut disebutkan. 2. Dapat mengenal benda kalau diberitahu kegunaanya. 3. Mengerti bentuk pertanyaan apa dan dimana. 4. Mengerti kata larangan seperti : tidak,bukan, tidak dapat,jangan. 5. Senang mendengarkan cerita yang sederhana dan minta diceritakan lagi. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membuat kalimat dua kata. 2. Menyebutkan nama. 3. Menggunakan kata tanya apa dan dimana 4. Membuat kalimat sangkal. 5. Menunjukkan kekesalan atau kejengkelan karena tidak mengerti 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menggunakan sendok tumpah sedikit. 2. Mengambil minuman dari kendi/teko/ceret tanpa dibantu. 3. Membuka pintu dengan memutar pegangan pintu. 4. Membuka baju dengan dibantu. 5. Mencuci dan mengeringkan tangan dengan bantuan. 6. Belajar dilakukan dengan eksplorasi. 7. Mulai mengerti menggunakan benda-benda

Tabel 2.3 Perkembangan anak usia 36-48 bulan

GERAKAN MOTORIK KASAR	GERAKAN MOTORIK HALUS	KOMUNIKASI PASIF	KOMUNIKASI AKTIF	MENOLONG DIRI SENDIRI
<ol style="list-style-type: none"> 1. Lari menghindari hambatan dan tantangan. 2. Berjalan di atas garis. 3. Berdiri di atas satu kaki untuk 5-10 detik. 4. Melompat di atas satu kaki. 5. Mendorong, menarik, mengemudikan permainan beroda. 6. Mengendarai sepeda roda tiga. 7. Lompat di atas benda setinggi 15cm mendarat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membuat menara dari sembilan balok kecil. 2. Meniru bentuk-bentuk membuat lingkaran. 3. Meniru garis. 4. Membuat silang. 5. Membuat segiempat. 6. Meniru tulisan. 7. Membuat bentuk 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mulai memahami kalimat-kalimat konsep-konsep waktu. 2. Mengerti perbandingan-perbandingan dalam hal ukuran, membandingkan benda-benda atau dua hal. 3. Memahami konsep sebab akibat. 4. Mengerti dan dapat melaksanakan sampai-sampai 4 perintah/ petunjuk yang ada kaitannya. 5. Mengerti kalau diberitahu kan “ayo pura-pura” 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bicara dalam kalimat yang terdiri dari 3. 2. Anak dapat mencari terakan pengalaman masa yang lalu. 3. Menyebut diri dengan memakai kata “saya,aku”. 4. Berbicara dengan ucapan yang dapat dimengerti orang lain(yang masih asing). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dapat menuang air dengan baik(tanpa tumpah) dari tempat air(teko/ceret)tutup kecil. 2. Memasang dan membuka kancing besar. 3. Mencuci tangan dibantu. 4. Membuang ingus kalau diingatkan.

dengan kedua kaki bersama .				
8. Melempar bola diatas kepala.				
9. Menangkap bola yang dilempar kepadanya.				

Tabel 2.4 Perkembangan anak usia 49-60 bulan

GERAKAN MOTORIK KASAR	GERAKAN MOTORIK HALUS	KOMUNIKASI PASIF	KOMUNIKASI AKTIF	MENOLONG DIRI SENDIRI
1. Berjalan mundur dengan tumit berjingkat (jinjit). 2. Lompat kedepan 10kali tanpa terjatuh. 3. Naik turun tangga dengan kaki berganti-ganti	1. Menggantung kertas dengan mengikuti garis tanpa terputus. 2. Menggambar garis silang. 3. Menggambar segiempat	1. Dapat mengikuti 3perintah tidak berhubungan, dalam urutan yang tepat. 2. Mengerti perbandingan sesuatu sifat dari benda/orang secara bertingkat(3tingkatan ini: ialah biasa,lebih,paling). 3. Mendengarkan cerita yang panjang.	1. Bertanya dengan pertanyaan : -kapan - bagaimana - mengapa 2. Menggunakan kata : -dapat -akan 3. Menggabungkan kalimat. 4. Berbicara tentang hubungan	1. Memotong makanan dengan pisau. 2. Mengikat tali sepatu.

		<p>4. Menggabungkan perintah lisan kedalam kegiatan bermain.</p> <p>5. Menceritakan isi cerita, walau mungkin masih campur aduk faktanya.</p>	<p>sebab akibat dengan menggunakan karena dan jadi.</p> <p>5. Menceritakan isi cerita, walau mungkin masih campur aduk faktanya</p>	
--	--	---	---	--

Tabel 2.5 Perkembangan anak usia 61-72 bulan

GERAKAN MOTORIK KASAR	GERAKAN MOTORIK HALUS	KOMUNIKASI PASIF	KOMUNIKASI AKTIF	MENOLONG DIRI SENDIRI
<p>1. Berjalan ringan diatas ujung jari kaki (jinjit).</p> <p>2. Jalan diatas papan keseimbangan</p> <p>3. Dapat meloncat sampai 20cm.</p> <p>4. Main lompat tali dengan kaki berganti-ganti</p>	<p>1. Menggantung bentuk-bentuk sederhana.</p> <p>2. Meniru membuat segi tiga, bentuk-bentuk simetris.</p> <p>3. Membuat bentuk wajik, segitiga, segi empat.</p> <p>4. Menulis angka.</p> <p>5. Memberi warna (berbagai bentuk gambar).</p>	<p>1. Menunjukkan berbagai bentuk ketrampilan dan kemauan dibidang pra akademik seperti T.K.</p>	<p>1. Dalam tata bahasa sudah mendekati penggunaan tata bahasa orang dewasa.</p> <p>2. Dapat menanti gilirannya yang tepat dalam pembicaraan.</p> <p>3. Memberi dan menerima keterangan</p>	<p>1. Dapat berpakaian sendiri secara lengkap.</p> <p>2. Menyikat gigi tanpa dibantu.</p> <p>3. Menyebur jalan dengan selamat</p>

2.2.3.7 Ciri-ciri tumbuh kembang anak

Menurut Hidayat (2008) dalam pertumbuhan dan perkembangan anak, terdapat berbagai ciri khas yang membedakan komponen satu dengan yang lain.

- 1) Proses pertumbuhan anak memiliki ciri-ciri sebagai berikut:
 - (1) Dalam pertumbuhan akan terjadi perubahan ukuran dalam hal bertambahnya ukuran fisik, seperti berat badan, tinggi badan, lingkaran kepala, lingkaran lengan, lingkaran dada dan yang lainnya.
 - (2) Dalam pertumbuhan dapat terjadi perubahan proporsi yang dapat terlihat pada proporsi fisik atau organ manusia yang muncul mulai dari masa konsepsi hingga dewasa.
 - (3) Pada pertumbuhan dan perkembangan, hilang ciri-ciri lama yang ada selama pertumbuhan, seperti hilangnya kelenjar timus, gigi susu atau hilangnya refleks tertentu.

2.2.3.8 Proses Perkembangan memiliki ciri-ciri sebagai berikut:

- 1) Perkembangan selalu melibatkan proses pertumbuhan yang diikuti dari perubahan fungsi, seperti perkembangan sistem reproduksi akan diikuti perubahan pada fungsi alat kelamin.
- 2) Perkembangan memiliki pola yang konstan yaitu perkembangan dapat terjadi dari daerah kepala ke daerah kaki.
- 3) Perkembangan memiliki tahap yang berurutan mulai dari melakukan hal yang sederhana sampai melakukan hal yang sempurna.
- 4) Perkembangan setiap individu memiliki kecepatan pencapaian yang berbeda.

- 5) Perkembangan dapat menentukan pertumbuhan tahap selanjutnya, dimana tahapan perkembangan harus dilewati tahap demi tahap.

2.2.3.9 Kebutuhan dasar tumbuh kembang anak

Menurut Soetdjningsih (2009) kebutuhan dasar anak untuk tumbuh kembang adalah sebagai berikut :

1) Kebutuhan fisik-biomedis (ASUH) meliputi:

- (1) Pangan/gizi
- (2) Perawatan Kesehatan
- (3) Tempat tinggal yang layak.
- (4) Kebersihan Individu
- (5) Sandang/pakaian
- (6) Kesegaran jasmani/rekreasi

2) Kebutuhan emosi anak (ASIH)

Kasih sayang dari orang tua akan menciptakan ikatan yang erat dan kepercayaan yang dapat mempengaruhi tumbuh kembang anak.

3) Kebutuhan akan stimulasi mental (ASAH)

Stimulasi mental merupakan bakal dalam proses belajar (pendidikan dan pelatihan) pada anak, stimulasi mental ini mengembangkan perkembangan mental, psikososial, kecerdasan, keterampilan, kemandirian, kreativitas, moral, etika, produktivitas dan sebagainya.

2.2.3.10 Faktor-faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan

menurut Dr. Soetjningsih, (2009) :

1) Faktor genetik

Faktor genetic, merupakan modal dasar dalam mencapai hasil akhir proses tumbuh kembang anak. Melalui intruksi genetic yang terkandung dalam sel telur yang di buahi, dapat ditentukan kualitas dan kuantitas pertumbuhan. Ditandai dengan intensitas dan kecepatan pembelahan, derajat sensitivitas jaringan terhadap rangsangan, umur pubertas dan berhentinya pertumbuhan tulang.

2) Faktor lingkungan

Lingkungan merupakan faktor yang sangat menentukan tercapai atau tidaknya potensi bawaan. Lingkungan yang cukup baik akan memungkinkan tercapainya potensi bawaan, sedangkan yang kurang baik akan menghambatnya. Lingkungan ini merupakan lingkungan "bio-fisiko-psiko-sosial" yang mempengaruhi individu setiap hari, mulai dari konsepsi sampai akhir hayatnya.

3) Lingkungan perinatal

Merupakan lingkungan dalam kandungan, mulai dari konsepsi sampai lahir yang meliputi pada waktu ibu hamil, lingkungan mekanis seperti zat kimia, penggunaan obat-obatan, alkohol atau kebiasaan merokok ibu selama kehamilan.

4) Lingkungan postnatal

Selain faktor lingkungan perinatal terdapat juga lingkungan setelah lahir yang dapat mempengaruhi tumbuh kembang anak diantaranya adalah sebagai berikut:

(1) Budaya Lingkungan

Budaya lingkungan dalam hal ini adalah budaya dimasyarakat yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak. Budaya lingkungan dapat menentukan bagaimana seseorang atau masyarakat mempersepsikan pola hidup sehat.

(2) Sistem Sosial Ekonomi

Status sosial ekonomi juga dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak. Anak dengan keluarga yang memiliki sosial ekonomi tinggi tentunya pemenuhan kebutuhan gizi cukup baik dibandingkan anak dengan keluarga yang memiliki status sosial ekonomi rendah. Demikian juga dengan status pendidikan keluarga, misalnya tingkat pendidikan rendah akan sulit untuk menerima arahan dalam pemenuhan gizi dan mereka sering tidak mau atau tidak meyakini pentingnya pemenuhan gizi atau pentingnya pelayanan kesehatan lain yang menunjang tumbuh kembang anak.

(3) Nutrisi

adalah salah satu komponen yang paling penting dalam menunjang keberlangsungan proses pertumbuhan dan perkembangan. Menurut Arif (2009) dalam nutrisi terdapat kebutuhan zat gizi yang diperlukan untuk pertumbuhan dan perkembangan antara lain:

((1) Energi

Banyak sedikitnya asupan energi atau kalori sangat berpengaruh terhadap laju pembelahan sel dan pembentukan struktur organ-organ tubuh. Jumlah energi yang dianjurkan dihitung berdasarkan jumlah konsumsi energi yang dibutuhkan anak. Karbohidrat merupakan salah satu sumber energi utama selain protein dan lemak.

((2) Protein

Protein merupakan salah satu sumber energi, dan sebagai salah satu zat pembangun yang dibutuhkan anak untuk pembuatan sel-sel baru dan merupakan pembentukan berbagai struktur organ tubuh. Selain itu juga protein berperan dalam pembentukan enzim dan hormon yang dapat mengatur proses metabolisme dalam tubuh dan sebagai pertahanan tubuh melawan berbagai penyakit serta infeksi.

((3) Asam Lemak dan Omega-3

Asam lemak omega-3 merupakan salah satu asam lemak esensial yang berfungsi untuk memperlancar peredaran darah ke seluruh tubuh dan melunakkan membrane sel darah merah serta mencegah terjadinya pengerasan pembuluh darah merah. Kandungan ini dapat diperoleh dari kacang-kacangan dan biji-bijian. Selain itu dapat juga diperoleh dari sumber hewani, telur, daging, ikan, dan lain-lain.

((4) Vitamin A (*Retinol*)

Pada anak terjadinya defisiensi vitamin A dapat mengakibatkan terjadinya hambatan pertumbuhan, dan sintesa protein.

((5) Vitamin D (*Calciferol*)

Mengonsumsi Vitamin D dapat meningkatkan penyerapan kalsium dan pertumbuhan kerangka tubuh.

2.2.4 Perkembangan sosial anak , (Wong, 2009)

2.2.4.1 Paska lahir

Anak lebih suka ditinggal tanpa diganggu. Merasa senang waktu berkontak erat dengan tubuh ibu. Menangis keras apabila merasa tidak enak, tetapi bila didekap erat atau diayun dengan lembut anak akan berhenti menangis.

2.2.4.2 Usia 1 bulan sampai 3 bulan

Merasakan kehadiran ibu dan memandang ke arahnya bila ibu mendekat. Terus menerus mengamati setiap gerakan orang yang berada didekatnya. Berhenti menangis bila diajak bermain atau bicara oleh siapa saja yang bersikap ramah.

2.2.4.3 Usia 6 bulan

Penuh minat terhadap segala sesuatu yang sedang terjadi disekitarnya. Jika akan diangkat, anak akan mengulurkan kedua tangannya. Tertawa kecil bila diajak bermain, walaupun biasanya bersahabat tetapi tidak langsung menyambut dan memberi respon terhadap orang yang tidak dikenalnya.

2.2.4.4 Usia 9 bulan sampai 12 bulan

Pada tahap ini anak sudah mengerti kata tidak, melambaikan tangan, bertepuk tangan atau menggoyangkan tangan mengikuti nyanyian. Bermain dengan orang dewasa yang dikenal dan memperhatikan serta meniru tindakan orang dewasa. Mulai memahami dan mematuhi perintah yang sederhana.

2.2.4.5 Usia 18 bulan sampai 21 bulan

Ketergantungan terhadap orang lain dalam hal bantuan, perhatian dan kasih sayang. Mengerti sebagian apa yang dikatakan kepada dirinya dan mengulangi kata yang diucapkan orang dewasa dan banyak bercakap-cakap. Usia 3 tahun sampai 5 tahun anak sudah dapat berbicara bebas pada diri sendiri, orang lain, bahkan dengan mainannya, mampu berbicara lancar, dan bermain dengan kelompok. Anak kadang merasa puas bila bermain sendiri untuk waktu yang lama dan mulai menyenangi kisah seseorang/tokoh dalam film.

2.2.4.6 Usia 5 tahun sampai 6 tahun

Anak dapat bergaul dengan semua teman, merasa puas dengan prestasi yang dicapai, tenggang rasa terhadap keadaan orang lain, dan dapat mengendalikan emosi.

2.2.5 Perkembangan psikoseksual anak (Harlimsyah, 2010) :

2.2.5.1 Fase oral/mulut (0-18 bulan)

Bayi merasa bahwa mulut adalah tempat pemuasan (*oral gratification*). Rasa lapar dan haus terpenuhi dengan menghisap puting susu ibunya. Kebutuhan-kebutuhan, persepsi-persepsi dan cara ekspresi

bayi secara primer dipusatkan di mulut, bibir, lidah dan organ lain yang berhubungan dengan daerah mulut. Pada fase oral ini, peran Ibu penting untuk memberikan kasih sayang dengan memenuhi kebutuhan bayi secepatnya. Jika semua kebutuhannya terpenuhi, bayi akan merasa aman, percaya pada dunia luar.

2.2.5.2 Fase Anal (1,5 - 3 tahun)

Pada fase ini kepuasan dan kenikmatan anak terletak pada anus. Kenikmatan didapatkan pada waktu menahan berak. Kenikmatan lenyap setelah berak selesai. Jika kenikmatan yang sebenarnya diperoleh anak dalam fase ini ternyata diganggu oleh orangtuanya dengan mengatakan bahwa hasil produksinya kotor, jijik dan sebagainya, bahkan jika disertai dengan kemarahan atau bahkan ancaman yang dapat menimbulkan kecemasan, maka hal ini dapat mengganggu perkembangan kepribadian anak. Oleh karena itu sikap orangtua yang benar yaitu mengusahakan agar anak merasa bahwa alat kelamin dan anus serta kotoran yang dikeluarkannya adalah sesuatu yang biasa (wajar) dan bukan sesuatu yang menjijikkan.

2.2.5.3 Fase Uretral (3-5 tahun)

Pada fase ini merupakan perpindahan dari fase anal ke fase phallus. Erotik uretral mengacu pada kenikmatan dalam pengeluaran dan penahanan air seni seperti pada fase anal. Jika fase uretral tidak dapat diselesaikan dengan baik, anak akan mengembangkan sifat uretral yang menonjol yaitu persaingan dan ambisi sebagai akibat timbulnya rasa malu karena kehilangan kontrol terhadap uretra. Jika fase ini dapat

diselesaikan dengan baik, maka anak akan mengembangkan persaingan sehat, yang menimbulkan rasa bangga akan kemampuan diri. Anak laki-laki meniru dan membandingkan dengan ayahnya.

2.2.5.4 Fase Phallus (5-11 tahun)

Pada fase ini anak mulai mengerti bahwa kelaminnya berbeda dengan kakak, adik atau temannya. Anak mulai merasakan bahwa kelaminnya merupakan tempat yang memberikan kenikmatan ketika ia mempermainkan bagian tersebut. Tetapi orangtua sering marah bahkan mengeluarkan ancaman bila melihat anaknya memegang atau mempermainkan kelaminnya.

2.2.5.5 Fase genital (11/13 tahun-18 tahun)

Pada fase ini, proses perkembangan psikoseksual mencapai "titik akhir". Organ-organ seksual mulai aktif sejalan dengan mulai berfungsinya hormon-hormon seksual, sehingga pada saat ini terjadi perubahan fisik dan psikis. Secara fisik, perubahan yang paling nyata adalah pertumbuhan tulang dan perkembangan organ seks serta tanda-tanda seks sekunder. Remaja putri mencapai kecepatan pertumbuhan maksimal pada usia sekitar 12- 13 tahun, sedangkan remaja putra sekitar 14-15 tahun (Harlimsyah, 2007).

2.2.6 Perkembangan psikososial anak, menurut (Riendravi, 2013)

2.2.6.1 Tahap I : 0-1 tahun (*Trust versus Mistrust*)

Dalam tahap ini, bayi berusaha keras untuk mendapatkan pengasuhan dan kehangatan, jika ibu berhasil memenuhi kebutuhan anaknya, sang anak akan mengembangkan kemampuan untuk dapat

memperdayai dan mengembangkan asa (*hope*). Jika krisis ego ini tidak pernah terselesaikan, individu tersebut akan mengalami kesulitan dalam membentuk rasa percaya dengan orang lain sepanjang hidupnya, selalu meyakinkan dirinya bahwa orang lain berusaha mengambil keuntungan dari dirinya.

2.2.6.2 Tahap II : 1-3 tahun (*Autonomy versus Shame and Doubt*)

Dalam tahap ini, anak akan belajar bahwa dirinya memiliki kontrol atas tubuhnya. Orang tua seharusnya menuntun anaknya, mengajarkannya untuk mengontrol keinginan atau impuls-impulsnya, namun tidak dengan perlakuan yang kasar. Mereka melatih kehendak mereka, tepatnya otonomi. Harapan idealnya, anak bisa belajar menyesuaikan diri dengan aturan – aturan sosial tanpa banyak kehilangan pemahaman awal mereka mengenai otonomi, inilah resolusi yang diharapkan.

2.2.6.3 Tahap III : 3-6 tahun (*Initiative versus Guilt*)

Pada periode inilah anak belajar bagaimana merencanakan dan melaksanakan tindakannya. Resolusi yang tidak berhasil dari tahapan ini akan membuat sang anak takut mengambil inisiatif atau membuat keputusan karena takut berbuat salah. Anak memiliki rasa percaya diri yang rendah dan tidak mau mengembangkan harapan-harapan ketika ia dewasa. Bila anak berhasil melewati masa ini dengan baik, maka keterampilan ego yang diperoleh adalah memiliki tujuan dalam hidupnya.

2.2.6.4 Tahap IV: 6-12 tahun (*Industry versus Inferiority*)

Pada saat ini, anak-anak belajar untuk memperoleh kesenangan dan kepuasan dari menyelesaikan tugas khususnya tugas-tugas akademik. Penyelesaian yang sukses pada tahapan ini akan menciptakan anak yang dapat memecahkan masalah dan bangga akan prestasi yang diperoleh. Ketrampilan ego yang diperoleh adalah kompetensi. Disisi lain, anak yang tidak mampu untuk menemukan solusi positif dan tidak mampu mencapai apa yang diraih teman-teman sebaya akan merasa *inferior*.

2.2.6.5 Tahap V : 12-18 tahun (*Identity versus Role Confusion*)

Pada tahap ini, terjadi perubahan pada fisik dan jiwa di masa biologis seperti orang dewasa sehingga tampak adanya kontraindikasi bahwa di lain pihak ia dianggap dewasa tetapi di sisi lain ia dianggap belum dewasa. Tahap ini anak mencari identitas dalam bidang seksual, umur dan kegiatan. Peran orang tua sebagai sumber perlindungan dan nilai utama mulai menurun. Adapun peran kelompok atau teman sebaya tinggi.

2.2.6.6 Tahap VI : masa dewasa muda (*Intimacy versus Isolation*)

Dalam tahap ini, orang dewasa muda mempelajari cara berinteraksi dengan orang lain secara lebih mendalam. Ketidakmampuan untuk membentuk ikatan social yang kuat akan menciptakan rasa kesepian. Bila individu berhasil mengatasi krisis ini, maka keterampilan ego yang diperoleh adalah cinta.

2.2.6.7 Tahap VII : masa dewasa menengah (*Generativity versus Stagnation*)

Pada tahap ini, individu memberikan sesuatu kepada dunia sebagai balasan dari apa yang telah dunia berikan untuk dirinya, juga melakukan

sesuatu yang dapat memastikan kelangsungan generasi penerus di masa depan. Ketidakmampuan untuk memiliki pandangan generatif akan menciptakan perasaan bahwa hidup ini tidak berharga dan membosankan. Bila individu berhasil mengatasi krisis pada masa ini maka ketrampilan ego yang dimiliki adalah perhatian.

2.2.6.8 Tahap VIII : masa dewasa akhir (*Ego Integrity versus Despair*)

Pada tahap usia lanjut ini, mereka juga dapat mengingat kembali masa lalu dan melihat makna, ketentraman dan integritas. Refleksi ke masa lalu itu terasa menyenangkan dan pencarian saat ini adalah untuk mengintegrasikan tujuan hidup yang telah dikejar selama bertahun-tahun. Kegagalan dalam melewati tahapan ini akan menyebabkan munculnya rasa putus asa. (Riendravi, 2013)

2.2.7 Perkembangan moral anak

2.2.7.1 Usia 3 tahun

Tingkah lakunya semata-mata dikuasai oleh dorongan yang didasari dengan kecendrungan bahwa apa yang menyenangkan akan diulang, sedangkan yang tidak enak tidak akan diulang dalam tingkah lakunya. Anak pada masa ini masih sangat muda secara intelek, untuk menyadari dan mengartikan bahwa sesuatu tingkah laku adalah tidak baik, kecuali bilamana hal itu menimbulkan perasaan sakit.

2.2.7.2 Usia 3-6 tahun

Anak memperlihatkan sesuatu perbuatan yang baik tanpa mengetahui mengapa ia harus berbuat demikian. Ia melakukan hal ini untuk menghindari hukuman yang mungkin akan dialami dari

lingkungan sosial atau memperoleh pujian. Pada usia 5 atau 6 tahun anak sudah harus patuh terhadap tuntutan atau aturan orang tua dan lingkungan sosialnya. Ucapan-ucapan orang lain seperti; baik, tidak boleh, nakal, akan disosialisasikan anak dengan konsep benar atau salah.

2.2.7.3 Perkembangan moralitas pada anak usia 6 tahun sampai remaja

Pada masa ini anak laki-laki maupun perempuan belajar untuk bertingkah laku sesuai dengan apa yang diharapkan oleh kelompoknya. Dengan demikian nilai-nilai atau kaidah-kaidah moral untuk sebagian besar lebih banyak ditentukan oleh norma-norma yang terdapat didalam lingkungan kelompoknya. Pada usia 10 sampai 12 tahun anak dapat mengetahui dengan baik alasan-alasan atau prinsip-prinsip yang mendasari suatu aturan. Kemampuannya telah cukup berkembang untuk dapat membedakan macam-macam nilai moral serta dapat menghubungkan konsep-konsep moralitas mengenai: kejujuran, hak milik, keadilan dan kehormatan (Setiawan, 2009).

2.2.8 Perkembangan kognitif anak

Perkembangan kognitif atau proses berpikir adalah proses menerima, mengelola, sampai memahami info yang diterima. Aspeknya antara lain intelegensi, kemampuan memecahkan masalah serta kemampuan berfikir logis (Harlimsyah, 2010).

2.2.8.1 Periode Sensori motor (0-2,0 tahun)

Pada periode ini tingkah laku anak bersifat motorik dan anak menggunakan system penginderaan untuk mengenal lingkungannya untuk mengenal obyek.

2.2.8.2 Periode Pra operasional (2,0-7,0 tahun)

Pada periode ini anak bisa melakukan sesuatu sebagai hasil meniru atau mengamati sesuatu model tingkah laku dan mampu melakukan simbolisasi.

2.2.8.3 Periode konkret (7,0-11,0 tahun)

Pada periode ini anak sudah mampu menggunakan operasi. Pemikiran anak tidak lagi didominasi oleh persepsi, sebab anak mampu memecahkan masalah secara logis.

2.3 Konsep Hospitalisasi

2.3.1 Pengertian

Suatu proses karena alasan darurat atas berencana mengharuskan anak untuk tinggal di rumah sakit menjalani terapi dan perawatan sampai pemulihan . Selama proses tersebut bukan saja anak tetapi orang tua juga mengalami kebiasaan yang asing, lingkungannya yang asing, orang tua yang kurang mendapat dukungan emosi akan menunjukkan rasa cemas. Rasa cemas pada orang tua akan membuat stress anak meningkat. Dengan demikian asuhan keperawatan tidak hanya terfokus pada anak tetapi juga pada orang tuanya. (Dechin, 2009)

2.3.2 Dampak hospitalisasi

2.3.2.1 Dampak privasi : Setiap mau melakukan tindakan perawat harus selalu memberitahu dan menjelaskan tindakan perihwal apa yang mau dilakukan.

2.3.2.2 Gaya hidup : Pasien anak yang dirawat dirumah sakit sering kali mengalami perubahan pola gaya hidup hal ini disebabkan perbedaan pola dirumah sakit dengan dirumah anak.

2.3.2.3 Otonomi : Ia akan pasrah terhadap tindakan apapun yang dilakukan oleh petugas kesehatan demi mendapatkan kesembuhan.

2.3.2.4 Peran : Banyak yang berubah seperti perubahan peran, masalah keuangan, perubahan kebiasaan sosial, dan rasa kesepian. (Wong, 2009)

2.3.3 Cemas akibat perpisahan

Selama fase protes, anak-anak bereaksi secara agresif terhadap perpisahan dengan orangtua. Mereka menangis dan berteriak memanggil orangtua mereka, menolak perhatian dari orang lain, dan kedudukan mereka tidak dapat ditenangkan. Selama fase putus asa, tangisan berhenti, dan muncul depresi. Anak tersebut menjadi kurang begitu aktif, tidak tertarik untuk bermain atau terhadap makanan, dan menarik diri dari orang lain.

Tahap ketiga adalah pelepasan (penyangkalan) secara superfisial, tampak bahwa anak akhirnya menyesuaikan diri terhadap kehilangan. Perilaku ini merupakan hasil dari kepasrahan dan bukan merupakan tanda-tanda kesenangan. Anak memisahkan diri dari orangtua dan mengatasinya dengan membentuk hubungan yang dangkal dengan orang lain, menjadi makin berpusat pada diri sendiri, dan semakin berhubungan dengan objek materi. (Wong, 2009)

2.3.4 Kehilangan kendali

2.3.4.1 Bayi : bayi berusaha mengendalikan lingkungannya dengan ungkapan emosional, seperti menangis atau tersenyum

2.3.4.2 Todler : pengalaman hospitalisasi atau sakit sangat membatasi harapan dan prediksi mereka, karena secara praktis lingkungan rumah sakit sangat berbeda dengan yang ada dirumah. Misalnya, mereka menolak ketika

diberi makan yang berbeda dengan makanan yang biasa dimakan dirumahnya.

2.3.4.3 Anak pra sekolah : mereka memahami berbagai peristiwa dari sudut pandang mereka sendiri. Misalnya jika konsep anak pra sekolah tentang perawat adalah mereka yang menyebabkan nyeri , maka akan berpikir setiap perawat juga akan menyebabkan nyeri.

2.3.4.4 Anak usia sekolah : anak usia sekolah biasanya rentan terhadap kejadian-kejadian yang dapat mengurangi rasa kendali dan kekuatan mereka karena mereka berusaha keras memperoleh kemandirian dan produktivitas

2.3.4.5 Remaja : remaja dapat merasa terancam oleh orang lain yang menghubungkan fakta-fakta dengan cara yang merendahkan diri. Remaja ingin mengetahui apakah orang lain dapat berhubungan setingkat dengannya atau tidak. (Wong, 2009)

2.3.5 Karakteristik Perkembangan Respon Anak Terhadap Nyeri

2.3.5.1 Bayi

- 1) Respon tubuh umum, seperti memukul-mukul
- 2) Menangis dengan keras
- 3) Ekspresi nyeri pada wajah (alis menurun dan berkerut bersamaan, mata tertutup rapat, dan mulut terbuka serta membentuk bujur sangkar)

- 1) Menangis keras, berteriak
- 2) Ekspresi verbal, seperti “aduh”, “auw”, “sakit”
- 3) Memukul-mukul dengan lengan dan kaki
- 4) Berusaha mendorong stimulus menjauh sebelum nyeri terjadi

- 5) Tidak kooperatif

2.3.5.3 Anak usia sekolah

- 1) Terlihat semua perilaku toodler
- 2) Sikap berdalih seperti “tunggu sebentar”, atau “saya belum siap”
- 3) Mengepalkan tangan, jari memucat, gigi bergemetar, tubuh kaku, mata tertutup, dahi berkerut

- 1) Protes vokal sedikit
- 2) Aktivitas motorik sedikit
- 3) Ekspresi verbal lebih banyak, seperti ‘sakit’ atau “kamu menyakitiku”
- 4) Ketegangan otot dan kontrol tubuh meningkat

(Wong, 2009)

2.3.6 Efek hospitalisasi pada anak

2.3.6.1 Anak kecil

- 1) Kecenderungan untuk berpegangan erat dengan orang tua
- 2) Menuntut perhatian orang tua
- 3) Sangat menentang perpisahan
- 4) Ketakutan baru (misalnya mimpi buruk)
- 5) Rewel terhadap makanan
- 6) Menarik diri dan pemalu

2.3.6.2 Anak yang lebih tua

- 1) Dingin secara emosional, dilanjutkan dengan ketergantungan pada orangtua yang intens dan menuntut
- 2) Marah pada orangtua

3) Cemburu dengan orang lain (misalnya sibling).

(Wong, 2009)

2.3.7 Reaksi Orang Tua Terhadap Hospitalisasi

Pada awalnya orang tua dapat bereaksi dengan tidak percaya, terutama jika penyakit tersebut muncul secara tiba-tiba dan serius. Setelah realisasi penyakit, orang tua bereaksi dengan marah atau merasa bersalah. Orangtua dapat mempertanyakan kelayakan diri mereka sendiri sebagai pemberi perawatan terhadap anaknya. Takut, cemas, dan frustrasi merupakan perasaan yang banyak diungkapkan oleh orangtua. Takut dan cemas berkaitan dengan keseriusan penyakit dan jenis prosedur medis yang dilakukan. Perasaan frustrasi berkaitan dengan kurangnya informasi tentang prosedur dan pengobatan. Orangtua akhirnya dapat bereaksi dengan beberapa tingkat depresi. (Wong, 2009)

2.3.8 Konsep Solusi

Penyakit DHF dapat dicegah dengan melakukan cuci tangan sebelum makan. Pasokan air yang tidak terkontaminasi dan mudah didapat serta penerapan sanitasi yang baik menjadi hal penting untuk mengurangi tingkat infeksi dan gastroenteritis yang berarti dari segi klinis. Bagi ibu sangat baik untuk melakukan pemberian ASI eksklusif, karena ASI mengurangi frekuensi dan durasi infeksi. Selain itu juga perlu diperhatikan membuat lingkungan hidup yang sehat untuk anak, misalnya buang air besar pada tempatnya, dan mencegah lalat agar tidak menghinggapi makanan. (Wong, 2009)

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian

2.4.1.1 Pengumpulan Data

1) Identitas

Pada pasien *Dengue hemoragic fever*, sebagian besar sering terjadi pada anak-anak usia 1-4 tahun dan 5-10 tahun, tidak terdapat perbedaan jenis kelamin tetapi kematian sering pada anak perempuan. Di daerah tropis yang di sebabkan oleh nyamuk *Aedes aegypti*.

2) Keluhan utama

Alasan/keluhan yang menonjol pada pasien Demam Dengue untuk datang ke Rumah Sakit adalah panas tinggi dengan suhu hingga 40⁰C dan anak tampak lemah. (Rampengan, 2009).

3) Riwayat Penyakit Sekarang

- (1) Didapatkan adanya keluhan panas mendadak yang disertai menggigil, dan saat demam kesadaran komposmentis.
- (2) Turunnya panas terjadi antara hari ke 3 dan ke 7 dan anak semakin lemah.
- (3) Kadang-kadang disertai dengan keluhan batuk pilek, nyeri telan, mual, muntah, anoreksia, diare atau konstipasi, sakit kepala, nyeri otot dan persendian, nyeri ulu hati dan pergerakan bola mata terasa pegal, serta adanya manifestasi perdarahan pada kulit, gusi (grade III, IV), melena atau hematemesis. (Nur salam, 2013).

4) Riwayat Penyakit Dahulu

- (1) Riwayat kesehatan dalam keluarga perlu dikaji kemungkinan ada keluarga yang sedang menderita DHF.

(2) Kondisi lingkungan rumah dan komunitas

Mengkaji kondisi lingkungan disekitar rumah seperti adanya genangan air didalam bak dan selokan-selokan yang dapat mengundang adanya nyamuk. Kemungkinan ada tetangga disekitar rumah yang berjarak 100 m yang menderita DHF

(3) Perilaku yang merugikan kesehatan

Perilaku buruk yang sering berisiko menimbulkan DHF adalah kebiasaan menggantung pakaian kotor dikamar, 3M yang jarang / tidak pernah dilakukan gerakan.

(4) Tumbuh kembang

Mengkaji mengenai pertumbuhan dan perkembangan anak sesuai dengan tingkat usia, baik perkembangan emosi dan sosial.

(5) Imunisasi

Yang perlu dikaji adalah jenis imunisasi dan umur pemberiannya.

Apakah imunisasi lengkap, jika belum apa alasannya.

(Rampengan, 2009).

5) Pemeriksaan Fisik

(1) B1 (*Breathing*)

((1) Inspeksi, pada derajat 1 dan 2 : pola nafas regular, retraksi otot bantu nafas tidak ada, pola nafas normal, RR dbn (-), pada derajat 3 dan 4 : pola nafas ireguler, terkadang terdapat retraksi otot bantu nafas, pola nafas cepat dan dangkal, frekuensi nafas meningkat, terpasang alat bantu nafas.

((2) Palpasi, vocal fremitus normal kanan-kiri.

((3) Auskultasi, pada derajat 1 dan 2 tidak adanya suara tambahan ronchi, wheezing, pada derajat 3 dan 4 adanya cairan yang tertimbun pada paru, rales(+), ronchi (+).

((4) Perkusi, pada derajat 3 dan 4 terdapat suara sonor

(2) B2 (*Blood*)

((1) Inspeksi, pada derajat 1 dan 2 pucat, pada derajat 3 dan 4 tekanan vena jugularis menurun.

((2) Palpasi, pada derajat 1 dan 2 nadi teraba lemah, kecil, tidak teratur, pada derajat 3 tekanan darah menurun, nadi lemah, kecil, tidak teratur, pada derajat 4 tensi tidak terukur, ekstermitas dingin, nadi tidak teraba.

((3) Perkusi, pada derajat 3 dan 4 normal redup, ukuran dan bentuk jantung secara kasar pada kasus demam haemorrhagic fever masih dalam batas normal.

((4) Auskultasi, pada derajat 1 dan 2 bunyi jantung S1,S2 tunggal, pada derajat 3 dan 4 bunyi jantung S1,S2 tunggal.

(3) B3 (*Brain*)

((1) Inspeksi, pada derajat 1 dan 2 tidak terjadi penurunan tingkat kesadaran (apatis, somnolen, stupor, koma) atau gelisah, pada derajat 3 dan 4 terjadi penurunan tingkat kesadaran (apatis, somnolen, stupor, koma) atau gelisah, GCS menurun, pupil miosis atau midriasis, reflek fisiologis atau reflek patologis.

(4) Palpasi, pada derajat 3 dan 4 biasanya adanya parese, anesthesia.

(5) B4 (*Bladder*)

((1) Inspeksi, pada derajat 1 dan 2 produksi urin menurun (oliguria sampai anuria), warna berubah pekat dan berwarna coklat tua pada derajat 3 dan 4.

((2) Palpasi, pada derajat 3 dan 4 ada nyeri tekan pada daerah simfisis.

(6) B5 (*Bowel*)

((1) Inspeksi, pada derajat 1 dan 2 BAB, konsistensi (cair, padat, lembek), frekuensi lebih dari 3 kali dalam sehari, mukosa mulut kering, perdarahan gusi, kotor, nyeri telan.

((2) Auskultasi, pada derajat 1 dan 2 bising usus normal (dengan menggunakan diafragma stetoskop), peristaltik usus meningkat (gurgling) > 5-20kali/menit dengan durasi 1 menit pada derajat 3 dan 4.

((3) Perkusi, pada derajat 1 dan 2 mendengar adanya gas, cairan atau massa (-), hepar dan lien tidak membesar suara tymphani, pada derajat 3 dan 4 terdapat hepar membesar.

((4) Palpasi, pada derajat 1 dan 2 nyeri tekan (+), hepar dan lien tidak teraba, pada derajat 3 dan 4 pembesaran limpha/spleen dan hepar, nyeri tekan epigastrik, hematemesis dan melena.

(7) B6 (*Bone*)

((1) Inspeksi, pada derajat 1 dan 2 kulit sekitar wajah kemerahan, klien tampak lemah, aktivitas menurun, pada derajat 3 dan 4 terdapat kekakuan otot, pada derajat 3 dan 4 adanya ptekie atau bintik-bintik merah pada kulit, akral klien hangat, biasanya timbul mimisan, berkeringsat, kulit tampak biru.

((2) Palpasi, pada derajat 1 dan 2 hipotoni, kulit kering, elastisitas menurun, turgor kulit menurun, ekstermitas dingin.(Dianindriyani, 2011)

(8) B7 (Pengindraan)

((1) Inspeksi pada telinga bagian luar, periksa ukuran, bentuk, warna, lesi, dan adanya masa pada pinna.

((2) Palpasi dengan cara memegang telinga dengan ibu jari dan jari telunjuk, lanjutkan telinga luar secara sistematis yaitu dari jaringan lunak, kemudian jaringan keras, dan catat bila ada nyeri.

((3) Inspeksi hidung bagian luar dari sisi depan, samping, dan atas, kemudian amati warna dan pembengkakan pada kulit hidung, amati kesimetrisan lubang hidung.

((4) Palpasi hidung bagian luar dan catat bila ditemukan ketidaknormalan kulit atau tulang hidung, lanjut palpasi sinus maksilaris, frontalis dan etmoidalis, dan perhatikan adanya nyeri tekan.

((5) Inspeksi pada bibir untuk mengetahui adanya kelainan conital bibir sumbing, warna bibir, ulkus, lesi, dan massa. Lanjutkan inspeksi pada gigi dan anjurkan pasien membuka mulut.

(9) B8 (Sistem endokrin)

Pada anak DHF tidak terjadi gangguan pada sistem hormon.

2.4.2 Analisa Data

Analisa data adalah kemampuan kognitif perawat dalam pengembangan daya berfikir dan penalaran yang dipengaruhi latar belakang ilmu dan pengetahuan, pengalaman, dan pengertian tentang substansi ilmu keperawatan dan proses penyakit. Fungsi analisa data adalah perawat yang menginterpretasi data yang diperoleh dari pasien atau dari sumber lain, sehingga data yang diperoleh memiliki makna dan arti pengambilan keputusan untuk menentukan masalah keperawatan dan kebutuhan klien.

Dalam melakukan analisa data, perawat harus memperhatikan langkah-langkah sebagai berikut:

2.4.2.1 Validasi data kembali, teliti kembali data yang dikumpul

2.4.2.2 Identifikasi kesenjangan data

2.4.2.3 Susun kategori data secara sistematis dan logis

2.4.2.4 Identifikasi kemampuan dan keadaan yang menunjang asuhan keperawatan klien

2.4.2.5 Buat hubungan sebab akibat antara data dengan masalah yang timbul serta penyebabnya.

2.4.2.6 Buat kesimpulan tentang kesenjangan yang ditemukan.

(Young Jabbar, 2014)

2.4.3 Diagnosa Keperawatan

2.4.3.1 Peningkatan suhu tubuh (hipertermia) berhubungan dengan proses infeksi virus dengue

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

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

2.4.3.4 Kekurangan volume cairan berhubungan dengan dehidrasi karena peningkatan suhu tubuh.

2.4.3.5 Nyeri akut berhubungan dengan kehilangan fungsi trombosit agregasi (Hidayat A. Aziz Alimul, 2009).

2.4.3.6 Resiko syok (hipypovolemik) berhubungan dengan perdarahan yang berlebih

2.4.3.7 Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi

2.4.3.8 Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi

2.4.4 Perencanaan

2.4.4.1 Peningkatan suhu tubuh (hipertermia) berhubungan dengan proses infeksi virus dengue

Tabel 2.6 Intervensi keperawatan peningkatan suhu tubuh (hipertermia) berhubungan dengan proses infeksi virus dengue.

Tujuan/Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan anak menunjukkan Suhu dalam batas normal</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>1) Keluarga mampu</p>	<p>1) Jelaskan pada keluarga pasien tentang demam</p>	<p>1) Suhu $38.9^{\circ}\text{C} - 41.1^{\circ}\text{C}$ menunjukkan proses penyakit infeksius akut. Pola demam dapat membantu dalam diagnosis misalnya kurva demam lanjut berakhir berakhir lebih dari 24 jam menunjukkan</p>

menjelaskan kembali
tentang demam

pneumonia
pneumokokal, demam
scarlet atau tifoid

<p>2) Keluarga melaporkan suhu tubuh berkurang</p> <p>3) Keluarga mampu mendemonstrasikan tentang cara mengompres yang benar</p> <p>4) Suhu tubuh dalam rentang normal 36,5 - 37°C,</p> <p>5) Nadi 80 – 100x/mnt</p> <p>6) Tidak ada perubahan warna kulit,</p> <p>7) Akral hangat,</p> <p>8) Pasien tidak lemah</p>	<p>2) Anjurkan orang tua untuk memberikan pakaian tipis dan mudah menyerap keringat</p> <p>3) Anjurkan orang tua untuk meningkatkan asupan cairan pada pasien</p> <p>4) Ajarkan cara mengompres yang benar yaitu lipat paha dan aksila</p> <p>5) Observasi suhu tubuh pasien, diaphoresis</p> <p>6) Kolaborasi pemberian antipiretik dengan pasien sesuai kondisi</p>	<p>2) Untuk memberikan rasa nyaman pakaian yang tipis mudah menyerap keringat dan tidak merangsang peningkatan suhu tubuh</p> <p>3) Untuk mencegah dehidrasi pada pasien</p> <p>4) Dapat membantu mengurangi demam pada pasien</p> <p>5) Suhu 38.9⁰C – 41.1⁰C menunjukkan proses penyakit infeksius akut demam yang kembali normal</p> <p>6) Digunakan untuk mengurangi demam dengan aksi sentral nya pada hipotalamus, meskipun demam mungkin dapat berguna dalam membatasi pertumbuhan organisme, dan meningkatkan autodestruksi dari sel-sel yang terinfeksi.</p>
--	---	--

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

Tabel 2.7 Intervensi keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi yang tidak adekuat akibat mual dan nafsu makan yang menurun

Tujuan/Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam anak menunjukkan tanda-tanda kebutuhan nutrisi yang adekuat.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Keluarga mampu menjelaskan kembali tentang nutrisi 2) Keluarga melaporkan tidak terjadi penurunan berat badan 3) Adanya peningkatan berat badan sesuai rentang BB ideal 4) Nafsu makan bertambah mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi. 5) Porsi makan habis. 6) Membran mukosa tidak pucat 7) Bising usus normal 8) Tidak ada kram abdomen 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan tentang pentingnya nutrisi 2) Berikan makanan dalam porsi sedikit dengan frekuensi sering 3) Berikan makanan dalam keadaan hangat dan menarik 4) Anjurkan orang tua tetap memaksimalkan ritual makan yang disukai anak selama di RS 5) Timbang BB setiap hari atau sesuai indikasi 6) Observasi intake dan output makanan 7) Berikan kebersihan oral 8) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Untuk menambah pengetahuan pasien 2) Dapat meningkatkan masukan meskipun nafsu makan mungkin lambat untuk kembali 3) Untuk menambah nafsu makan pasien 4) Memungkinkan makanan yang disukai pasien akan memungkinkan pasien untuk mempunyai pilihan terhadap makanan yang dapat dimakan dengan lahap. 5) Memberikan informasi tentang kebutuhan diet atau keefektifan terapi 6) Mengidentifikasi kekurangan makanan dan kebutuhan 7) Mulut yang bersih dapat meningkatkan rasa makanan 8) Suplemen dapat memainkan peran penting dalam

kalori dan nutrisi yang mempertahankan

	dibutuhkan pasien	masukan kalori dan protein
--	-------------------	----------------------------

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

Tabel 2.8 Intervensi keperawatan resiko perdarahan berhubungan dengan penurunan faktor-faktor pembekuan darah (trombositopeni).

Tujuan/Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
<p>Tujuan : setelah dilakukan selama 2x24 jam di harapkan pasien tidak terjadi perdarahan lebih lanjut</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tidak ada perdarahan 2) Tidak ada distensi abdominal 3) Tidak ada hematuria dan hematemesis 4) Hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor tanda-tanda penurunan trombosit yang disertai tanda klinis. 2) Anjurkan pasien untuk banyak istirahat (bedrest) 3) Kolaborasi, monitor trombosit setiap hari 4) Antisipasi adanya perdarahan : gunakan sikat gigi yang lunak, pelihara kebersihan mulut, berikan tekanan 5-10 menit 5) Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan 6) Kolaborasi, monitor trombosit setiap hari 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Penurunan trombosit merupakan tanda adanya kebocoran pembuluh darah yang pada tahap tertentu dapat menimbulkan tanda-tanda klinis seperti epistaksis, ptekie 2) Aktifitas pasien yang tidak terkontrol dapat menyebabkan terjadinya perdarahan. 3) Dengan trombosit yang dipantau setiap hari, dapat diketahui tingkat kebocoran pembuluh darah dan kemungkinan perdarahan yang dialami pasien 4) Mencegah terjadinya perdarahan lebih lanjut 5) untuk mengurangi resiko perdarahan pada pasien 6) Dengan trombosit yang dipantau setiap hari, dapat diketahui

		tingkat kebocoran pembuluh darah dan kemungkinan perdarahan yang dialami pasien
--	--	---

2.4.4.4 Kekurangan volume cairan berhubungan dengan dehidrasi karena peningkatan suhu tubuh.

Tabel 2.9 Intervensi keperawatan kekurangan volume cairan berhubungan dengan dehidrasi karena peningkatan suhu tubuh.

Data	Intervensi	Rasional
<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan pasien dapat menunjukkan tanda cairan terpenuhi</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Keluarga mampu menjelaskan kembali tentang dehidrasi 2) Keluarga melaporkan tidak terjadi dehidrasi pada pasien 3) Mempertahankan output urine sesuai dengan usia dan BB. 4) Nadi 80-100x/menit, suhu tubuh dalam rentang normal 36,5 - 37°C 5) Tidak ada tanda dehidrasi, elastis turgor kulit membaik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan pada orang tua mengenai dampak yang timbul apabila anak kekurangan cairan. 2) Pertahankan catatan input dan output yang akurat. 3) Monitor status dehidrasi (observasi turgor kulit, observasi membran mukosa, dan nadi adekuat) jika di perlukan. 4) Observasi tanda-tanda vital 5) anjurkan klien untuk minum banyak minimal 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Agar orang tua mampu memahami dampak yang timbul apabila anak kekurangan cairan. 2) Evaluator langsung status cairan. Perubahan tiba-tiba pada berat badan dicurigai kehilangan/retensi cairan. 3) Peningkatan suhu/memanjang nya demam meningkatkan laju metabolik dan kehilangan cairan melalui evaporasi TD ortostatik berubah dan peningkatan takikardia menunjukkan kekurangan cairan sis temik. 4) Memantau perubahan tanda-tanda vital pada klien. 5) Untuk memenuhi kebutuhan cairan tubuh peroral.

	2500cc atau sesuai toleransi. 6) Kolaborasi pemberian cairan IV	6) Cairan dapat dibutuhkan untuk mencegah dehidrasi.
--	--	--

2.4.4.5 Nyeri akut berhubungan dengan kehilangan fungsi trombosit agregasi

Tabel 2.10 Intervensi keperawatan nyeri akut berhubungan dengan kehilangan fungsi trombosit agregasi

Data	Intervensi	Rasional
<p>Tujuan : setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam di harapkan rasa nyeri pada anak berkurang</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Keluarga mampu menjelaskan kembali tentang nyeri 2) Keluarga melaporkan nyeri berkurang 3) Keluarga mampu mendemonstrasikan cara mengurangi nyeri 4) Tanda-tanda vital dalam rentang normal : -Nadi 5) Skala nyeri anak berkurang 0-10 6) Wajah tampak rileks 7) Anak tidak menringis kesakitan 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Observasi tingkat nyeri anak dengan melihat ekspresi wajah anak/menggunakan skala 2.Observasi faktor yang mempengaruhi anak terhadap nyeri 3.Berikan posisi yang nyaman dan ciptakan suasana ruangan yang tenang 4.Berikan suasana yang gembira bagi anak untuk mengalihkan perhatian anak terhadap nyeri 5.Kolaborasi pemberian analgesik. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui nyeri yang dialami oleh anak 2. Dengan mengetahui faktor-faktor tersebut maka perawat dapat melakukan intervensi yang sesuai dengan masalah klien. 3. Posisi yang nyaman dan suasana yang tenang dapat membuat perasaan anak menjadi nyaman 4. Dengan melakukan aktifitas lain anak dapat mengalihkan perhatian terhadap nyeri 5. Untuk mengurang/ menekan rasa nyeri

2.2.4.6 Resiko syok (hipypovolemik) berhubungan dengan perdarahan yang berlebih

Tabel 2.11 Intervensi keperawatan resiko syok (hipypovolemik) berhubungan dengan perdarahan yang berlebih

Tujuan/Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan aliran darah ke jaringan tubuh kembali normal</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Keluarga mampu menjelaskan kembali tentang tanda-tanda syok 2) Keluarga melaporkan tidak ada tanda-tanda syok 3) Nadi 80-100x/mnt dan RR 20-30x/mnt dalam batas normal 4) Tidak ada pernafasan takipneu. 5) Akral hangat 6) Tidak ada tanda-tanda perdarahan 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan pada klien dan keluarga tanda perdarahan, dan segera laporkan jika terjadi perdarahan 2) Observasi vital sigh setiap 3 jam atau lebih 3) Monitor keadaan umum pasien 4) Monitor status sirkulasi darah, warna kulit, suhu kulit, denyut jantung, ritme nadi perifer, dan kapiler refill 5) Kolaborasi pemberian intravena. 6) Kolaborasi pemeriksaan HB, PCV, Trombosit 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Dengan melibatkan klien dan keluarga maka tanda-tanda perdarahan dapat segera diketahui dan tindakan yang cepat dan tepat dapat segera diberikan 2) perawat perlu terus menerus mengobservasi vital sign untuk memastikan tidak terjadi presyok/syok. 3) Untuk memonitor kondisi pasien selama perawatan terutama saat terjadi perdarahan, perawat segera mengetahui tanda-tanda presyok/syok 4) Mengidentifikasi dan mengontrol keadaan sirkulasi darah, warna kulit, denyut jantung, ritme nadi serta kapiler refill 5) Cairan intravena diperlukan untuk mengatasi kehilangan cairan tubuh secara hebat. 6) Untuk mengetahui tingkat kebocoran pembuluh darah yang dialami pasien dan untuk acuan melakukan tindakan lebih lanjut

2.2.4.7 Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurangnya sumber informasi

Tabel 2.12 Intervensi keperawatan defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurangnya sumber informasi

Tujuan/Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan pasien dan keluarga mengerti proses penyakitnya dan program perawatan serta therapy.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>1) Menjelaskan kembali tentang penyakitnya</p> <p>2) Keluarga mampu menyebutkan kembali tentang penyebab penyakitnya</p> <p>3) Keluarga mampu menyebutkan kembali tentang tanda dan gejala</p> <p>4) Keluarga mampu menyebutkan kembali tentang pencegahan DHF</p> <p>5) Keluarga mampu menyebutkan kembali tentang penatalaksanaan DHF</p>	<p>1) Jelaskan tentang definisi penyakit DHF, proses penyalit, tanda gejala, identifikasi penyebab dan kondisi pasien</p> <p>2) Jelaskan tentang program pengobatan dan alternatif pencegahan</p> <p>3) Tanyakan kembali pengetahuan keluarga pasien dan pasien tentang penyakit, prosedur perawatan dan pengobatan</p>	<p>1) Meningkatkan pengetahuan dan mengurangi cemas</p> <p>2) Mempermudah intervensi</p> <p>3) Mereview kembali apa yang sudah diinformasikan</p>

2.2.4.8 Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi

Tabel 2.13 Intervensi keperawatan ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi

Tujuan/Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam pola pernafasan kembali normal, dengan kriteria hasil :</p> <p>1) Keluarga mampu menjelaskan kembali</p>	<p>1) Jelaskan pada keluarga tentang sesak nafas</p> <p>2) Berikan posisi semifowler</p>	<p>1) Untuk menambah pengetahuan pada keluarga pasien</p> <p>2) Untuk memudahkan ekspansi paru dan menurunkan adanya kemungkinan lidah jatuh yang menyumbat</p>

<p>tentang sesak nafas</p> <p>2) Keluarga melaporkan sesak nafas berkurang</p> <p>3) Keluarga mampu mendemonstrasikan ulang tentang teknik nafas dalam</p> <p>4) Pola nafas teratur</p> <p>5) Tidak ada pernafasan cuping hidung</p> <p>6) Tidak ada otot bantu nafas</p> <p>7) Tidak ada pernafasan bibir</p> <p>8) RR : 16-24x/menit</p>	<p>3) Ajarkan teknik nafas dalam</p> <p>4) Observasi pola, frekuensi, pernafasan cuping hidung, penggunaan otot bantu nafas, pernafasan bibir</p> <p>5) Kolaborasi pemberian oksigen</p>	<p>jalan nafas</p> <p>3) untuk mencegah/menurunkan atelektasis</p> <p>4) Perubahan dapat menandakan awitan komplikasi pulmonal (umumnya mengikuti cedera otak) atau menandakan lokasi/luasnya keterlibatan otak. Pernafasan lambat, periode apnea dapat menandakan perlunya ventilasi mekanis</p> <p>5) memaksimalkan oksigen di daerah arteri dan membantu dalam pencegahan hipoksia. Jika pusat pernafasan tertekan, mungkin diperlukan ventilasi mekanik.</p>
--	--	---

(Nurarif dan Kusuma, 2015)

2.4.5 Pelaksanaan

Tindakan keperawatan mandiri dilakukan tanpa perintah dokter, tindakan keperawatan mandiri ini ditetapkan dengan standar *praktik American Nursing Association* (1973), undang–undang praktik perawat negara bagian dan kebijakan institusi perawat kesehatan. (Nuratif dan Kusuma, 2015)

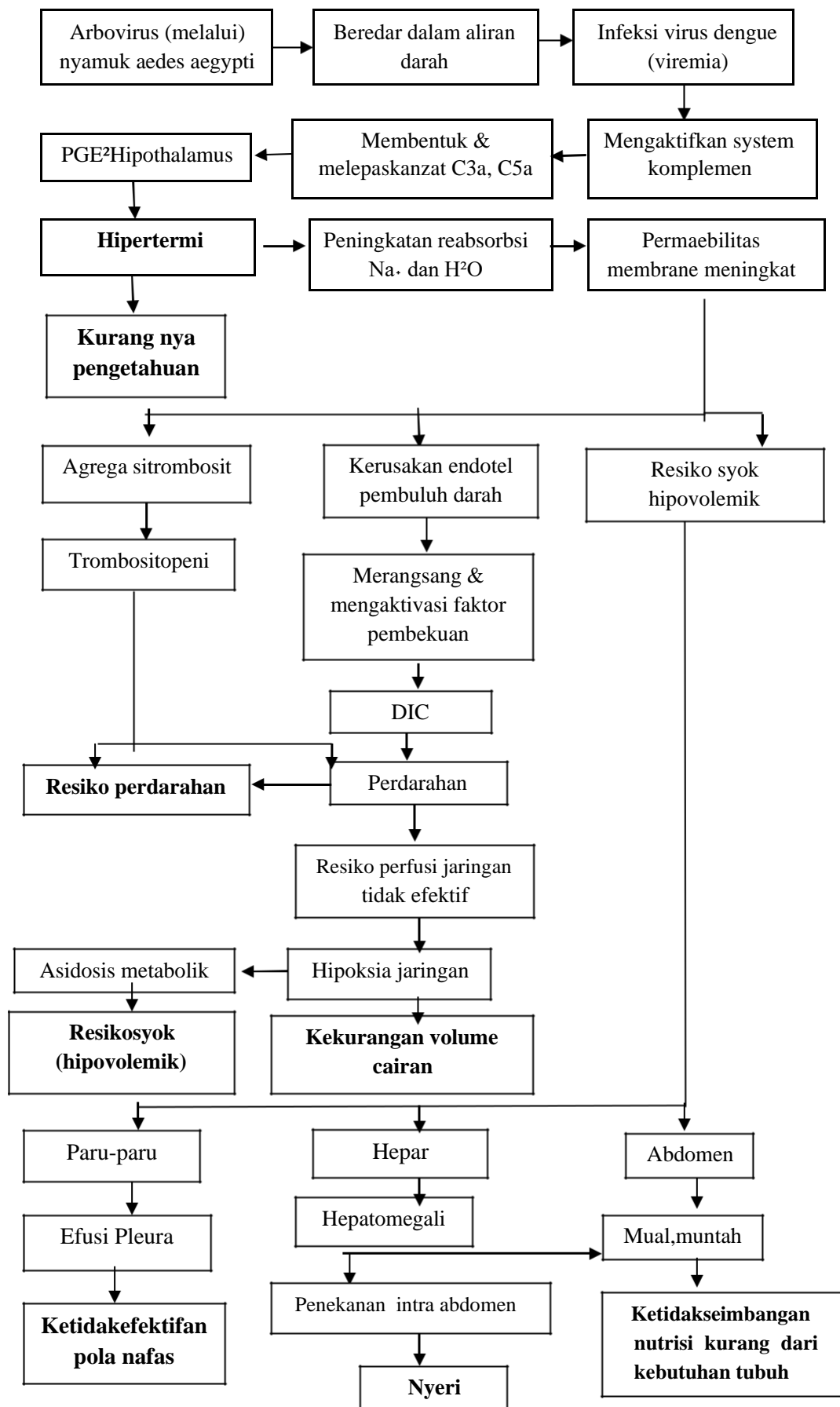
Tindakan keperawatan kolaboratif, diimplementasikan bila perawat bekerja dengan anggota tim perawatan kesehatan yang lain dalam membuat keputusan bersama yang bertujuan untuk mengatasi masalah – masalah klien.

Dokumentasi tindakan keperawatan dan respons klien terhadap tindakan keperawatan, dokumentasi merupakan pernyataan dari kejadian atau aktifitas yang otentik dengan mempertahankan catatan – catatan yang tertulis. Dokumentasi merupakan wahana untuk komunikasi dari salah satu profesional ke profesional lainnya tentang status klien. Dokumentasi klien memberikan bukti tindakan keperawatan mandiri dan kolaboratif yang diimplementasikan oleh perawat. (Christiana, 2012)

2.4.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam evaluasi perawat seharusnya memiliki pengetahuan dan kemampuan dalam memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang ingin dicapai serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil.(Christiana, 2012).

2.5 KerangkaMasalah



Gambar 2.1 Kerangka Masalah DHF (N. Diana, S.Kep, 2007)

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambarannya tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan DHF (*Dengue Haemorrhagic Fever*), maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 15 Maret 2019 sampai dengan 18 Maret 2019 dengan data pengkajian pada tanggal 15 Maret 2019 pada pukul 08.00 WIB, Diagnosa medis DHF Grade 3. Anamnesa diperoleh dari klien dan keluarga sebagai berikut:

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas

Pasien adalah seorang anak perempuan bernama An.W usia 10 tahun beragama Islam, bahasa yang digunakan adalah bahasa Jawa dan Madura. Pasien adalah anak kedua dari Tn.T 40 tahun dan Ny.Y 38 tahun. Pasien tinggal didaerah Kedawongkulon, RT 03 RW 09 Kec. Grati Kab.Pasuruan orang tua pasien beragama Islam dan pekerjaan ayah sebagai wiraswasta dan pekerjaan ibu sebagai ibu rumah tangga. Pasien MRS pada tanggal 15 Maret 2019.

3.1.2 RiwayatKeperawatan

3.1.2.1 Keluhan Utama/Alasan MRS : ibu pasien mengatakan anaknya Panas dan batuk.

3.1.2.2 Riwayat Penyakit Saat Ini :Ibu pasien mengatakan anaknya panas 1 minggu sejak tanggal 8 Maret 2019, kemudian tanggal 9 Maret 2019 di bawa ke Puskesmas tetapi tidak ada hasil kemudian ibu pasien

membawanya ke bidan dan diberi obat Paracetamol dan panasnya turun setelah dua hari panas lagi dan dibawa ke puskesmas Grati dilakukan rawat inap di puskesmas Grati selama 4 hari, selama di puskesmas mengalami kejang 2 kali dan mimisan 1 kali, setelah di ambil darah dan di periksa Laboratorium dan hasilnya positif DHF kemudian dirujuk ke RSUD Bangil pada tanggal 15 Maret 2019. Kondisi klien pada saat tiba di IGD RSUD Bangil terjadi penurunan tingkat kesadaran. Namun ketika tiba di Ruang Asoka kondisi klien sudah stabil.

3.1.2.3 Riwayat Keperawatan Sebelumnya :Ibu pasien mengatakan anaknya baru pertama kali MRS dengan keluhan panas 2 hari. Pasien mengalami demam berdarah baru pertama kali.

3.1.2.4 Penyakit yang pernah diderita :Ibu pasien mengatakan anaknya pernah mengalami batuk pilek

3.1.2.5 Kecelakaan yang pernah dialami:Ibu pasien mengatakan anaknya tidak pernah mengalami kecelakaan.

3.1.2.6 Operasi :Ibu pasien mengatakan anaknya tidak pernah di operasi.

3.1.2.7 Alergi :Ibu pasien mengatakan anaknya tidak memiliki riwayat alergi.

3.1.3 Riwayat persalinan

3.1.3.1 Pre natal care :Ibu pasien mengatakan selama hamil ibu rutin kontrol ke bidan sebanyak 5 kali, imunisasi TT 1 kali dan selama hamil mengeluh muntah-muntah.

3.1.3.2 Natal :Ibu pasien mengatakan melahirkan normal di klinik dengan bantuan bidan, lama persalinan 8 jam dan tidak ada komplikasi setelah melahirkan

3.1.3.3 Post natal :Ibu pasien mengatakan keadaan bayinya normal dengan panjang 50 cm dan berat badan 3000 gram.

3.1.4 Riwayat Imunisasi : Ibu pasien mengatakan anaknya mendapatkan imunisasi sebanyak 5 macam yaitu BCG dilakukan 1 kali saat anaknya lahir,tidak ada reaksi setelah pemberian imunisasi. DPT dilakukan 1 kali, reaksi setelah imunisasi anaknya mengalami panas. Polio dilakukan 2 kali, tidak ada reaksi setelah pemberian. Campak dilakukan 1 kali saat anaknya berusia 9 bulan, tidak ada reaksi setelah pemberian imunisasi dan Hepatitis dilakukan 3 kali, tidak ada reaksi setelah pemberian.

3.1.5 Riwayat kesehatan keluarga

3.1.5.1 Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga :

Ibu pasien mengatakan dalam keluarga tidak ada yang menderita penyakit DHF.

3.1.5.2 Lingkungan rumah dan komunitas

Ibu pasien mengatakan lingkungan rumahnya tidak ada genangan air, tetapi lingkungan rumah sering tergenang air disaat hujan hingga kebanjiran.

3.1.5.3 Perilaku yang mempengaruhi kesehatan :

Ibu pasien mengatakan selama ini dirinya sudah menjaga anaknya dengan baik, tetapi mempunyai kebiasaan menggantung baju dikamarnya. Ibu

pasien juga mengatakan selama ini dirinya rajin membersihkan kamar mandi dengan membersihkan 2 kali dalam satu minggu.

3.1.6 Riwayat tumbuh kembang :

3.1.6.1 Berat badan saat ini : 30 kg, Berat badan satu bulan yang lalu 29 kg

$$\text{Rumus :BB} = (\text{Usia(dalam tahun)} \times 7 - 5) : 2$$

$$= (10 \times 7 - 5) : 2$$

$$= 70 - 5 : 2$$

$$= 32.5 \text{ kg.}$$

3.1.6.2 Erupsi gigi pertama : 8 bulan, jumlah gigi sekarang lengkap sejumlah 20.

3.1.6.3 Tahap perkembangan psikososial (sesuai usia)

Anak dapat menyelesaikan tugas akademiknya dan mampu menemukan solusi positif.

3.1.6.4 Tahap perkembangan psikoseksual (sesuai usia)

Anak sudah mengerti jenis kelamin dirinya dan lawan jenisnya. Ibu pasien mengatakan dalam kesehariannya An.W lebih sering berteman dengan teman berjenis kelamin sama.

3.1.6.5 Perkembangan sosialisasi (sesuai usia)

Anak sudah memiliki teman akrab sebayanya, bertukar pikiran dan mampu bersosialisasi dengan lingkungan sekitar.

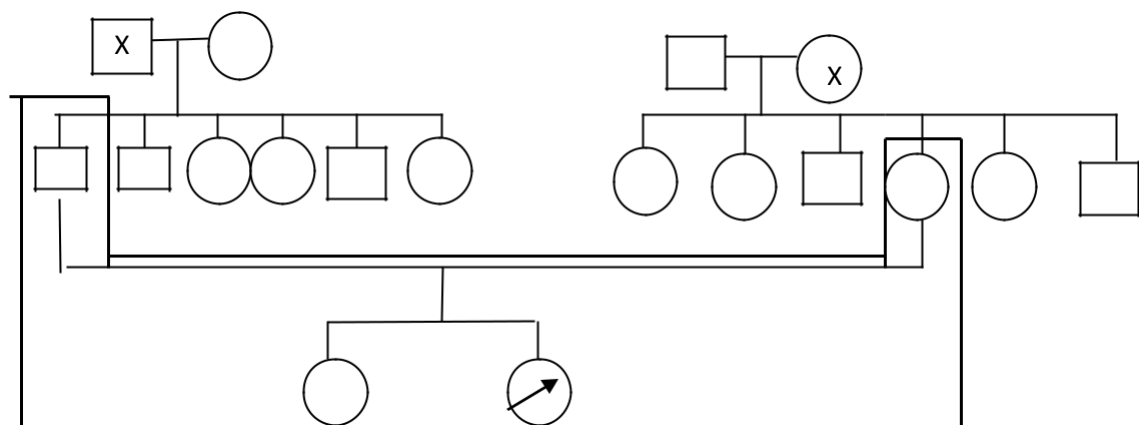
3.1.6.6 Perkembangan bahasa (sesuai usia)

Anak sudah bisa berbahasa Indonesia dengan benar, dan belajar bahasa Inggris ketika di sekolahnya, belajar bahasa Jawa maupun Madura dilingkungan sekitarnya.

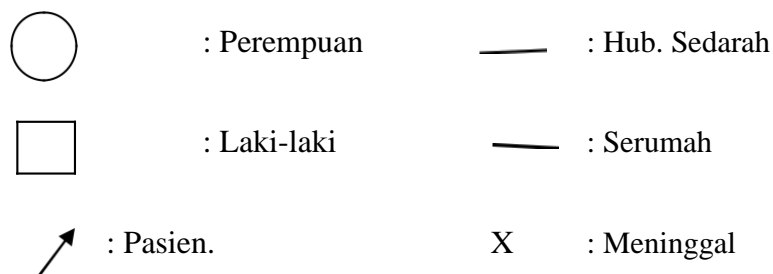
3.1.6.7 Kemampuan menolong diri sendiri (sesuai usia)

Anak mampu melakukan tugasnya secara mandiri tanpa melibatkan bantuan orang lain, seperti mencuci baju, mengerjakan PR dsb.

3.1.7 Genogram



Keterangan:



Gambar 3.1 genogram pada pasien An. W dengan diagnosa DHF grade 3

3.1.8 Riwayat nutrisi

3.1.8.1 Pemberian ASI

Ibu pasien mengatakan pertama kali anaknya disusui saat lahir. Cara pemberian ASI setiap anaknya menangis, lama pemberian ASI sampai anaknya berusia 2 tahun. Ibu pasien mengatakan menurut pengetahuannya, ASI adalah nutrisi yang sangat penting bagi pertumbuhan dan perkembangan bayi.

3.1.8.2 Pemberian susu formula

Ibu pasien mengatakan tidak menggunakan susu formula selama menyusui anaknya.

3.1.8.3 Pola perubahan nutrisi tiap tahap usia sampai nutrisi saat ini

Ibu pasien mengatakan saat anaknya berusia 0-6 bulan jenis nutrisi yang diberikan adalah ASI eksklusif dan tidak ada keluhan selama pemberian. Saat berusia 6-12 bulan nutrisi yang diberikan adalah ASI dan bubur, tidak ada keluhan selama pemberian. Ibu pasien mengatakan saat ini anaknya makan sayur, tempe, nasi dll.

3.1.8.4 Pola nutrisi sehari-hari

Ibu pasien mengatakan sebelum sakit selera makan anaknya baik, frekuensi makan 3 kali sehari dengan makan habis 1 porsi, menu makan nasi, sayur, ikan tidak ada pantangan makan, tidak ada pembatasan pola makan, cara makan dilakukan sendiri ritual saat makan yaitu berdo'a. Pada saat sakit

anak sedikit mengalami penurunan nafsu makan frekuensi makan 3 kali sehari ½ porsi menu makan nasi, sayur, telur, dan ikan tidak ada pantangan makanan, tidak ada pembatasan pola makan, cara makan dilakukan sendiri, ritual saat makan berdo'a sebelum dan sesudah makan.

3.1.8.5 Cairan

Ibu pasien mengatakan sebelum sakit kebutuhan cairan anaknya tercukupi dengan minum air putih. Pada saat anaknya sakit kebutuhan cairan tercukupi dengan pemberian air teh, just jambu, air putih yaitu sebanyak 1200 cc. Cara pemberian kebutuhan cairan dibantu oleh ibunya dengan menggunakan gelas.

Kebutuhan cairannya : $10 \times 100 = 1000$

$$10 \times 50 = 500$$

$$10 \times 20 = 200$$

Hasilnya : $1000+500+200 = 1700$

3.1.9 Riwayat psikososial

3.1.9.1 Tempat tinggal anak : Ibu pasien mengatakan anaknya tinggal bersama ayah dan ibu.

3.1.9.2 Hubungan antar anggota keluarga : Ibu pasien mengatakan hubungan antar keluarga baik.

3.1.9.3 Pengasuh anak : Ibu pasien mengatakan yang mengasuh anaknya adalah orang tuanya sendiri.

3.1.9.4 Persepsi keluarga terhadap penyakit anak : Pada saat di Tanya tentang DHF ibu pasien tidak bisa memberikan jawaban dengan benar. Ibu pasien mengatakan tidak begitu paham tentang penyakit anaknya. Ketika ditanya tentang pengertian, etiologi, manifestasi, pencegahan.

3.1.10 Observasi dan pengkajian fisik

3.1.10.1 Keadaan umum pasien : Pasien lemas, GCS : 4-5-6

3.1.10.2 Tanda-tanda vital : Suhu : 38,7°C, nadi : 110 x/menit, respirasi : 28 x/menit, tekanan darah : 90/60 mmHg.

3.1.10.3 Sistem pernafasan

1) Inspeksi : Bentuk dada simetris, ada alat bantu pernafasan : nasal kanul 2lpm, irama nafasnya ireguler, Frekuensi pernafasan 28 x/menit, Susunan ruas tulang belakang normal, Ada retraksi otot bantu nafas retraksi intercosta, pergerakan dinding dada normal, Batuk (+), Sputum (-)

2) Palpasi : Vocal fremitus simetris kanan dan kiri, gerakan nafasnya cepat.

3) Perkusi : Perkusi thorak sonor

4) Auskultasi : Suara nafas vesikuler

Masalah keperawatan : Ketidakefektifan pola nafas

3.1.10.4 Sistem kardiovaskuler

- 1)Inspeksi : Tidak ada cyanosis, tidak ada clubbing finger
- 2)Palpasi : Pulsasi kuat, CRT <2 detik, dan tidak ada nyeri dada
- 3)Perkusi : Normal redup
- 4)Auskultasi : Bunyi jantung S1 (S1 terletak di ICS 5 midclavikula kiri) dan S2 (ICS 4 midsternalis kanan)

3.1.10.5 Sistem persyarafan

Kesadaran composmentis, GCS : 4-5-6, tidak ada kejang, tidak ada kaku kuduk, tidak ada nyeri kepala, tidak ada kelainan nervus cranialis. Ibu pasien mengatakan saat dirumah anaknya tidur siang 3 jam, tidur malam selama 9 jam, dirumah sakit anaknya tidur siang 2 jam, tidur malam selama 8 jam, Kebiasaan sebelum tidur : bercerita, dan tidak ada kesulitan tidur.

3.1.10.6 Sistem genitourinaria

Bentuk alat kelamin normal, uretra normal, alat kelamin bersih, frekuensi berkemih 3-5x dalam sehari, warna jernih bau khas urine, produksi urine 400 ml/hr.

3.1.10.7 Sistem pencernaan

Mukosa lembab, bibir lembab, lidah bersih, rongga mulut bersih, keadaan gigi bersih kebiasaan gosok gigi 2x sehari, tenggorokan tidak ada pembesaran tonsil, saat di inspeksi bentuk abdomen simetris,normal.

Pemeriksaan palpasi : tidak ada nyeri tekan. Pemeriksaan perkusi diperoleh perut tidak kembung. Buang air besar 1 kali/hr, konsistensi agak keras, warna kuning, bau khas feses, tidak ada pemakaian obat pencahar peristaltic 11 x.

3.1.10.8 Sistem muskuloskeletal dan integumen

Kemampuan pergerakan sendi dan tungkai : bebas, tidak ada fraktur, tidak ada dislokasi, warna kulit kemerahan, akral hangat, turgor elastis, kelembapan baik, tidak ada odema, tidak ada ptekie, kekuatan otot

$$\begin{array}{c|c} 5 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$$

3.1.10.9 Sistem penginderaan

1) Mata : Pupil isokor kanan/kiri, reflek cahaya normal kanan/kiri, konjungtiva normal kanan/kiri, tidak ada anemis, sklera putih kanan/kiri, palpebra normal kanan/kiri, tidak menggunakan alat bantu penglihatan, pergerakan bola mata normal kanan/kiri.

2) Hidung : Mukosa lembab, ketajaman penciuman normal

3) Telinga : Bentuk simetris kanan/kiri ketajaman pendengarannya normal kanan/kiri, tidak ada kelainan pada telinga pasien.

4) Perasa : Pasien bisa merasakan manis, asam, asin, pahit

5) Peraba : Normal

3.1.11 Sistem endokrin : Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada pembesaran kelenjar parotis.

3.1.12 Pemeriksaan diasnotik

Hasil laboratorium tanggal 15 Maret 2019

Neutrofil	28,2%	N : 39,3 – 73,7%
Limfosit	11,9%	N : 18,0 – 48,3%
Monosit	6,2%	N : 4,40 – 12,7%
Eosinofil	44,8%	N : 0,600 – 7,30%
Basofil	0,9%	N : 0,00 – 1,70%
Eritrosit	5,020 $10^3/\mu L$	N : 4,6 – 6,2 $10^3/\mu L$
Hemoglobin	11,60 <i>g/dL</i>	N : 13,5 – 18,0 <i>g/dL</i>
Hematokrit	35,10%	N:40–54%
MCV	70,00 μm^3	N : 81,1 – 96,0 μm^3
MCH	23.10 <i>pg</i>	N : 27,0 – 31,2 <i>pg</i>
MCHC	33.00 <i>g/dL</i>	N : 31,8 – 35,4 <i>g/dL</i>
RDW	15,50%	N : 11,5 – 14,5%
PLT	43 $10^3/\mu L$	N : 155 – 366 $10^3/\mu L$
MPV	6,2 <i>fL</i>	N : 6,90 – 10,6 <i>fL</i>

3.1.13 Terapi tanggal 15 Maret 2019

3.1.13.1 Infus Asering 1000 cc/hr : 14 Tpm : Fungsi Dehidrasi

3.1.13.2 Injeksi Santagesik 3 x 1 IV/2mg : Fungsi Gol. Analgesik

3.1.13.3 Injeksi Amoxilin 3 x 1 IV/2 mg : Fungsi Antibiotik

3.1.13.4 P.O Ambroxol 3 x 1 Sdm : Untuk mengatasi produksi sekret

Trimenza 3 x 1 Sdm : Untuk mengatasai hidung mampet

Sucralfat 3 x 1 Sdm : Untuk mengobati luka di usus halus

3.1.13.5 Terapi Nebul Combivent 4 jam sekali

3.2 Diagnosa Keperawatan

Tanggal : 15 Maret 2019

Umur : 10 Th

Nama Pasien : An.W

No.RM : 35 58 80

Tabel 3.2 Analisa Data Pada Anak W Dengan Diagnosa DHF DI Ruang Asoka RSUD Bangil.

No	Data	Etiologi	Problem
1	<p>Ds : Ibu pasien mengatakan anaknya sesak</p> <p>Do : K/U lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Irama nafas irreguler - Terdapat retraksi otot bantu nafas intercosta - Frekuensi pernafasan 28x/menit - Batuk (+) - Terpasang nassal kanul 2lpm <p>Hiperventilasi</p>	<p>Infeksi bakteri</p> <p>↓</p> <p>Peradangan pada laring</p> <p>↓</p> <p>Adanya sumbatan pada laring</p> <p>↓</p> <p>↓</p> <p>Ketidakefektifan pola nafas</p>	<p>Ketidakefektifan pola nafas</p>
2.	<p>Ds : Ibu pasien mengatakan anaknya panas 1 minggu.</p> <p>Do : K/U lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Akral ; Hangat 	<p>Aktivasi antigen antibody</p> <p>↓</p> <p>Inflamasi</p> <p>↓</p>	<p>Hipertermia</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Composmentis - TTV : TD: 90/60 mmHg N: 110 x/menit S: 38,7°C RR: 28 x/menit - Warna kulit kemerahan <p>Ds : Ibu pasien mengatakan tidak begitu faham tentang penyakit anaknya .</p> <p>Do :Pada saat ditanya tentang DHF ibu pasien tidak bisa memberikan jawaban dengan benar tentang pengertian, etiologi, manifestasi, penatalaksanaan.</p>	<p>Impuls disampaikan ke hipotalamus termoregulator</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Demam</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Hipertermia</p> <p>Kurangnya sumber informasi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Defisiensi pengetahuan</p>	<p>Defisiensi Pengetahuan</p>
--	--	---	-------------------------------

3.2.1 DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN

3.2.1.1 Ketidakefektifan pola nafas

3.2.1.2 Peningkatan suhu tubuh (Hipertermi)

3.2.1.3 Defisit pengetahuan

3.2.2 DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN BERDASARKAN PRIORITAS

3.2.2.1 Ketidakefektifan pola nafas b.d hiperventilasi

3.2.2.2 Peningkatan suhu tubuh (Hipertermi) b.d infeksi virus dengue

3.2.2.3 Defisit pengetahuan b.d kurangnya sumber informasi.

3.3 Intervensi Keperawatan

Tanggal : 15 Maret 2019

Dx : DHF grade 3

Nama Pasien : An.W

No.RM: 35 68 80

Tabel 3.3 Rencana Tindakan Keperawatan Pada Anak W Dengan Diagnosa DHF DI Ruang Asoka RSUD Bangil.

No.	Tujuan/Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam pola pernafasan kembali normal, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Keluarga mampu menjelaskan kembali tentang sesak nafas 2) Keluarga melaporkan sesak nafas berkurang 3) Keluarga mampu mendemonstrasikan ulang teknik nafas dalam 4) Pola nafas teratur 5) Tidak ada pernafasan cuping hidung 	<ol style="list-style-type: none"> 1.)Jelaskan pada keluarga tentang sesak nafas 2.)Berikan posisi semifowler 3.)Ajarkan teknik nafas dalam 4.)Observasi frekuensi 5.)Kolaborasi pemberian oksigen 	<ol style="list-style-type: none"> 1.)Untuk menambah pengetahuan pada keluarga pasien 2.) Untuk memudahkan ekspansi paru dan menurunkan adanya kemungkinan lidah jatuh yang menyumbat jalan nafas 3.)untuk mencegah/menurunkan atelektasis 4.)Perubahan dapat menandakan awitan komplikasi pulmonal (umumnya mengikuti cedera otak) atau menandakan lokasi/luasnya keterlibatan otak. Pernafasan lambat, periode apnea dapat menandakan perlunya ventilasi mekanis 5.) memaksimalkan oksigen di daerah arteri dan membantu dalam pencegahan hipoksia. Jika pusat

2.	<p>6) Tidak ada otot bantu nafas</p> <p>7) Tidak ada pernafasan bibir</p> <p>8) RR : 16-24x/menit</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24jam diharapkan anak menunjukkan Suhu dalam batas normal</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Keluarga mampu menjelaskan kembali tentang demam 2) Keluarga melaporkan suhu tubuh berkurang 3) Keluarga mampu mendemonstrasikan tentang cara mengompres yang benar 4) Suhu tubuh dalam rentang normal 36,5 - 37°C, 5) Nadi 80 – 100x/mnt 6) Tidak ada perubahan warna kulit, 7) Akral hangat 	<p>1.)Jelaskan pada keluarga pasien tentang demam</p> <p>2.)Anjurkan orang tua untuk meningkatkan asupan cairan pada pasien</p> <p>3.)Ajarkan cara mengompres yang benar yaitu lipat paha dan aksila</p> <p>4.)Observasi suhu tubuh pasien</p> <p>5.)Kolaborasi pemberian antipiretik</p>	<p>pernafasan tertekan, mungkin diperlukan ventilasi mekanik.</p> <p>1.) Suhu 38.9⁰C – 41.1⁰C menunjukkan proses penyakit infeksius akut. Pola demam dapat membantu dalam diagnosis misalnya kurva demam lanjut berakhir berakhir lebih dari 24 jam menunjukkan pneumonia pneumokokal, demam scarlet atau tifoid</p> <p>2.) Untuk mencegah dehidrasi pada pasien</p> <p>3.) Dapat membantu mengurangi demam pada pasien</p> <p>4.) Suhu 38.9⁰C – 41.1⁰C menunjukkan proses penyakit infeksius akut demam yang kembali normal</p> <p>5.) Digunakan untuk mengurangi</p>
----	---	---	--

	<p>8) Pasien tidak lemah</p>	<p>sesuai dengan kondisi pasien</p>	<p>demam dengan aksi sentral nya pada hipotalamus, meskipun demam mungkin dapat berguna dalam membatasi pertumbuhan organisme, dan meningkatkan autodestruksi dari sel-sel yang terinfeksi.</p>
3.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x30 menit diharapkan klien dan keluarga mengerti proses penyakitnya dan program perawatan serta therapy yang diberikan dengan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan kembali tentang penyakitnya - Ibu pasien mampu menyebutkan kembali tentang penyebab penyakitnya - Ibu pasien mampu menyebutkan kembali 5 dari 8 tanda dan gejala - Ibu pasien mampu menyebutkan 	<p>1.)Jelaskan tentang definisi penyakit DHF, proses penyakit,tanda gejala,identifikasi kemungkinan penyebab, dan jelaskan kondisi tentang pasien</p> <p>2.)Jelaskan tentang program pengobatan dan alternative pencegahan</p> <p>3.)Tanyakan kembali pengetahuan keluarga klien dank lien tentang penyakit, prosedur perawatan dan pengobatan.</p>	<p>1.)Meningkatkan pengetahuan dan mengurangi cemas.</p> <p>2.)Mempermudah intervensi</p> <p>3.)Mereview kembali apa yang sudah diinformasikan.</p>

	kembali 4 dari 7 pencegahan DHF - Ibu pasien mampu menyebutkan kembali 3 dari 5 penatalaksan aan DHF		
--	--	--	--

3.4 Implementasi

Nama pasien : An.W

No. RM : 35 68 80

Umur : 10 Tahun

Tabel 3.4 Implementasi Keperawatan Pada Anak W Dengan Diagnosa DHF DI Ruang Asoka RSUD Bangil.

No. Dx	Tanggal	Jam	Implementasi	Nama/tanda tangan
1,2,3 2	16-03- 2019	08.00 09.00	1.) Menjelaskan pada keluarga tentang demam, sesak nafas, DHF <ul style="list-style-type: none"> • Orang tua memahami dan dapat menyebutkan kembali tentang demam, sesak nafas, DHF 2.) Menganjurkan keluarga untuk meningkatkan asupan cairan kepada pasien. <ul style="list-style-type: none"> • Orang tua memberikan asupan cairan sesuai kebutuhan 	

2		09.30	<p>3.) Mengajarkan keluarga cara mengompres.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orang tua mampu menunjukkan cara mengompres yang benar yaitu pada lipatan pada dan aksila 	
1		10.30	4.) Mengajarkan nafas dalam	
1		11.00	5.) Memberikan posisi semifowler	
1,2		12.00	<p>4.) Mengobservasi TTV :</p> <ul style="list-style-type: none"> • TD : 90/60 mmHg • N : 110 x/menit • S : 38,7° C • RR : 28 x/menit • Pola nafas : irreguler <p>5.) Kalaborasi pemberian obat</p>	
1,2		12.30	<p>- Infus Asering 1000cc/hari 14</p> <p>Tpm -Injeksi santagesik 1mg</p> <p>-Injeksi amoxilin1 mg</p> <p>-P.O : Ambroxol 3x1 sdm</p> <p>Trimenza 3x1 sdm</p> <p>Sucralfat 3x1 sdm</p> <p>-Nebul Combivent.</p>	

1,2,3		13.15	6.) Menanyakan kembali pengetahuan keluarga pasien dan penyakit	
-------	--	-------	---	--

3.5 Catatan Perkembangan

Nama Pasien : An.W

Umur : 10 Tahun

No.RM : 35 68 80

Tabel 3.5 Catatan Perkembangan Pada Anak W Dengan Diagnosa DHF DI Ruang Asoka RSUD Bangil.

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
16-03-19	Ketidakefektifan pola nafas b.d hiperventilasi	<p>S : Ibu pasien mengatakan anaknya sesak</p> <p>O : K/U lemas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pola nafas tidak teratur - Terdapat otot bantu nafas - RR : 28x/menit - Pernafasan cuping hidung (-) <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan (2,3,4,5)</p>	
16-03-19	Peningkatan suhu tubuh (hipertermia) b.d proses infeksi virus dengue.	<p>S : ibu pasien mengatakan anaknya panas 1 minggu.</p> <p>O : K/U lemas, tingkat kesadaran composmentis</p> <ul style="list-style-type: none"> - Akral : Hangat - Warna kulit : kemerahan - TTV : TD : 90/60 mmHg 	

16-03-18	Defisit pengetahuan b.d kurangnya sumber informasi.	<p>N : 110 x/menit S : 38,7° C RR : 28 x/menit</p> <p>- Pasien terlihat di kompres</p> <p>A: Masalah belum teratasi.</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan (2,4,5,6)</p> <p>S : Ibu klien mengatakan kurang faham tentang penyakit anaknya.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mampu menjelaskan kembali tentang penyakitnya. - Keluarga mampu menyebutkan kembali tentang penyebab penyakitnya - Keluarga mampu menyebutkan kembali 5 tentang tanda dan gejala - Keluarga mampu menyebutkan kembali 4 tentang pencegahan DHF - Keluarga mampu menyebutkan kembali 3 tentang penatalaksanaan DHF <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	
----------	---	--	--

17-03-2019	Ketidakefektifan pola nafas b.d hiperventilasi	<p>S : Ibu pasien mengatakan anaknya masih sesak</p> <p>O : K/U cukup baik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pola nafas irreguler - Ada otot bantu pernafasan intercosta - RR : 26x/menit <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan (2,5)</p>	
17-03-2019	Peningkatan suhu tubuh (hipertermi) b.d infeksi virus dengue	<p>S : Ibu pasien mengatakan anaknya masih panas</p> <p>O : K/U cukup baik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Akral : Hangat - Warna kulit kemerahan - TTV : TD : 90/70 mmHg <li style="padding-left: 40px;">N : 85 x/menit <li style="padding-left: 40px;">S : 37,6° C <li style="padding-left: 40px;">RR : 26 x/menit <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan (4,5)</p>	

3.5 Evaluasi Keperawatan

Nama Pasien : An.W

Umur : 10 Tahun

No.RM : 35 68 80

Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan Pada Anak W Dengan Diagnosa DHF DI Ruang Asoka RSUD Bangil.

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
18-03-19	Ketidakefektifan pola nafas b.d hiperventilasi	<p>S : Ibu pasien mengatakan anaknya sudah tidak sesak</p> <p>O : K/U baik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pola nafas teratur - Tidak ada otot bantu nafas - RR : 22x/menit <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	
18-03-19	Peningkatan suhu tubuh (hipertermia) b.d proses infeksi virus dengue.	<p>S : Ibu pasien mengatakan anaknya sudah tidak panas.</p> <p>O : K/U baik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Akral : Hangat - Tidakada perubahan warna kulit - TTV : TD : 90/70 mmHg <p style="margin-left: 40px;">N : 85 x/menit</p> <p style="margin-left: 40px;">S : 36,6° C</p> <p style="margin-left: 40px;">RR : 22 x/menit</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>	

18-03-19	Defisit pengetahuan b.d kurangnya sumber informasi.	<p>S : Ibu klien mengatakan sudah faham tentang penyakit anaknya</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien mampu menyebutkan kembali tentang penyebab penyakitnya - Ibu pasien mampu menyebutkan kembali 5 tanda dan gejala - Ibu pasien mampu menyebutkan kembali 4 pencegahan DHF - Ibu pasien mampu menyebutkan kembali 3 penatalaksanaan DHF <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	
----------	---	--	--

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab ini dijelaskan kesenjangan antara teori dan asuhan keperawatan secara langsung pada anak W dengan diagnosa DHF di ruang Anak Asoka RS Bangil Pasuruan yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

4.1.1 Pengkajian

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada anak sehingga anak dan keluarga terbuka dan mengerti serta kooperatif.

Identitas pasien : Pada tinjauan pustaka anak dengan DHF 90% penderitanya adalah anak-anak yang berusia kurang dari 15 tahun (Rampengan T,H 2009). Sedangkan dari hasil tinjauan kasus ditemukan hal yang sama yaitu anak usia 10 tahun.

4.1.2 Riwayat keperawatan

4.1.2.1 Keluhan utama : Pada tinjauan pustaka anak dengan DHF biasanya panas tinggi dengan suhu hingga 40°C dan anak tampak lemah. (Rampengan T,H,2009).

Sedangkan pada tinjauan kasus ditemukan data yang sama yaitu pasien panas tinggi 38,7°C tampak lemas, disertai batuk.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada anak dengan kasus DHF di ruang Asoka RSUD. BANGIL. Maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermandaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan anak dengan DHF.

5.1 Simpulan

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada anak DHF, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

5.1.1 Pada pengkajian klien didapatkan hipertermi dan sesak nafas, hipertermi diakibatkan karena adanya virus dengue yang masuk kedalam tubuh yang mengakibatkan pasien lemas dan malaise labotarium yang tidak normal, sedangkan sesak nafas diakibatkan karena adanya hiperventilasi. Pada waktu sebelum MRS klien demam dan sudah dibawa berobat ke bidan dan puskesmas. Didapatkan data fokus klien demam, keadaan umum lemah, warna kulit kemerahan, frekuensi pernafasan 28x/menit, irama nafas irreguler, terdapat retraksi otot bantu nafas intercosta, dan hasil trombosit pada tanggal 15 maret 2019 ($48 \cdot 10^3/uL$),. Klien mendapati infus Asering 14 Tpm.

5.1.2 Masalah keperawatan yang muncul adalah peningkatan suhu tubuh (hipertermi), ketidakefektifan pola nafas, defisiensi tingkat pengetahuan.

5.1.3 Peningkatan suhu tubuh (hipertermi) berhubungan dengan infeksi virus sehingga *menimbulkan* demam. Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan tujuan tanda-tanda vital dalam batas normal. Kriteria hasil suhu tubuh dalam rentang normal. Nadi dan RR dalam rentang normal, tidak ada perubahan warna kulit, akral hangat dan pasien tidak lemah. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi sehingga menimbulkan sesak nafas. Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan tujuan pola pernafasan kembali normal. Kriteria hasil pola nafas teratur, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada otot bantu pernafasan, RR dalam rentang normal.

5.1.4 Beberapa tindakan mandiri keperawatan pada klien dengan DHF menganjurkan orang tua pasien cara mengompres yang benar untuk menurunkan suhu tubuh pasien, yang dikarenakan oleh adanya infeksi virus dengue. Untuk menyelesaikan masalah tersebut, penulis melibatkan klien secara aktif dalam pelaksanaan asuhan keperawatan karena banyak tindakan keperawatan yang memerlukan kerjasama antara perawat dengan klien. Mengajarkan nafas dalam pada pasien untuk mengurangi sesak nafas.

5.1.5 Pada akhir evaluasi semua diagnosa keperawatan yang muncul pada An. W masalah sudah teratasi semua.

5.2 Saran

Bertolak dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut:

5.2.1 Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan klien, keluarga dan tim kesehatan lainnya

5.2.2 Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, keterampilan yang cukup serta dapat bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan DHF.

5.2.3 Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang professional alangkah baiknya diadakan suatu penyuluhan atau suatu pertemuan yang membahas tentang kesehatan yang ada pada klien.

5.2.4 Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal khususnya pengetahuan dalam bidang pengetahuan.

5.2.5 Kembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manisa secara komprehensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Amalya, Hani. (2012). *Asuhan Keperawatan-Klien-Dengan-DHF*. Diakses pada Tanggal 3 september 2018 pada pukul 16.30
- Arief, 2014. *Ilmu kesehatan anak*. EGC : Jakarta
- Askar,2012. *Tumbuh Kembang Anak*. EGC : Jakarta
- Berhman, dkk.2008. *Ilmu Kesehatan Anak Vol. 2*. EGC : Jakarta
- Cahyono J.B. Suharjo ,2010. *Vaksinasi cara ampuh mencegah penyakit infeksi*. *Yogyakarta: kanisius*
- Depkes RI, 2009. *Asuhan Keperawatan berdasarkan Medis & NANDA NIC NOC*. Jogjakarta. Media action
- Dian Indriyani, 2011. *Tumbuh kembang dan terapi bermain pada anak*.Salemba Medika : Jakarta
- Dongoes, dkk. 2009. *Rencana Asuhan Keperawatan*. EGC : Jakarta
- Harlimsyah. 2008. *Proses dan keperawatan Fisik*. SalembaMedika: Jakarta
- Hidayat A. Aziz Alimul, 2008. *Penyakit Infeksi*. Sagung Sejo : Jakarta
- HasanRusepno, 2007. *Buku kuliah :Ilmu kesehatan anak*. Staf pengajar ilmu kesehatan FKUI : Jakarta
- Hadinegoro H Sri Rejeki, 2005. *Pedoman diagnosis dan tatalaksana infeksi virus dengue pada anak*. Ikatan dokter anak Indonesia :Makasar
- Kusnoto, 2009. *Pengantar profesi dan praktik keperawatan profesional*. M.Jusuf EGC : Jakarta
- Minarti, 2010. *Ilmu kesehatan anak*. EGC : Jakarta
- Nurarif Dan Kusuma, 2015. *Buku saku diagnosa keperawatan*. Depkes RI. 2009 EGC: Jakarta
- Nurs, Nursalam M, dkk 2013, *Asuhan Keperawatan bayi dan anak*. Edisi 1. Jakarta: Salemba medika.
- Rekam medis RSUD Bangil, 2018.*Data Diagnosa Ranap RSUD Bangil*,2018, Bangil
- Rampengan TH, 2008. *Penyakit tropic anak*. Kedokteran EGC: Jakarta Riendravi, 2013. *Buku ilmu perilaku kesehatan*. Rineka Cipta. EGC: Jakarta

- Soetjiningsih, 2009. *Tumbuh kembang anak*. Salemba Medika EGC :Jakarta
- Sudoyu, Aru. 2010. *Masalah dan Tatalaksana Penyakit Anak dengan Demam*.EGC: Jakarta
- Suriadi dan Rita Yulianni.2006. *Askep pada anak*.Sagung Seto EGC: Jakarta
- Suhendro,dkk 2007 Buku Ajar Penyakit Dalam. Jilid 3. Edisi: 4. Jakarta: Departemen Ilmu Penyakit Dalam. FKUI
- Satriana, 2010. *Buku ajar ilmu gizi*.Fladliyah F. EGC: Jakarta
- TarwotoWartona, 2008. *Kebutuhan dasar manusia dan proses keperawatan*. Edisi : 3 Salemba Medika: Jakarta
- Wong donna L, 2008, Pedoman Klinis Keperawatan Peditric, Jakarta : EGC
<http://eprints.ums.ac.id/33964/1/1.%20NASKAH%20PUBLIKASI.pdf>

Lampiran 3***INFORMED CONSENT***

Judul: “Asuhan Keperawatan Pada Anak dengan Diagnosa Medis Tuberculosis Paru Di Ruang Anak RSUD Bangil Pasuruan”.

Tanggal pengambilan studi kasus.....Bulan.....Tahun.....

Sebelum tanda tangan dibawah, saya telah mendapatkan informasi tentang tugas pengambilan studi kasus ini dengan jelas dari mahasiswa yang bernama proses pengambilan studi kasus ini dan saya mengerti semua yang telah dijelaskan tersebut.

Saya setuju untuk berpartisipasi dalam proses pengambilan studi kasus ini dan saya telah menerima salinan dari form ini.

Saya. Nona/Nyonya/Tuan.....

Dengan ini saya memberikan kesediaan setelah mengerti semua yang telah dijelaskan oleh peneliti terkait dengan proses pengambilan studi kasus ini dengan baik. Semua data dan informasi dari saya sebai partisipan hanya akan digunakan untuk tujuan dari studi kasus ini.

Tanda tangan.....Partisipan
(.....)

Tanda Tangan.....Saksi
(.....)

Tanda Tangan.....Peneliti
(.....)

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Pokok Bahasan	: Demam Berdarah (DBD)
Sasaran	: Keluarga pasien An “W”
Tempat	: Ruang Asoka RSUD Bangil
Hari, tanggal	: 16 Maret 2019
Waktu	: Pukul 08.00 WIB

I. TUJUAN

1. Tujuan Intruksional Umum (TIU)

Setelah dilakukan penyuluhan kesehatan tentang Penyakit Demam Berdarah (DBD) diharapkan peserta dapat mengetahui dan memahami mengenai penyakit Demam Berdarah (DBD)

2. Tujuan Intruksional Khusus (TIK)

Setelah dilakukan penyuluhan tentang Demam Berdarah (DBD), para ibu-ibu dan bapak-bapak dapat memahami dan mengetahui penyakit Demam Berdarah (DBD) meliputi :

1. Pengertian penyakit Demam Berdarah (DBD)
2. Penyebab penyakit Demam Berdarah (DBD)
3. Tanda dan gejala penyakit Demam Berdarah (DBD).
4. Penatalaksanaan terhadap penderita penyakit Demam Berdarah (DBD)
5. Pencegahan terhadap penyakit Demam Berdarah (DBD)

II. SASARAN

III. MATERI PEMBELAJARAN

1. Pokok Bahasan : Demam Berdarah (DBD)
2. Sub Pokok Bahasan :
 - Pengertian Penyakit Demam Berdarah (DBD)
 - Penyebab Penyakit Demam Berdarah (DBD)
 - Gejala Penyakit Demam Berdarah (DBD)
 - Pengobatan Penderita Demam Berdarah (DBD)
 - Mencegah Penyakit Demam Berdarah (DBD)

IV.METODE PENYULUHAN

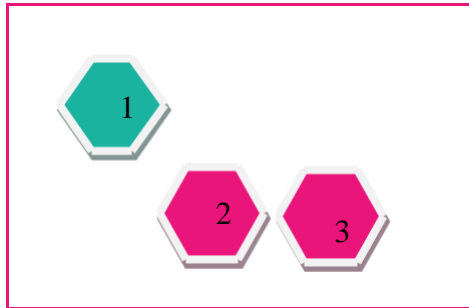
1. Ceramah
2. Tanya – jawab

V.KEGIATAN PENYULUHAN


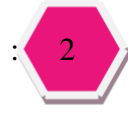

No	Waktu	Kegiatan penyuluhan	Kegiatan peserta
1	3 menit	Pembukaan - Memperkenalkan diri - Menjelaskan tujuan dari penyuluhan - Melakukan kontrak waktu - Menyebutkan materi penyuluhan yang akan di berikan	 - Menyambut salam - Mendengarkan - Mendengarkan - Memperhatikan

2	10 menit	<p>Pelaksanaan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan tentang pengertian Demam Berdarah (DBD) - Menjelaskan tentang penyebab Demam Berdarah (DBD) - Menjelaskan tentang tanda dan gejala Demam Berdarah (DBD) - Menjelaskan tentang penatalaksanaan Demam Berdarah (DBD) - Menjelaskan tentang cara pencegahan Demam Berdarah (DBD) 	<ul style="list-style-type: none"> - Mendengarkan dan memperhatikan - Pertanyaan menjawab pertanyaan yang di ajukan
3	5 menit	<p>Evaluasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menanyakan pada keluarga tentang materi Demam Berdarah (DBD) dan menjelaskan kembali 	<ul style="list-style-type: none"> - Menjawab dan menjelaskan pertanyaan
4	5 menit	<p>Terminasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengucapkan terima kasih kepada keluarga - Mengucapka salam 	<p>Mendengarkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menjawab salam

VI. SETTING TEMPAT



Keterangan :

- a. Penyaji : 
- a. Ibu pasien An “ G” : 
- b. Saksi : 

VIII. KRITERIA EVALUASI

1. Evaluasi Struktur

- Kesiapan materi
- Kesiapan SAP
- Kesiapan media : Leaflet
- Peserta hadir ditempat penyuluhan
- Penyelenggaraan penyuluhan dilaksanakan di Ruang Tulip RSD Sidoarjo
- Pengorganisasian penyelenggaraan penyuluhan dilakukan sebelumnya

2. Evaluasi Proses

- Fase dimulai sesuai dengan waktu yang direncanakan.
- Peserta antusias terhadap materi penyuluhan
- Peserta mengajukan pertanyaan dan menjawab pertanyaan secara benar

- Suasana penyuluhan tertib
- Tidak ada peserta yang meninggalkan tempat penyuluhan

3. Evaluasi Hasil

1. Menjelaskan pengertian DBD
2. Menjelaskan penyebab DBD
3. Menjelaskan tanda dan gejala DBD
4. Menjelaskan penatalaksanaan DBD
5. Menjelaskan cara pencegahan DBD

MATERI SAP

“ DEMAM BERDARAH (DBD) “

A) Pengertian Demam Berdarah (DBD)

Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit yang di sebabkan oleh virus dengue sejenis virus yang tergolong arbovirus dan masuk ke dalam tubuh penderita melalui gigitan nyamuk aedes aegypti (betina). DBD terutama menyerang anak remaja dan dewasa dan seringkali menyebabkan kematian pada penderita (Suhendro, 2007).

B) Penyebab Demam Berdarah (DBD)

DBD di debatkan oleh virus dengue. Virus dengue di bawa oleh nyamuk aedes aegypti dan aedes albopictus sebagai vektor ke tubuh manusia melalui gigitan nyamuk tersebut. Infeksi yang pertama kali dapat memberi gejala sebagai Demam Dengue.

C) Tanda dan Gejala Demam Berdarah (DBD)

1. Demam tinggi dengan suhu tubuh 38-40°C, selama 5-7 hari
2. Lemah , lesu, serta mual dan muntah
3. Nyeri ulu hati
4. Bintik-bintik merah di kulit
5. Mimisan atau gusi berdarah
6. Diare
7. Bila semakin parah, penderita akan gelisah, ujung jari-jari terasa dingin (preshock)

8. Bila berlanjut maka penderita akan mengalami shock, denyut nadi susah di raba, bila tak segera di tolong akan dapat menyebabkan kematian.

D. Pengobatan Demam Berdarah (DBD)

1. Memberi minum sebanyak banyaknya.
2. Memberi obat penurunan panas
3. Memberi kompres air hangat saat panas tinggi
4. Segera bawa ke pelayanan kesehatan.

E. Pencegahan Demam Berdarah(DBD)

1. Menguras, mengubur, menutup dan telungkup barang-barang yang bisa menampung air.
2. Menguras bak mandi
3. Penyemprotan (foging, pengasapan) yang sifatnya sementara
4. Abatesasi
5. Pemeliharaan ikan di kolam
6. Telungkupkan wadah yang dapat menampung air

DAFTAR PUSTAKA

Effendy, Skp. (1995). Perawatan Pasien DHF. Jakarta : EGC

Sarwono, Dr. (1996). Buku Ajar : *Ilmu Penyakit dalam jakarta* : balai fakultas kedokteran universitas indonesia

Staf pengajar fk ui.(1985) *ilmu kesehatan anak*. Jakarta : Bagian ilmu kesehatan anak fakultas kedokteran universitas indonesia

[http://www.alodokter.com/Demam Berdarah \(DBD\)-tinggi](http://www.alodokter.com/Demam Berdarah (DBD)-tinggi)

Pengobatan

1. memberi minum sebanyak banyak nya
2. Memberi obat penurun panas
3. Memberi kompres air hangat saat panas
4. Segera bawa ke pelayanan kesehatan jika panas tidak kunjung turun

Pencegahan

- ⇒ Menguras bak mandi , tempayan dan tempat penampungan air minimal 1x dalam seminggu.



- ⇒ Menutup Tempat penampungan air rapat-rapat



- ⇒ Membersihkan halaman rumah dan mengubur kaleng bekas, botol pecah, benda lain yang mungkin menjadi sarang nyamuk



- ⇒ Penyemprotan (foging)
- ⇒ Abatesasi
- ⇒ Pemeliharaan ikan di kolam
- ⇒ Telungkupkan wadah yang dapat menampung air

DENGUE HEMORRHAGIC FEVER



DISUSUN OLEH :
FIRDA LAILATUS SOLICHAH
(1601008)

Waspada demam berdarah !!!!!!!

pengertian

berarti

TANDA DAN GEJALA :

- Demam tinggi selama 5-7 hari

Dengue hemorrhagic fever atau demam berdarah adalah penyakit yang disebabkan oleh virus dengue yang masuk ke tubuh penderita melalui gigitan nyamuk aedes aegypti betina.

PENYEBAB DEMAM BERDARAH :

Demam dengue dan demam berdarah dengue disebabkan oleh virus dengue, Virus dengue dibawa oleh nyamuk Aedes aegypti dan Aedes albopictus sebagai vector ke tubuh manusia melalui gigitan nyamuk tersebut. Infeksi yang pertama kali dapat memberi gejala sebagai Demam Dengue.

- Mual - muntah



- Diare



- Sakit kepala



- Adanya bintik-bintik merah (Petekie)

- Konstipasi (perut kembung)
- Tidak nafsu makan
- Terdapat mimisan dan gusi berdarah.
- Tekanan darah menurun dan nadi cepat