KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERWATAN PADA AD "B" DENGAN *DENGUE HEMORHAGIC FEVER "*DHF*"*DI RUANG St YOSEPH 3 RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH :

LEGIA LISKA RAVEEL

E1614401020

LILI CHATARINA

E1614401021

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

MAKASSAR

2019

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

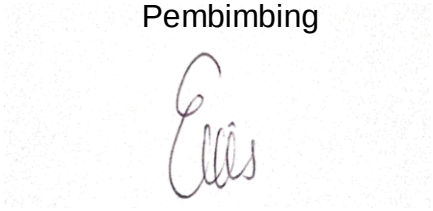
Karya Tulis Ilmiah dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA AD. “B” DENGAN *DENGUE HEMORACIG FEVER* (DHF) DI RUANG PERAWATAN St. YOSEPH 3 RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR” telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggung jawabkan di depan penguji.

Diajukan Oleh:

Nama Mahasiswa	: Legia Liska Raveel
NIM	: E1614401020
Nama Mahasiswa	: Lili Chatarina
NIM	: E1614401021

DisetujuiOleh:

Pembimbing



(Euis Dedeh Komariah, Ns.,MSN)

NIDN. 0913058903

Menyetujui

Wakil Ketua Bidang Akademik



(Henny Pongantung.,Ns., MSN., DN. Sc)

NIDN. 0912106501

LEMBAR PENGESAHAN

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

STIK STELLA MARIS

Karya Tulis ini dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA AD. "B" D*ENGAN DENGUE HEMORAGIC FEVER* (DHF)DI RUANG PERAWATAN St. YOSEPH 3 RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR**"** telah dipertanggung jawabkan dan telah diujikan di hadapan Tim Penguji yang dilaksanakan pada:

Hari/Tanggal : Senin, 20 Mei 2019

Pukul : 14.00 - 15.30 WITA

Tempat : Kampus STIK Stella Maris Makassar

Tim Penguji :

1. Asrijal Bakri, Ns., M.Kes ( )
2. Henny Pongantung,Ns., MSN., DN. Sc ( )
3. Euis Dedeh Komariah, Ns.,MSN ( )

Mengetahui

Ketua STIK Stella Maris Makassar

(Siprianus Abdu., S.Si.,Ns.,M.Kes)

NIDN. 0928027101

RIWAYAT HIDUP

I.Identitas Pribadi

Nama	: Legia Liska Raveel
Tempat/Tanggal Lahir	: Bala, 02 Desember 1998
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Katolik
Alamat	: Jl. Maipa No.19, Makassar

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Raveel Ba'I / Veronika Sumule Paseno
Agama	: Katolik
Pekerjaan	: Wiraswasta / Ibu Rumah Tangga
Alamat	: Randanan, Mengkendek.

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN 145 Randanan	: 2004 - 2010
SMP Katolik Minanga	: 2011 - 2013
SMAN 1 Wundulako	: 2014 - 2016
STIK Stella Maris Makassar (DIII Keperawatan)	: 2016–2019

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Lili Chatarina
Tempat/Tanggal Lahir	: Sibanawa, 30 juli 1996
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Katolik
Alamat	: Jl. Maipa No. 19, Makassar

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Markus / Yulianti Miwi
Agama	: Katolik
Pekerjaan	: Wiraswasta / Ibu Rumah Tangga
Alamat	: Cikarang Selatan Bcn Blok e 26 no. 12

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

TK Yayasan Pendidikan dan Pengajaran Pembangun Rakyat Samarinda Tanjung Reded : 2001- 2002

SDN 003 Sibanawa : 2003 - 2008

SMP Katolik Messawa : 2008 - 2010

SMA Esri Malabo : 2010 - 2013

STIK Stella Maris Makassar (DIII Keperawatan) : 2016 - 2019

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, yang telah melimpahkan rahmat dan berkat serta penyertaan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya tulis ilmiah ini dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA AD "B" DENGAN *DENGUE HEMORAGIC FEVER (DHF)* DI RUANG PERAWATAN St. YOSEPH 3 RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR ".

Dalam menyelesaikan karya tulis ini penulis mendapat banyak dukungan baik moril, materil maupun spiritual dari berbagai pihak. Tanpa dukungan dan bantuan dari segala pihak penulis tidak mungkin dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini sebagaimana mestinya.

Oleh karena itu pada kesempatan ini perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih yang sedalam – dalamnya kepada :

1. Dr. Thomas Suharto.,MMR Selaku Direktur Rumah Sakit Stella Maris beserta staf yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melaksanakan praktek klinik keperawatan.
2. Siprianus Abdu.,S.Si.,Ns.,M.Kes Selaku ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan serta telah membimbing, mendidik, dan memberikan pengetahuan selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
3. Mery Solon.,Ns.,M.Kes Selaku ketua program studi D.III keperawatan dan pembimbing akademik yang selalu membimbing dan memberikan motivasi.
4. Euis Dedeh Komariah, Ns.,MSN Selaku dosen pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan kepada penulis selama proses menyelesaikan penyusunan karya tulis ilmiah ini.
5. Segenap Dosen beserta Staf STIK Stella Maris yang telah membimbing dan membekali penulis berupa ilmu pengetahuan di bidang keperawatan selama mengikuti pendidikan.

6. Kepala ruangan St. Yoseph 3 Rumah Sakit Stella Maris Makassar beserta seluruh staf atas pengertian dan kerja sama yang baik selama penulis melaksanakan praktek (pengambilan kasus).
7. Kepada Ad “B” dan keluarga yang telah bersedia dan bekerja sama dengan penulis dalam penyusunan karya tulis ini.
8. Teristimewa untuk kedua orangtua dari Legia Liska Raveel (Raveel Ba’i dan Veronika Sumule Paseno) dan orangtua dari Lili Chatarina (Markus dan Yulianti Miwi) serta saudara dan semua keluarga yang telah memberikan dukungan, inspirasi, motivasi, bantuan doa, perhatian dan kasih sayang selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
9. Kepada Sr.Anna Mathilda, JMJ dan Sr.Christina Mslina, JMJ yang telah membina penulis selama penulis berada di asrama. Buat teman-temanku di asrama kampus Stella Maris, khususnya kamar 1A yang telah memberikan semangat serta masukan bagi penulis dalam menyelesaikan pendidikan dan karya tulis ilmiah ini.
10. Buat teman – teman mahasiswa/i Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Program DIII Keperawatan angkatan 2016 – 2019, khususnya teman seperjuangan yang selalu bersama-sama baik suka maupun duka dalam menjalani penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini memiliki banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan “tidak ada gading yang tak retak”, untuk itu penulis mengharapkan adanya kritikan dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Makassar, Mei 2019

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL i
HALAMAN PERSETUJUAN ii
HALAMAN PENGESAHAN iii
RIWAYAT HIDUP iv
KATA PENGANTAR vi
DAFTAR ISI viii
BAB I PENDAHULUAN 1
A. Latar Belakang 1
B. Tujuan Penulisan 3
C. Manfaat Penulisan 4
D. Metode Penulisan 5
E. Sistematika Penulisan 6
BAB II TINJAUAN TEORITIS 7
A. Konsep Dasar Medis 7
1. Pengertian 7
2. Anatomi Fisiologi 7
3. Etiologi 10
4. Patofisiologi Gagal Ginjal Kronik 10
5. Manifestasi Klinis 11
6. Pemeriksaan Diagnostik 12
7. Penatalaksanaan Medis 13
8. Komplikasi 15
B. Konsep Dasar Keperawatan 18
1. Pengkajian 18
2. Diagnosa Keperawatan 20
3. Intervensi Keperawatan 20
4. Discharge Planning 23
C. Patoflowdiagram 24

BAB III TINJAUAN KASUS 26
A. Pengkajian 27
B. Analisa Data 45
C. Diagnosa Keperawatan..... 49
D. Rencana Keperawatan 50
E. Implementasi Keperawatan 55
F. Evaluasi Keperawatan 81
G. Daftar Obat 92
BAB IV PEMBAHASAN KASUS 97
A. Pengkajian 97
B. Diagnosa Keperawatan 97
C. Intervensi Keperawatan 99
D. Implementasi Keperawatan 101
E. Evaluasi Keperawatan 102
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN 104
A. Kesimpulan 104
B. Saran 105
DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan merupakan keseimbangan yang dinamis antara fungsi dan bentuk tubuh dalam kaitannya dengan lingkungan sekitar yang mempengaruhi kedua elemen tersebut. Indonesia sebagai salah satu negara yang saat ini sedang berkembang, telah berupaya mencanangkan program pemerintah Indonesia sehat, dengan salah satu kebijakan adalah menekankan kesehatan sebagai titik sentral pembangunan nasional. Tujuan dari pembangunan kesehatan adalah untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya (Profil Indonesia Sehat, 2016).

Ada banyak faktor yang dapat menyebabkan terjadinya sakit, salah satunya adalah lingkungan. Lingkungan yang tidak terjaga dengan baik akan menjadi sumber masalah bagi kesehatan, karena lingkungan yang kotor akan menjadi tempat bertumbuh dan berkembangnya berbagai macam bakteri, kuman dan virus yang dapat menyebabkan berbagai masalah kesehatan yang akhirnya dapat mengancam masyarakat, menimbulkan angka kesakitan dan kematian yang tinggi. Adapun salah satu penyakit yang timbul karena sanitasi lingkungan yang kurang baik sehingga dapat menjadi tempat bersarang vektor (nyamuk) yang dapat membawa virus adalah penyakit *Dengue Haemoragik Fever* atau yang lebih dikenal dengan demam berdarah (Andy, 2013).

Terdapat kasus demam berdarah dalam beberapa dekade pertama pada tahun 1996-2005 sebanyak 1,3 juta kasus meningkat menjadi 5,4 juta kasus pada dekade kedua tahun 2006-2015. Berdasarkan permodelan metematis, kejadian tahunan diseluruh dunia telah diperkirakan dalam beberapa tahun terakhir sebanyak

50-100 juta gejala kasus DHF pertama di Asia, Amerika, Latin, dan Afrika (WHO, 2016).

Iklim di Indonesia dengan curah hujan dan tingkat kelembaban yang tinggi, menjadi potensi berkembangnya penyakit ini. Dimana pada daerah tropis dan subtropis penyakit DHF adalah endemik yang muncul setiap tahunnya. Terutama pada saat musim hujan ketika kondisi optimal untuk nyamuk berkembang biak (Pusat Data dan Informsi KEMENKES, 2016).

Penderita DHF di Indonesia dari tahun 2014 sebanyak 100.347 kasus menjadi 129.650 kasus pada tahun 2015 (Kemenkes, 2016). Sedangkan data jumlah penderita DHF pada tahun 2016 mengalami peningkatan menjadi 201.855 kasus (Kemenkes, 2017). Jumlah penderita DHF di Sulawesi Selatan selalu meningkat dalam beberapa tahun terakhir, seperti pada tahun 2018 jumlah kasus sebanyak 2.966 kasus dengan jumlah kematian sebanyak 25 orang serta CFR (Case Fatality Rate) 0,84%, kemudian pada tahun 2015 jumlah kasus menjadi 4.818 kasus dengan jumlah kematian 30 orang serta CFR 0,62% (Dinkes Provinsi Sulawesi Selatan, 2016), sementara tahun 2016 meningkat dari tahun sebelumnya menjadi 7.568 kasus dengan jumlah kematian 48 orang serta CFR 0,63% (Dinkes Provinsi Sulawesi Selatan, 2017). Selanjutnya tahun 2019 di Jawa Barat dengan 2.240 kasus dan 14 meninggal dunia lalu disusul Nusa Tenggara Timur (NTT) dengan 1.092 kasus dan 13 meninggal dunia serta Sumatra Utara dengan 1.071 kasus dan 13 meninggal dunia (Persatuan Kementrian Kesehatan, 2019).

Makassar mendapatkan peringkat ke-15 dari 24 kabupaten atau kota yang ada di Sulawesi Selatan pada tahun 2016 dengan jumlah kasus DHF sebanyak 248 kasus dengan Incidence Rate (IR) 17,11 per 100.000 penduduk dan diantaranya terdapat 2 kematian (Dinkes Kota Makassar, 2017).

Menurut data yang diperoleh dari *Medical Record (MRO)* Rumah Sakit Stella Maris Makassar tahun 2016 dari jumlah pasien 183 orang pasien yang dirawat dengan DHF didapatkan data sebanyak 183 pasien anak usia 0-6 tahun dirawat dengan DHF,dikelompokkan pada usia 0-6 hari 0 pasien, usia 7-27 hari 0 pasien, usia 28 - < 1th 6 pasien, usia 1 – 4 tahun 38 pasien, usia 5-14 tahun 139 pasien. Tahun 2017 mengalami penurunan sebanyak 84 pasien didapatkan sebanyak 8 pasien anak usia 0-4 tahun, dikelompokkan dari segi umur 0-6 hari 0 pasien, usia 7-27 hari 0 pasien, usia 28 hari - <1 tahun 1 pasien, usia 1-4 tahun 7 pasien, usia 5-14 tahun 76 pasien. Tahun 2018 mengalami peningkatan sebanyak 125 pasien didapatkan sebanyak 125 pasien anak usia 0-14 tahun, dikelompokkan dari segi umur 0 – 6 hari 0 pasien, 7 – 27 hari 0 pasien, 28 hari - <1 tahun 5 pasien, 1 - 4 tahun 20 pasien, usia 5-14 tahun 97 pasien.

Melihat masih adanya angka kesakitan dan kematian akibat kasus *Dengue Hemoragic Fever* dimasyarakat maka dibutuhkan peran dan fungsi perawat dalam melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan. Alasan inilah yang mendasari penulisan penyusunan karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Dengue Hemoragic Fever*” (DHF).

B. Tujuan Penulisan

Tujuan penulisan yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini adalah :

1. Tujuan Umum

   Mampu menerapkan asuhan keperawatan yang baik dan benar pada pasien dengan kasus DHF (*Dengue Hemoragic Fever*). Selain itu memperoleh pengalaman yang nyata dalam memberikan asuhan keperawatan dan pendokumentasian pada

pasien dengan DHF di ruang perawatan St.Yoseph Rs Stella Maris Makassar.

2. Tujuan Khusus
   a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan DHF di ruang perawatan St.Yoseph Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
   b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada pasien dengan DHF di ruang perawatan St.Yoseph Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
   c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan DHF di ruang perawatan St.Yoseph Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
   d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan DHF di ruang perawatan St.Yoseph Rumah Sakit Stella Maris Makassar
   e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan DHF di ruang perawatan St.Yoseph Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Rumah Sakit

   Dapat mengetahui penanganan pasien dengan kasus DHF beserta informasi atau edukasi mengenai pedoman 3M plus yang selalu diberikan kepada pasien.

2. Bagi Institusi

   Dapat digunakan sebagai sumber bacaan bagi mahasiswa/i Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk memperoleh tambahan ilmu pengetahuan.

3. Bagi Mahasiswa

   Mahasiswa dapat memperoleh pengetahuan dan keterampilan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan

DHF serta dalam melakukan pendokumentasian dan penyusunan karya tulis ilmiah.

4. Bagi Pasien/ Keluarga

   Pasien dapat memperoleh asuhan keperawatan yang berkesinambungan, pengobatan yang efektif dan melakukan perubahan pola hidup sehat, sehingga dapat mencegah komplikasi atau berulangnya penyakit serta mendapatkan informasi mengenai penyebab gejala dan proses penanganan serta pengobatan pada pasien dengan DHF.

D. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah metode deskriptif dalam membentuk studi kasus yaitu :

1. Studi Pustaka
   a. Data lebih banyak diperoleh dari referensi yang ada kaitannya dengan masalah yang diangkat penulis.
   b. Memperoleh data melalui internet.
2. Studi Kasus

   Kasus ini merupakan pendekatan proses keperawatan yang komprehensif meliputi pengkajian data, analisa data, penetapan diagnosa, perencanaan, dan evaluasi dari asuhan keperawatan yang diberikan. Data dapat diperoleh melalui beberapa cara yaitu:

   a. Wawancara

      Dengan melakukan tanya jawab kepada pasien, keluarga, serta berbagai pihak yang mengetahui keadaan pasien.

   b. Observasi

      Dengan melakukan pengamatan langsung pada pasien dengan mengikuti tindakan dalam proses pelaksanaan asuhan keperawatan.

c. Pemeriksaan Fisik

Dengan melakukan pemeriksaan langsung dengan pasien mulai dari kepala sampai kaki melalui inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

d. Dokumentasi

Catatan yang berhubungan dengan pasien seperti pemeriksaan diagnostik, rekam medis dan catatan perkembangan pasien.

e. Data Medical Record Rumah Sakit

Data yang dipakai adalah jumlah penderita DHF di Rumah Sakit Stella Maris Makassar dalam satu tahun terakhir ini.

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan laporan studi kasus ini tersusun dari Bab I sampai dengan Bab V. Dimana Bab I terdiri dari pendahuluan yang menguraikan tentang latar belakang masalah, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan. Bab II terdiri dari tinjauan teoritis, bab ini menguraikan tentang teori yang merupakan dasar dari asuhan keperawatan yaitu konsep dasar medis yang meliputi pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, tes diagnostik, penatalaksanaan medik, dan komplikasi. Sedangkan konsep asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnose keperawatan ,perencanaan keperawatan, discharge planning (perencanaan pulang) dan patoflowdiagram. Bab III terdiri dari tinjauan kasus yang menguraikan tentang pengkajian, analisa data, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi serta daftar obat pasien. Bab IV terdiri dari pembahasan kasus yang berisi tentang kesenjangan antara teori dan fakta dari kasus – kasus kelolaan yang ditemukan di lapangan, dan Bab V yaitu kesimpulan dan saran.

BAB II
TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian

Dengue Haemoragic Fever (DHF) adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh virus dengue (arbovirus) yang masuk ke dalam tubuh melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti* (Suriadi, 2010).

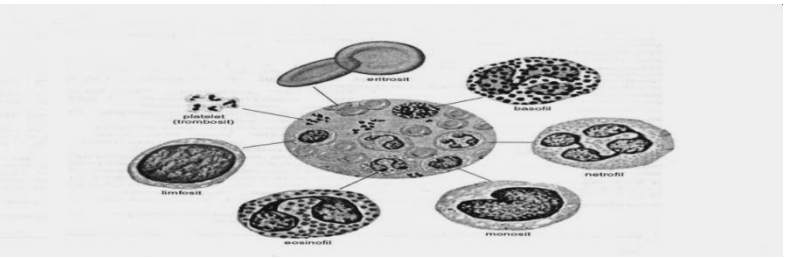
Dengue Haemoragic Fever adalah penyakit yang menyerang anak dan orang dewasa yang disebabkan oleh virus dengan manifestasi berupa demam akut, perdarahan, nyeri otot dan sendi (Kartika Sari Wijayaningsih, 2013).

Dengue Hemoragic Fever (DHF) adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus dengue dengan manifestasi klinis demem, nyeri otot atau nyeri sendi yang disertai leukopeniaruam, limfadenopati, dan ditensi hemoragik (Sudoyo Aru, 2015).

Dari berbagai pengertian di atas penulis menarik kesimpulan bahwa *Dengue Haemoragic Fever* adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh virus dengue yang masuk kedalam tubuh melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti* dengan gejala utama demam, sakit kepala, nyeri otot, mual dan muntah terutama menyerang anak-anak dan orang dewasa.

2. Anatomi fisiologi

a. Anatomi



Gambar 1 : Penampang Sel-sel darah

b. Fisiologi

Darah adalah suatu jaringan tubuh yang terdapat di dalam pembuluh darah yang berwarna merah.

1) Sel-sel darah

a) Eritrosit (Sel darah merah)

Bentuknya seperti cakram/binkonkaf dan tidak mempunyai inti. Ukuran diameter kira-kira 7,7 unit (0,007 mm), tidak dapat bergerak. Banyak kira-kira 5 juta dalam satu mm^3 (4½ juta), warnanya kuning kemerah-merahan,karena di dalamnya mengandung suatu zat yang disebut hemoglobin, warna ini akan bertambah merah jika di dalamnya banyak mengandung O_2. Fungsinya : mengikat O_2 dari paru-paru untuk diedarkan ke seluruh jaringan tubuh dan mengikat CO_2 dari jaringan tubuh untuk dikeluarkan melalui paru-paru. Pengikatan O_2 dan CO_2 ini dikerjakan oleh hemoglobin yang telah bersenyawa dengan O_2 disebut oksihemoglobin ($Hb + O_2 \rightarrow 4\ Hb - O_2$) jadi O_2 diangkat dari seluruh tubuh sebagai oksihemoglobin yang nantinya setelah tiba di jaringan, akan dilepaskan : $Hb - O_2 \rightarrow Hb + O_2$, dan seterusnya Hb tadi akan mengikat dan bersenyawa dengan CO_2 dan disebut karbondioksida hemoglobin ($Hb + CO_2 \rightarrow Hb - CO_2$) yang mana CO_2 tersebut akan dilepaskan di paru-paru.

Sel darah merah di dalam tubuh diproduksi di dalam sum-sum tulang belakang, limfa dan hati yang kemudian akan beredar di dalam tubuh selama 14 -15 hari setelah itu akan mati. Hemoglobin yang mengandung Fe yang berguna untuk pembentukan eritrosit baru dan Hb yaitu : suatu zat yang terdapat di dalam eritrosit yang berguna untuk mengikat O_2 dan CO_2. Jumlah normal pada orang

dewasa kira-kira 11,5-15 gram dalam 100 cc darah. Normal Hb wanita 11,5 mg% dan Hb laki-laki 13,0 mg%.

b) Leukosit (Sel darah putih)

Bentuk dan sifat leukosit berlainan dengan eritrosit apabila kita melihat dibawah mikroskop maka akan terlihat bentuknya yang dapat berubah-ubah dan dapat bergerak dengan perantaraan kaki palsu (pseudopodia), mempunyai bermacam-macam inti sel sehingga dia dapat dibedakan menurut inti selnya, warnanya bening (tidak berwarna), banyaknya dalam 1 mm^3 darah kira-kira 6.000 – 9.000.

Fungsi dari leukosit yaitu :

1) Sebagai serdadu tubuh yaitu membunuh dan memakan bibit penyakit / bakteri yang masuk kedalam jaringan RES (system retikuloendoel). Tempat pembiakannya di dalam limfa dan kelenjar limfe.
2) Sebagai pengangkut yaitu mengangkut atau membawa zat lemak dari dinding usus melalui limfa terus ke pembuluh darah.

   Macam-macam leukosit meliputi :

   a) Agranulosit : sel leukosit yang tidak mempunyai Granular, granulosit terdiri atas dua macam yaitu limfosit dan monosit.
   b) Granulosit : sel yang juga biasa disebut leukosit granular, granulosit terdapat tiga macam yaitu neutrofil, eusinofil, dan basofil.

c) Trombosit (sel pembeku)

Trombosit merupakan benda-benda kecil yang mati yang bentuk dan ukurannya bermacam-macam, ada yang bulat, lonjong, warnanya putih, normal pada orang dewasa 200.000 – 500.000/mm^3. Fungsi dari trombosit yaitu sebagai pembekuan darah.

2) Plasma Darah

Bagian cairan darah yang membentuk sekitar 5% dari berat badan, merupakan media sirkulasi elemen-elemen darah yang membentuk sel darah merah, sel darah putih dan sel pembeku darah juga sebagai media transportasi bahan organik dan anorganik dari suatu organ atau jaringan.

3. Etiologi

DHF adalah penyakit akut yang disebabkan oleh virus dengue, yang ditularkan oleh nyamuk. Penyakit ini ditemukan di daerah tropis dan sub tropis, dan menjangkit luas di Asia Tenggara. (Desmawati, 2013). Terdapat empat jenis virus dengue yaitu : DEN-1, DEN-2, DEN 3 dan DEN-4, keempatnya ditemukan di Indonesia dengan den-3 serotype terbanyak. Infeksi salah satu serotype akan menimbukan antibody terhadap serotype yang bersangkutan, sedangkan antibody yang terbentuk terhadap serotype lain sangat kurang, sehingga tidak dapat memberikan perlindungan yang memadai terhadap serotype lain tersebut (Nurarif. A. H & Kusuma, H, 2015).

4. Patofisiologi

Virus dengue akan masuk ke dalam tubuh melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti* dan kemudian akan bereaksi dengan antibody dan terbentuklah kompleks virus antibody, dalam sirkulasi akan mengaktivasi system complement. Akibat aktivias C3 dan C5 akan dilepas C3a dan C5a, dua peptida yang berdaya untuk melepaskan histamin dan merupakan mediator kuat sebagai medikator kuat sebagai factor meningginya permeabilitas dinding pembuluh darah dan menghilangkan plasma melalui endotel dinding itu. Terjadi trombositopenia, menurunnya fungsi trombosit dan menurunnya faktor koagulasi (protrombin, factor V, VII, IX, X dan fibrinogen) merupakan faktor penyebab terjadinya DHF perdarahan hebat,

terutama perdarahan saluran gastrointertinal pada DHF yang menentukan beratnya penyakit adalah meningginya permeabilitas dinding pembuluh darah, menurunnya volume plasma, terjadi hipotensi, trombositopenia dan diathesis hemoragik. Renjatan terjadi secara akut. Nilai hematokrit meningkat bersamaan dengan hilangnya plasma melalui endotel dinding pembuluh darah. Dan dengan hilangnya plasma klien mengalami hipovolemik. Apabila tidak diatasi bisa terjadi anoksia jaringan, asidosis metabolik dan kematian (Desmawati, 2013)**.**

5. Manifestasi klinik
   a. Gambaran klinis yang timbul pada penyakit *Dengue Haemoragic Fever* (DHF) antara lain :
      1) Demam tinggi selama 2-7 hari
      2) Perdarahan terutama perdarahan bawah kulit, ptechie
      3) Epistaksis, Hematemesis, melena, hamaturia
      4) Mual muntah, tidak ada napsu makan, diare
      5) Nyeri otot, tulang sendi, abdomen, dan ulu hati
      6) Sakit kepala
      7) Pembengkakan sekitar mata
      8) Pembesaran hati
      9) Tanda-tanda renjatan (sianosis, kulit lembab dan dingin, tekanan darah menurun, gelisah, nadi cepat dan lemah).

         Gambaran klinis dari DHF ini sangat bervariasi, mulai dari ringan (DF) sampai yang berat (DHF). Terapi untuk memudahkan batasannya dapat dibagi dalam 4 tingkatan derajat keganasan / beratnya penyakit :

         a.) Derajat I

            Ditandai dengan

            1) Demam
            2) Mulai muntah

3) Anoreksia
4) Sakit kepala terus menerus
5) Nyeri bagian epigastrium
6) Nyeri diperputaran bola mata
7) Ringger laktat / tornique tes positif, tes ini adalah untuk mengetahui apakah sudah terjadi kebocoran.

b.) Derajat II

Tanda-tanda seperti derajat I ditambah dengan pendarahan spontan pada kulit (petekie, echimosis dan purpura) dan pendarahan lain seperti epitaksis, hematemesis dan melena.

c.) Derajat III

Pasien dalam pre-shock ditandai dengan adanya kegagalan sirkulasi darah, hipotensi, pucat, kulit dingin, gelisah, denyut nadi lemah dan cepat.

d.) Derajat IV

Disebut juga DSS *(Dengue shok sindrom).* Pada tingkatan ini pasien sudah dalam keadaan shok, tekanan darah tidak teratur dan nadi tidak teraba.(Nurarif. A. H & Kusuma, H, 2015).

6. Test diagnostik
   a. Pemeriksaan darah lengkap : hemakonsentrasi (hematokrit meningkat 20% atau lebih), trombositopenia (100.000/mm3 atau kurang)
   b. Serologi : uji HI (hemoaglutination inhibition test)
   c. Rontgen thoraks : effuse pleura
   d. Pemeriksaan rumple leed tes (tourniquet test): untuk menentukan apakah terkena demam berdarah atau tidak. (Desmawati, 2013)

7. Penatalaksanaan medik
   a. Minum banyak 1,5-2 liter/24 jam dengan air teh, gula, atau susu
   b. Panas dapat diberi kompres
   c. Pemberian cairan melalui infus
   d. Istirahat baring
   e. Antipiretik jika terdapat demam (Suriadi, 2010).

      Penatalaksanaan menurut tingkat derajat DHF

      1) Derajat I

         Terdapat gangguan kebutuhan nutrisi dan elektrolit karena adanya muntah, anorexia dan juga gangguan rasa nyaman karena demam, nyeri epigastrium dan perputaran bola mata.

         Perawatan :

         a) Istirahat baring
         b) Makanan lunak

            Bila belum ada nafsu makan di anjurkan minum air yang banyak 1,5-2 liter/hari (susu, teh manis, syrup dan sebagainya).
         c) Diberi kompres dingin
         d) Memantau keadaan umum, suhu, tensi, nadi, dan perdarahan.
         e) Diperiksa Hb, Ht dan trombosit.
         f) Diberikan obat antipiretik dan antibiotik bila di khawatirkan akan terjadi infeksi sekunder.

      2) Derajat II

         Peningkatan kerja jantung karena adanya epitaksis, melena dan hematemesis

         Perawatan :

         a) Bila terjadi epitaksis, darah dibersihkan dan pasang tampon sementara.
         b) Bila penderita sadar, boleh diberi makan dalam bentuk lemak tetapi bila terjadi hematemesis harus di puasakan

dulu, mengatur posisi kepala dimiringkan agar tidak terjadi aspirasi.

c) Bila perut kembung/besar dipasang maag slang.
d) Sedapat mungkin membatasi terjadi perdarahan, jangan sering di tusuk.
e) Pengobatan diberikan sesuai dengan instruksi dokter, perhatikan teknik – teknik pemasangan infus, jangan menambah perdarahan.
f) Tetap observasi keadaan umum, suhu, nadi, tensi dan perdarahannya.
g) Semua kejadian dicatat dalam catatan perawat.
h) Bila keadaan memburuk segera lapor dokter.

3) Derajat III – IV

Terdapat gangguan kebutuhan O_2 karena kerja jantung menurun, penderita pre-shock / shock.

Perawatan :

a) Mengatur posisi tidur penderita, tidurkan posisi terlentang dengan posisi kepala ekstensi.
b) Membuka jalan nafas dengan cara pakaian yang ketat di longgarkan, bila ada lendir di bersihkan dari hidung dan mulut.
c) Dipasang oksigen.
d) Diawasi terus - menerus dan jangan di tinggal pergi.
e) Kalau perdarahan banyak (Hb turun) mungkin di berikan transfusi atas izin dokter.
f) Semua kejadian dicatat dalam catatan perawat dan kalau perlu dilaporkan pada dokter.
g) Bila penderita tidak sadar diatur tidur selang–seling, perhatikan kebersihan kulit, juga pakaian tetap bersih.

8. Komplikasi
    a. Anoxia jaringan

        Anoxia jaringan dapat terjadi karena adanya peningkatan permehabilitas kapiler dinding pembuluh darah, maka volume plasma menurun, dan Ht meningkat sehingga terjadi trombositopenia yng mengakibatkan perdarahan, dan saat terjadi perdarahan secara langsung Hb menurun sehingga darah tidak mampu mengikat O2 sehingga terjadi anoxia jaringan.
    b. Hepatomegali

        Hepatomegli dapat disebabkan terjadi kebocoran plasma ke ruang intravaskuler yang mengakibatkan plasma merembes ke hepar melalui system vena porta sehingga terjadi peningkatan cairan plasma dalam hepar
    c. Efusi pleura

        Efusi pleura dapat terjadi disebabkan karena adanya bendungan cairan plasma dirongga pleura saat terjadinya kebocoran cairan plasma ke ruang interstitial yang merembes kerongga pleura dan dapat juga disebabkan karena pemberian terapi cairan yang berlebihan.
    d. Asidosis metabolic

        Asidosis metabolic terjadi karena hilangnya bikarbonat saat terjadi muntah yang berlebihan secara terus-menerus
    e. Syok hipovolemik

        Karena terjadi kebocoran plasma keruang intravaskuler mengakibatkan penurunan tekanan pengisian sirkulasi darah, penuruanan aliran darah vena dan curah jantung menurun maka terjadi syok hipovolemik (Desmawati, 2013).

B. Konsep Tumbuh Kembang Anak

Pertumbuhan merupakan proses bertambahnya ukuran berbagai organ fisik berkaitan dengan masalah perubahan dalam jumlah, besar, ukuran atau dimensi sel. Pertambahan berat badan 2-4 kg/tahun dan pada anak wanita sudah mulai mengembangkan ciri sex sekundernya. Perkembangan adalah bertambah sempurnanya fungsi alat tubuh dapat dicapai melaui kemtangan dan belajar. Anak usia prasekolah memliki karakteristik tersendiri dalam segi dan pertumbuan. Dalm hal ini pertumbuhan secara fisik yaitu :

1. Tinggi badan

   Pertambahan tinggi rata-rata adalah 6,27-7,5 cm/tahun. Cara menghitung tinggi badan pada anak :

   a. TPG anak laki-laki = ((TB ibu(cm) + 13 cm) + TB ayah (cm))/2 ± 8,5cm
   b. TPG anak perempuan = ((TB ayah (cm) – 13 cm + TB ibu (cm))/2 ± 8,5 cm

2. Berat badan

   Bertambah berat badan kira-kira 2,3 kg/tahun. Cara menghitung BB dengan menggunakan rumus : = 2.n (umur dalam tahun) + 8

3. Nutrisi

   a. Kebutuhan nutrisi
      1). anak usia prasekolah hampir sama dengan toddler, meskipun kebutuhan kalori menurun sampai 90 kkal/kg/hari
      2). kebutuhan protein tetap 1,2g/kg/hari
      3). kebutuhan cairan adalah 100 ml/kg/hari, tergantung pada tingkat aktivitas anak
   b. Pola dan pilihan makanan
      1). Anak prasekolah sanagat membutuhkan sayuran, makanan, kombinasai dan hati (sebagai sumber Fe).
      2). Makanan yang disukai seperti sereal, daging, kentang dan buah-buahan dan permen.

3). Anak usia 3-6 tahun tidak dapat diam selama makan dan dapat menggunakan peralatan sendiri.

4). Kebiasaan makan anak usia 5 tahun di pengaruhi oleh orang lain.

4. Pola tidur
   a) Rata-rata anak usia prasekolah tidur antara 11-13 jam sehari dan memerlukan tidur disiang hari sampai umur 5 tahun
   b) Masalah tidur yang umum yang terjadi antara lain yaitu mimpi buruk, teror dimalam hari.
5. Kesehatan gigi
   a) Seluruh gigi yang berjumlah 20 harus lengkap pada usia 3 tahun
   b) Perkembangan motorik halus, memungkin anak mampu menggunakan sikat gigi dua kali sehari
6. Eliminasi
   a) Sebagian besar anak mampu melakukan toilet training dengan mandiri pada akhir periode pra sekolah. Beberapa anak mungkin masih ngompol
   b) Anak berkemih rata-rata 500-1000 ml/hari
7. Motorik kasar (usia 4-6 tahun)
   a) Loncat tali
   b) Melompat
   c) Bergantungan
   d) Balapan sepada
   e) Balapan lari atau kegiatan lainnya yang mengandung bahaya
8. Motorik halus
   a) Menunjukkan keseimbangan dan koordinasi mata, tangan, lengan, dan tubuh secara bersamaan, antara lain dapat diliahat pada waktu anak menulis atau menggambar.
   b) Anak dapat menghibur dirinya dan memperoleh perassan senang. Seperti anak merasa senang memiliki keterampilan memainkan boneka, melempar bola, dan memainkan alat-alat mainannya)

9. Kognitif
    a) Dapat berfokus pada lebih dan satu aspek dan situasi
    b) Dapat mempertimbangkan sejumlah alternatif dalam pemecahan masalah
    c) Dapat memberikan cara kerja dan melacak urutan kejadian kembali sejak awal
    d) Dapat memahami konsep dahulu, sekarang dan yang akan datang
10. Bahasa
    a) Mengerti kebanyakan kata-kata abstrak
    b) Memakai semua bagian pembicaraan termasuk kata sifat, kata keterangan, kata penghbung dan kata depan
    c) Menggunakan bahasa sebagai alat pertukaran verbal
    d) Dapat memakai kaliamat majemuk

C. Kosep Dasar Keperawatan
1. Pengkajian
    a. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan
        DS: lingkungan tempat tinggal kurang baik, tidur tidak memakai kelambu, serta aktivitas yang lebih banyak di rumah.
        DO: kebersihan buruk, bau badan
    b. Pola nutrisi dan metabolik
        DS: Penurunan nafsu makan, kesulitan menelan, mual dan muntah, dyspepsia, anorexsia.
        DO: Membran mukosa bibir kering, penurunan BB, pucat, turgor kulit kering, nyeri ulu hati, pendarahan pada gusi.
    c. Pola eliminasi
        DS: Sering buang air kecil, penurunan haluaran urine, hematemesis, feses darah segar, diare, melena, konstipasi.
        DO: Distensi abdomen, hiperperistaltik usus perubahan warna urine dan feces.

d. Pola aktivitas dan latihan

DS: Lesu, kurang tertarik pada keadaan sekitarnya, kelemahan otot, penurunan kekuatan, keletihan, nyeri otot / persendian / pungung, epitaksis, dan keringat dingin.

e. Pola tidur dan istirahat

DS : keletihan, malaise, insomnia, gelisah

DO: sesak, palpebra tampak gelap, konjungtiva anemic

f. Pola persepsi kognitif

DS :Menggunakan alat bantu pendengaran, kemampuan mengingat masa lau dan identitas diri

DO : Mengalami gangguan penginderaan

g. Pola persepsi dan konsep diri

DS: Mudah marah, khawatir kehilangsan waktu kerja / kuliah frustasi dengan penyakit

DO: Ansietas, gelisah, mudah marah, fokus pada diri sendiri, tergantung pada hubungan dengan siapa yang dapat memberi rasa aman dan perlindungan

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

DS: Ketidakmampuan pasien dalam sosial, dan perasaan isolasi.

DO: Diam, dan perasaan tidak berdaya.

i. Pola reproduksi dan seksualitas

DS: penurunan libido

DO : bermain dengan teman sebaya laki-laki /perempuan

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress

DO: Nyeri pada abdomen, sakit kepala, nyeri tulang / sendi, gelisah.

DS: Perilaku pasien sehari-hari, pasien gelisah, fokus pada diri sendiri

k. Pola sistem nilai dan kepercayaan
DS: keyakinan, tata nilai budaya
DO: alat-alat beribadah.

2. Diagnosa Keperawatan
Diagnosa keperawatan potensial untuk pasien dengan *Dengue Hemoragic Fever* (T. Heather.H, & S. Kamitsuru, 2015).
a. Resiko kekurangan volume cairan dengan faktor resiko kehilangan volume cairan aktif.
b. Resiko syok dengan faktor resiko hipotensi
c. Risiko perdarahan dengan faktor resiko koagulasi inheren
d. Hipertermi berhubungan dengan penyakit
e. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhungan dengan kurang asupan makanan.
f. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis

3. Rencana asuhan keperawatan
Adapun Perencanaan Keperawatan yang disusun untuk mengatasi permasalahan yang dialami penderita *Dengue Hemoragic Fever (*DHF) yaitu :
a. Hipertermi berhubungan dengan penyakit
Tujuan : Mengontrol Resiko hipertermia
Kriteria hasil : Demam dapat teratasi dengan suhu normal antara 36˚c – 37,5˚c
Intervensi :
1) Monitor tanda vital (suhu, nadi, tekanan darah, dengan status pernapasan).
2) Monitor status hidrasi (membran mukosa).
3) Jaga intake/ asupan cairan yang akurat dan catat output.
4) Monitor hasil laboratorium.
5) Anjurkan orang tua mengompres air hangat .

6) Kolaborasi dengan dokter dalam hal pemberian obat

b. Nyeri akut berhungan dengan agens cedera biologis

Tujuan: Mampu menunjukkan tingkat nyeri dan kontrol nyeri dari sedang menjadi ringan

Kriteria hasil : Nyeri dapat berkurang atau hilang

Intervesi :

1) Lakukan pengkajian nyeri yang komprehensif
2) Berikan teknik relaksasi nonfarmakologi
3) Dukung istirahat/ tidur yang adekuat yang membantu penurunan nyeri
4) Libatkan keluarga dalam modalitas penurunan nyeri jika memungkinkan.
5) Kolaborasi dengan dokter dalam hal pemberian obat

c. Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan resiko kehilangan volume cairan aktif

intravaskuler ke ekstravaskuler

Tujuan : Tidak terjadi kekurangan volume cairan

Kriteria : Input dan output seimbang, vital sign dalam batas normal, tidak ada tanda syok, akral dingin, capillary refill < 3 detik.

Intervensi :

1) Kaji keadaan umum pasien
2) Pantau jumlah warna dan frekuensi kehilangan cairan
3) Observasi intake dan output cairan / 24 jam
4) Tingkatkan asupan oral
5) Kolaborasi dengan dokter dalam hal pemberian cairan intravena dan obat

d. Resiko syok dengan faktor resiko hipotensi

Tujuan : Mampu menujukkan status hidrasi yang adekuat

Kriteria : Tanda-tanda vital dalam batas normal

Intervensi :

1) Kaji keadaan umum pasien/ monitor tanda awal
2) Pantau status hidrasi (kelembaban membran mukosa)
3) Tingkatkan asupan oral.
4) Kolaborasi : pemberian cairan intravena dan obat

e. Risiko perdarahan dengan faktor resiko koagulasi inheren

Tujuan : Tidak terjadi perdarahan

Kriteria : TD 100/60 mmHg, N: 80 – 100 x/menit regular, pulsasi kuat, tidak ada tanda-tanda perdarahan lebih lanjut, trombosit meningkat.

Intervensi :

1) Monitor status sirkulasi .
2) Monitor berat badan, masukan dan keluaran setiap hari
3) Monitor hasil laboratorium .
4) Catat adanya petekqi dan kondidi membrane mukosa.
5) Anjurkan pasien dan keluarga mengenai faktor-faktor pemicu syok.
6) Berikan cairan melalui IV dan oral sesuai kebutuhan

f. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan.

Tujuan : Kebutuhan nutrisi kembali terpenuhi.

Kriteria : Adanya peningkatan berat badan, tidak ada tanda-tanda malnutrisi dan tidak ada penurunan berat badan.

Intervensi :

1) Monitor kalori dan asupan makanan.
2) Monitor tekanan darah, suhu, nadi , dengan status pernapasan
3) Ciptakan lingkungan yang optimal.
4) Pastikan makanan disajikan dengan cara yang menarik dan pada suhu yang cocok untuk komsumsi secara optimal.
5) Anjurkan keluarga untuk membawa makanan favorit pasien sementara pasien berada di rumah sakit atau fasilitas

perawatan yang sesuai pada posisi tegak dikursi, jika memungkinkan.

6) Anjurkan pasien untuk duduk tegak di kursi jika memungkinkan
7) Monitor tekanan darah, suhu, nadi , dengan status pernapasan.
8) Kolaborasi dengan dokter dalam hal pemberian obat.

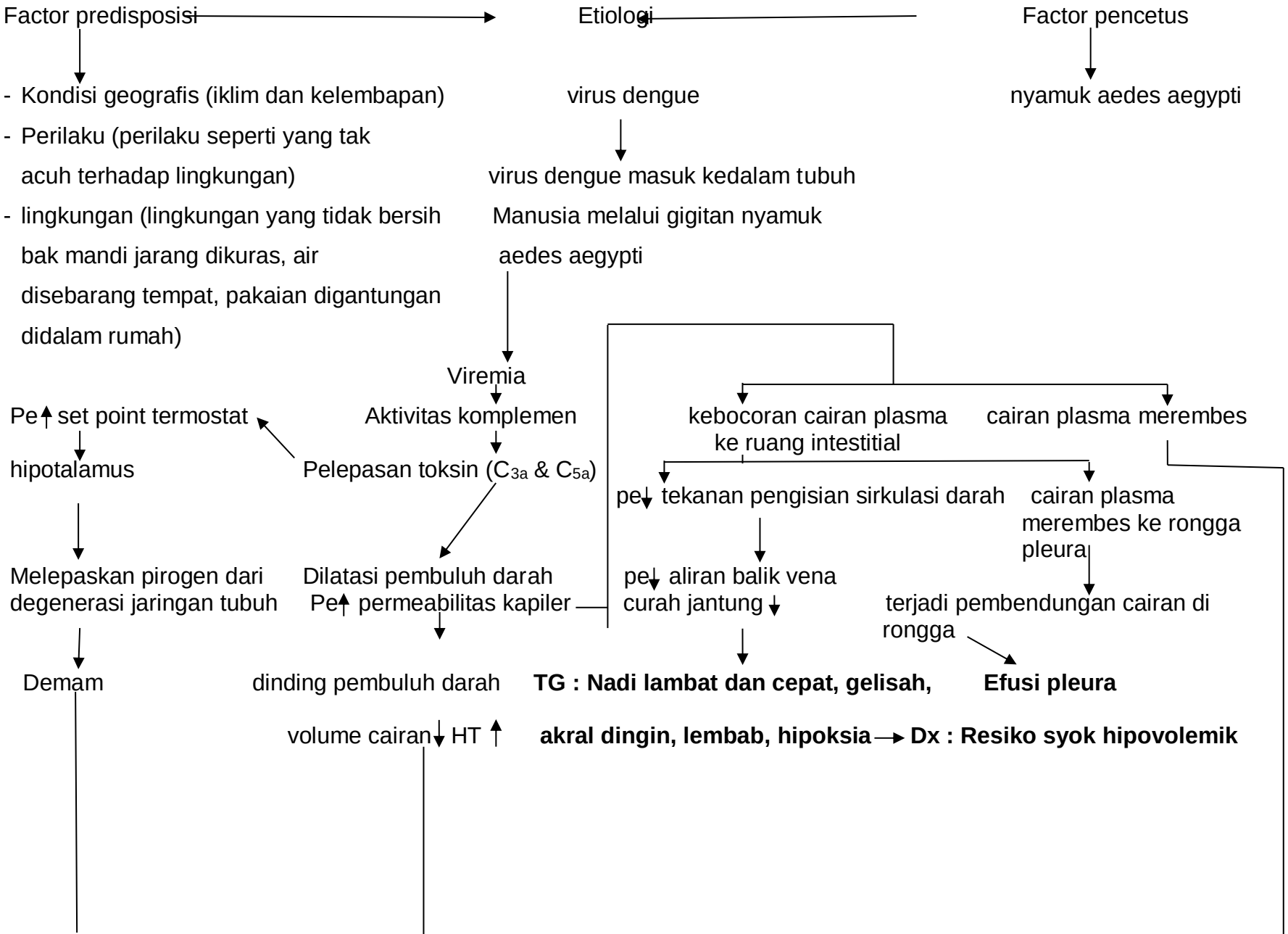
4. Discharge planning

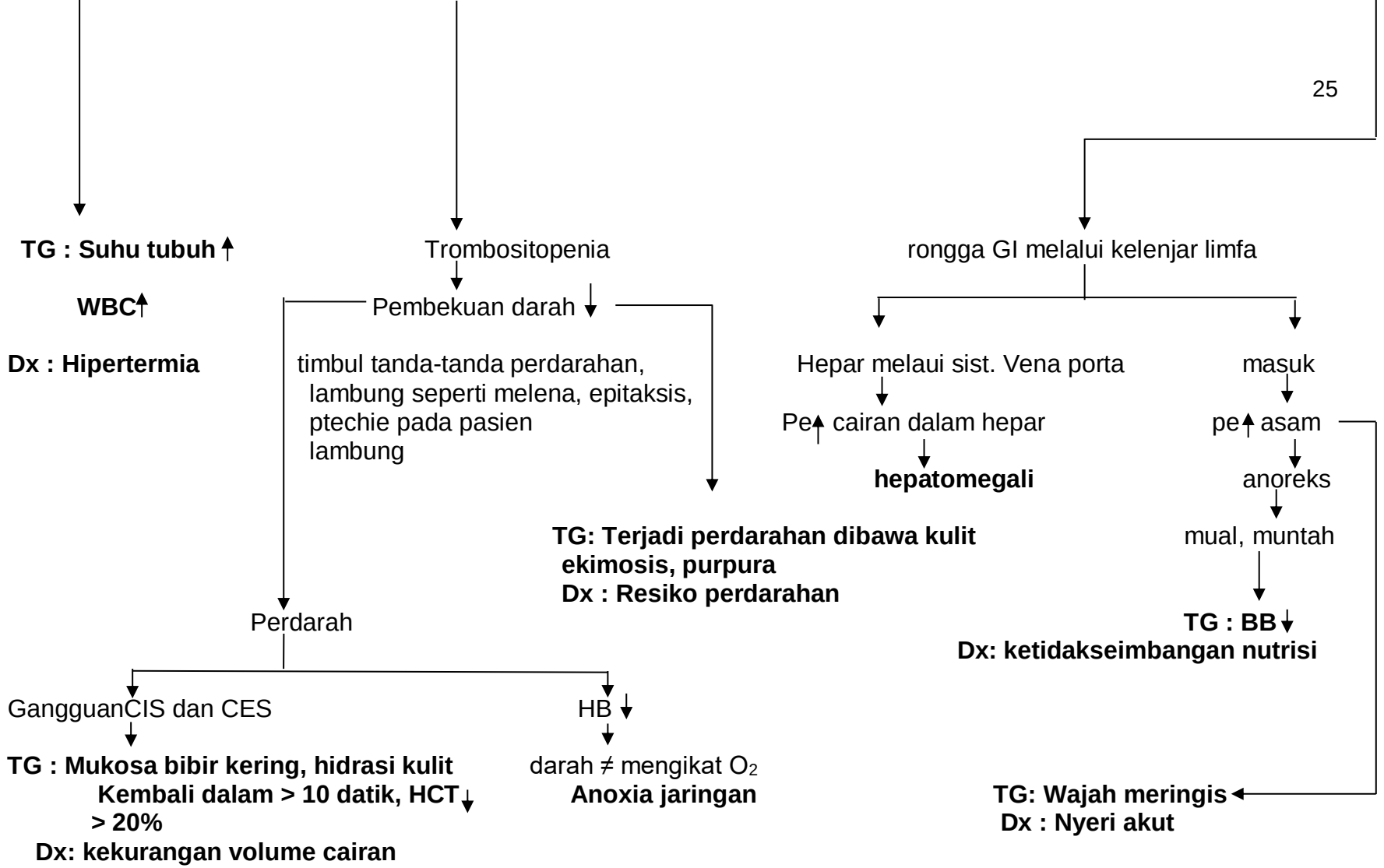
Setelah pasien pulang, tindakan perawatan belum tentu terputuskan, oleh sebab itu perawat perlu memberikan penjelasan mengenai tindakan apa yang seharusnya dilakukan saat pasien pulang yaitu :

a. Memberi penjelasan tentang tindakan pencegahan yang dapat dilakukan oleh keluarga untuk menghindari DHF, seperti melakukan pemberantasan vektor disemua daerah berpotensi penularan tinggi Ada 2 macam pembatasan vektor antara lain :
   1) Menggunakan intektisida

      Yang lazim digunakan dalam program pemberantasan DHF adalah malathion untuk membunuh nyamuk dewasa dan temphos (abate) untuk membunuh jentik.
   2) Tanpa insektisida

      Cara adalah :
      a) Menguras bak mandi, tempayan dan tempat penampungan air minimal 1 x seminggu (perkembangan telur nyamuk lamanya 7-10 hari).
      b) Menutup tempat penampungan air rapat-rapat
      c) Membersihkan halaman rumah dari kaleng bekas, botol pecah dan benda lain.
b. Minum air yang cukup
c. Upayakan untuk makan dan istirahat yang cukup
d. Memberikan informasi, bahwa jika tidur sebaiknya menggunakan kelambu untuk mencegah gigitan nyamuk aedes (Amin Huda Nurarif,S, 2015).


Factor predisposisi
Etiologi
Factor pencetus
- Kondisi geografis (iklim dan kelembapan)
- Perilaku (perilaku seperti yang tak acuh terhadap lingkungan)
- lingkungan (lingkungan yang tidak bersih bak mandi jarang dikuras, air disebarang tempat, pakaian digantungan didalam rumah)
virus dengue
nyamuk aedes aegypti
virus dengue masuk kedalam tubuh Manusia melalui gigitan nyamuk aedes aegypti
Viremia
Pe↑ set point termostat
Aktivitas komplemen
kebocoran cairan plasma ke ruang intestitial
cairan plasma merembes
hipotalamus
Pelepasan toksin (C_{3a} & C_{5a})
pe↓ tekanan pengisian sirkulasi darah
cairan plasma merembes ke rongga pleura
Melepaskan pirogen dari degenerasi jaringan tubuh
Dilatasi pembuluh darah
Pe↑ permeabilitas kapiler
pe↓ aliran balik vena curah jantung↓
terjadi pembendungan cairan di rongga
Demam
dinding pembuluh darah
TG : Nadi lambat dan cepat, gelisah,
Efusi pleura
volume cairan↓ HT↑
akral dingin, lembab, hipoksia
Dx : Resiko syok hipovolemik


TG : Suhu tubuh ↑
WBC ↑
Dx : Hipertermia
Trombositopenia
Pembekuan darah ↓
timbul tanda-tanda perdarahan, lambung seperti melena, epitaksis, ptechie pada pasien lambung
rongga GI melalui kelenjar limfa
Hepar melaui sist. Vena porta
Pe ↑ cairan dalam hepar
hepatomegali
masuk
pe ↑ asam
anoreks
mual, muntah
TG : BB ↓
Dx: ketidakseimbangan nutrisi
TG: Terjadi perdarahan dibawa kulit ekimosis, purpura
Dx : Resiko perdarahan
Perdarah
GangguanCIS dan CES
TG : Mukosa bibir kering, hidrasi kulit Kembali dalam > 10 datik, HCT ↓ > 20%
Dx: kekurangan volume cairan
HB ↓
darah ≠ mengikat O_2
Anoxia jaringan
TG: Wajah meringis
Dx : Nyeri akut

BAB III
TINJAUAN KASUS

Pasien ad “ B “ masuk Rumah Sakit Stella Maris pada tanggal 23 februari 2019 dengan keluhan demam 3 hari yang lalu, disertai dengan mual, pusing, sakit kepala, sakit perut, nyeri uluh hati, keram pada bagian kaki dan ibu mengatakan terdapat banyak bintik-bintik merah pada lengan tangan kanan, ibu pasien mengatakan anaknya mual pada saat selesai makan dan pasien malas makan, BB 18 kg, pasien tampak kurus. Saat ini pasien mendapatkan therapy obat (Omeprazole 1/3 ml/IV,Parecetamol, ml/IV, Ondansentron 1 ml/IV, Ceftriaxone 700 mg/IV). Pemberian asuhan keperawatan lainnya. Masalah yang timbul selama pasien dirawat antara lain : resiko kekurangan volume cairan dengan faktor resiko kehilangan volume cairan aktif, hipertermia nyeri akut, ketidakseimbangan nutrisi. Untuk mengetahui lebih akurat tentang penyakit pasien maka dilakukan pemeriksaan laboratorium :

Jenis pemeriksaan	H. pemeriksaan	Nilai Normal	Satuan
WBC	4.50	5.0 – 13.0	10^3/uL
NEUT	72.7	30.0 – 55.0	%
HCT	35.7	34.0 – 49.0	%
PLT	1.47	200.0 – 450.0	10^3/uL

A. PENGKAJIAN

Nama	: Legia Liska Raveel (E1614401021) Lili Chatrina (E1614401021)

Unit : St. Yoseph Autoanamnese : √
Kamar : 3009 alloanamnese : √
Tgl masuk : 23-02-2019
Tgl pengkajian : 24-02-2019

1. Identitas
   a. Pasien
      Nama initial : Ad. B
      Umur : 6 tahun
      Jenis kelamin : Laki-laki
      Agama/suku : Katolik
      Warga negara : Indonesia
      Bahasa yang digunakan: Indonesia
      Pendidikan : TK
      Alamat rumah : Jl. Badak No. 44
   b. Orang tua
      Nama Bapak : Tn. A
      Umur : 46 tahun
      Alamat : Jl.Badak No. 44
      Nama Ibu : Ny. Y
      Umur : 45 tahun
      Alamat : Jl.Badak No. 44
2. Data medik
   Diagnosa medik : Febris ec DHF
   Saat masuk : DHF
   Saat pengkajian : DHF

3. Keadaan umum
   a. Keadaan sebelum sakit

      Pasien tampak sakit sedang

      Alasan : tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur dengan posisi terlentang. Tampak terpasang cairan RL 500 cc ditangan kiri dengan 24 tetes/menit. Tampak wajah pasien meringis.

   b. Tanda-tanda vital
      1) Kesadaran (kualitatif) : composmentis

         Skala koma Glasgow (kualitatif)

         a) Respon motorik : 6
         b) Respon bicara : 5
         c) Respon membuka mata : 4

            Jumlah : 15

            Kesimpulan : (compos mentis)

      2) Tekanan darah : 100/60 mmHg

         MAP : 73 mmHg

         Kesimpulan : perfusi jaringan memadai

      3) Suhu : 39^{0}c [ ] oral [√] axila [ ] rektal

      4) Pernapasan : 16 x/menit

         Irama : [√] teratur [ ] tachicardi [ ] bradichardi

         Jenis : [√] dada [ ] perut

      5) Nadi : 110 ×/menit

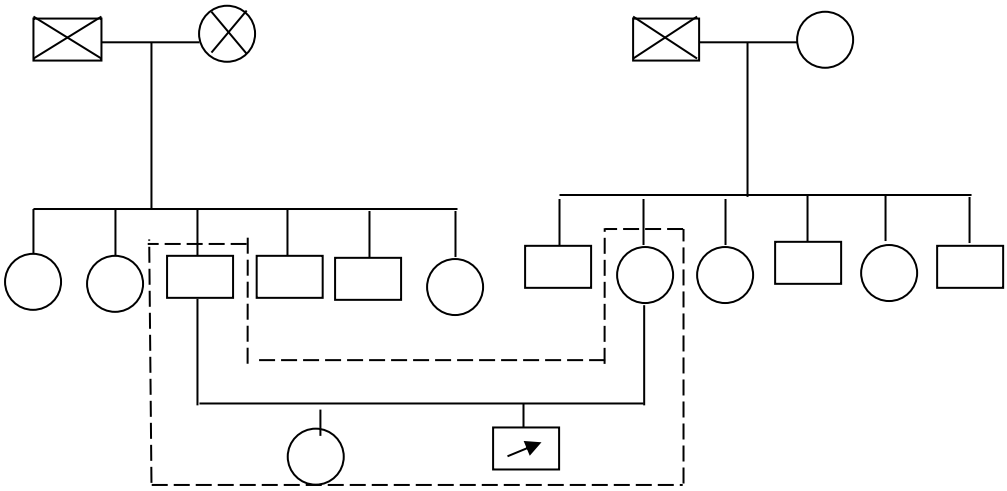
         Irama : [√] teratur [ ] tachicardi [ ] bradichardi

         [√] Kuat [ ] lemah

   c. Pengukuran
      1) Tinggi badan : 110 cm
      2) Berat badan : 18 kg
      3) Ingkar kepala : 54 cm
      4) Lingkar dada : 66 cm

         Kesimpulan : Berat badan kurang

d. Genogram



Keterangan :

: Pria

: Wanita

: Tinggal serumah

: pasien

: Meninggal

B. Pengkajian Pola Kesehatan

1. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

a. Keadaan sebelum sakit

Ibu mengatakan kesehatan itu sangat penting dimana kita dapat terhindar dari penyakit. Ibu mengatakan lingkungan sekitar rumah bersih dan di dalam rumah tidak ada gantungan pakaian baik di dalam kamar maupun di luar kamar. Ia membersihkan bak kamar mandi dan penampungan airnya 3 kali dalam seminggu. Ia juga mengatakan jika ada anggota keluarga yang sakit ia langsung membeli obat di apotik terdekat. Ibu mengatakan bahwa sebelum pasien sakit pasien dan keluarga berangkat

ke Toraja untuk liburan selama 1 minggu setelah pulang dari Toraja pasien langsung demam.

b. Keadaan saat sakit.
   1) Keluhan utama : Demam
      a) Riwayat keluhan utama

         Ibu pasien mengatakan pasien demam di rumah sejak 3 hari yang lalu di sertai dengan mual, nyeri uluh hati, pusing dan sakit kepala. Ibu pasien mengatakan sempat memberikan obat paracetamol sirup yang dibeli di apotik terdekat. Setelah diberi obat demam anaknya sempat turun tetapi setelah ± 2 jam demamnya naik lagi sehingga keluarga sangat cemas dan memutuskan untuk mengantar pasien ke Rumah Sakit Stella Maris. Sesampai di Rumah Sakit pasien mengeluh sakit kepala,nyeri uluh hati, sakit perut, mual, pusing, tubuh terasa panas dan pasien sering mengeluh keram pada bagian kaki dan ibu mengatakan di lengan tangan kanan timbul binti-bintik merah.

c. Riwayat kesehatan ibu/ kelahiran dan neonatal

   Ibu mengatakan selama hamil ibu pasien hanya mengalami mual, muntah dan ia juga rajin memeriksakan kehamilannya. Ibu pasien juga mengatakan ia melahirkan pasien secara normal dan anaknya langsung menangis saat lahir.

d. Bugar

   Ibu pasien mengatakan pasien saat lahir langsung menangis dan warna kulit putih kemerah-merahan serta pergerakan aktif.

e. Kelainan bawaan atau trauma kelahiran

   Ibu pasien mengatakan tidak ada kelainan atau trauma kelahiran.

f. Riwayat tumbuh kembang sebelum sakit

1) 6 bulan

Ibu pasien mengatakan pada umur 6 bulan pasien sudah mengkonsumsi makanan tambahan seperti bubur saring. Pada umur 6 bulan pasien sudah bisa untuk membalikkan badannya tapi belum bisa merangkak.

2) 12 bulan

Ibu pasien mengatakan pada umur 12 bulan pasien mulai berbicara tapi belum terlalu jelas dan pada umur 12 bulan pasien juga sudah bisa berjalan untuk beberapa langkah.

3) 2-3 tahun

Ibu pasien mengatakan pada umur 2-3 tahun pasien sudah bisa berbicara dengan jelas dan juga sudah mampu berjalan dengan baik.

4) 4-5 tahun

Ibu pasien mengatakan pada umur ini pasien sudah mulai bermain dengan teman-temannya disekitar rumah.

5) 6 tahun

Ibu pasien mengatakan pada umur 6 tahun pasien sudah masuk Tk dan Pasien sudah mulai bermain dengan temannya di luar lingkungan rumah.

g. Riwayat alergi

Ibu pasien mengatakan pasien tidak mempunyai riwayat alergi.

h. Catatan vasinasi:

Jenis vaksinasi	I	II	III
BCG	1 bulan	-	-
DPT	2 bulan	3 bulan	4 bulan
POLIO	2 bulan	3 bulan	4 bulan
H hepatitis	2 bulan	3 bulan	4 bulan
C campak	9 bulan	-	-

i. Riwayat penyakit yang pernah dialami

Ibu pasien mengatakan anaknya tidak mempunyai riwayat penyakit sebelumnya.

j. Riwayat kesehatan keluarga

Ibu Pasien mengatakan bahwa ia dan suami mempunyai riwayat penyakit hipertensi.

k. Pemeriksaan fisik

1) Kebersihan rambut : tampak bersih, rambut keriting dan berwarna hitam.
2) Kulit kepala : tampak kulit kepala bersih.
3) Kebersihan kulit : tampak tidak ada lesih.
4) Rongga mulut : tampak kotor.
5) Kebersihan genetalia/ anus: tampak genetalia bersih.

2. Pola nutrisi dan metabolik

a. Keadaan sebelum sakit

Ibu pasien mengatakan pasien makan 3 kali sehari dengan porsi ½ piring, dengan menu nasi, telur, tempe, ikan, sayur, pasien sangat menyukai nuget dan pasien juga kadang makan mie dan jajan di luar. Ibu mengatakan pasien minum 4-5 gelas perhari dan juga minum susu 2 kali sehari. Sebelum sakit berat badan pasien 19 kg.

b. Keadaan saat sakit

Ibu pasien mengatakan selama sakit pasien kurang nafsu makan dan minum, pasien makan 3 kali sehari dengan menu bubur ± 2-3 sendok saja dengan lauk pauk berupa sayur, telur, ikan. Ibu mengatakan pasien tidak bisa makan terlalu banyak karena pada saat selesai makan pasien merasa mual. Pasien hanya minum air putih 2-3 gelas.

c. Observasi

Tampak pasien hanya makan bubur 3 sendok saja dari 1 porsi yang disediakan. Tampak pasien malas minum dan hanya minum setengah gelas. Tampak pasien lemah, tampak pasien merasa mual, tampak terpasang cairan infus Rl 500 cc dengan 20 tetes per menit, tampak mukosa bibir kering. Tampak pasien kurus.

d. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan rambut : tampak rambut keriting, bersih dan berwarna hitam.
2) Hidrasi kulit : tampak tidak ada tanda-tanda dehidrasi
3) Palpebrae/ congjungtiva : tampak tidak edema dan tidak anemik
4) Sclera : tampak tidak ikterik
5) Hidung : tampak ada septum
6) Rongga mulut : tampak kotor dan tidak ada perdarahan
7) Gigi : tampak utuh,tidak ada lubang dan terdapat karies
8) Kemampuan mengunyah makanan keras : tampak pasien mampu mengunyah makanan keras.
9) Lidah : lidah tampak kotor (tampak ada plak putih pada lidah)
10) Pharing : tidak ada peradangan
11) Kelenjar getah bening : tidak ada pembesaran

12) Kelenjar parotis : tidak ada pembesaran

13) Abdomen :

a) Inspeksi : tampak datar, tidak ada edema dan asites
Bayangan vena : tidak tampak bayangan vena

b) Auskultasi : peristaltik usus 15× per menit

c) Palpasi : nyeri tekan pada abdomen

d) Perkusi : ascite [ ] positif [√] negatif

14) Kulit : tampak ada petekie ± 20
Edema : [ ] positif [√] negatif
Ikterik : [ ] positif [√] negatif

15) Tanda –tanda radang : tampak tidak ada peradangan

16) Lesi : tampak tidak ada lesi

3. Pola eliminasi

a. Keadaan sebelum sakit

Ibu pasien mengatakan pasien BAB 1 kali sehari dengan konsistensi padat berwarna coklat.Ibu pasien mengatakan pasien BAK 2-3 kali sehari dengan warna kuning jernih dan berbau.

b. Keadaan sejak sakit

Ibu pasien mengatakan pasien BAB encer 1kali berwarna kuning selama dirawat di rumah sakit. Ibu pasien juga mengatakan pasien BAK 2-3 kali sehari dengan warna kuning pekat dan berbau.

c. Observasi

Saat pengkajian tampak BAK berwarna kuning pekat dengan jumlah 150 cc dan berbau.

d. Pemeriksaaan fisik

1) Palpasi kandung kemih : [ ] penuh [√] kosong

2) Mulut uretra : tidak dikaji

3) Anus :
    a) Peradangan : tidak dikaji
    b) Hemoroid : tidak dikaji
    c) Fistula : tidak dikaji

4. Pola aktivitas dan latihan
    a. Keadaan sebelum sakit

       Ibu pasien mengatakan pasien sering pergi bermain dengan teman-temannya dan juga kakaknya. Ibu pasien mengatakan setiap hari senin,rabu,dan jumat pasien pergi sekolah (TK).

    b. Keadaan sejak sakit

       Ibu pasien mengatakan selama sakit pasien malas berkomunikasi apalagi dengan orang yang dikenalnya. Ibu pasien mengatakan pasien hanya bisa terbaring lemah ditempat tidur dan terkadang pasien mengeluh nyeri perut dan seluruh aktivitas pasien dibantun oleh keluarga.

    c. Observasi
        1) Aktivitas harian :
            a) Makan : 2
            b) Mandi : 2
            c) Pakaian : 2
            d) Kerapihan :2
            e) Buang air kecil : 2
            f) Buang air besar : 2
            g) Mobilisasi ditempat tidur : 0
            h) Kesimpulan : seluruh kebutuhan pasien dibantu
        2) Anggota gerak yang cacat : tidak ada
        3) Fiksasi : tampak tidak menggunakan fiksasi
        4) Tracheostomi : tampak tidak ada

d. Pemeriksaan fisik

1) Perfusi pembuluh perifer kuku : kembali dalam 3 detik

2) Thorax dan pernapasan :

a) Inspeksi

Bentuk thorax : tampak simetris kiri dan kanan

Sianosis : tampak tidak ada

Stridor : tampak tidak ada

b) Auskultasi

Suara napas : vesicular

Suara ucapan : terdengar kiri dan kanan

tambahan : tidak terdengar

3) Jantung

Inspeksi :

Ictus cordis : tampak tidak ada

Palpasi : tidak teraba pembesaran jantung

Ictus cordi : teraba ictus cordis pada ICS 5 linea mid clavicularis

Auskultasi:

Bunyi jantung ll A : tunggal ICS 2 linea sternalis dekstra

Bufnyi jantung ll P : tunggal ICS 2 linea sternalis sinistra

Bunyi jantung l T : tunggal ICS 4 linea sternalis sinistra

Bunyi jantung l M : tunggal ICS 5 linea medio clavicularis

Bunyi jantung ll irama gallop : tidak terdengar

Murmur : tidak ada

HR : 102 ×/menit

Bruit : Aorta : tidak terdengar

A. Renalis : tidak terdengar

A. Femoralis : tidak terdengar

4) Lengan dan tungkai

a) Atrofi otot : [ ] positif [√] negatif

b) Rentang gerak :

Kaku sendi : tidak ada

Uji kekuatan otot

kanan	kiri
tangan 5	5
5	5

kaki

c) Refleks fisiologi : bisep (-) trisep (-) patella (-)

d) Refleks patologi :

Babinski kiri : positif [ ] negatif [√]

Kanan : positif [ ] negatif [√]

e) Columna vertebralis :

a) Inspeksi : kelainan bentuk : tidak ada

b) Palpasi : nyeri tekan : tidak ada

Kaku kuduk : tidak ada

Bradzinki : tidak ada

Kering sign : tidak ada

5. Pola tidur dan istrahat

a. Keadaan sebelum sakit

Ibu pasien mengatakan pasien tidur ± 10 jam mulai dari pukul 20.00-06.00 WIB dan pasien biasa mengerjakan tugas sekolah atau menonton TV sebelum tidur. Ibu pasien mengatakan pasien suka tidur dalam suasana gelap dan pasien biasa tidur siang ± 2 jam.

b. Keadaan sejak sakit

Ibu pasien mengatakan sejak sakit pasien biasa tidur malam ± 8 jam dan pasien kadang terbangun pada malam hari karena sakit perut. Ia juga mengatakan pasien tidur siang ± 1

jam kadang juga tidak cukup satu jam pasien juga kadang gelisah pada saat tidur disiang hari karena sakit kepala.

c. Observasi

Ekspresi wajah mengantuk :	☐	positof	☑	negatif
Banyak menguap :	☐	positif	☑	negatif
Palpebra inferior berwarna :	☐	positif	☑	negative

6. Pola persepsi kognitif
   a. Keadaan sebelum sakit

      Ibu pasien mengatakan jika pasien merasa sakit ia langsung mengatakannya kepada orang tuanya atau saudaranya. Ibu pasien mengatakan pasien mengikuti kegiatan anak skolah minggu di Gereja.

   b. Keadaan sejak sakit

      Ibu pasien mengatakan pasien sering mengeluh nyeri pada kepala perut, dan ulu hati. Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk dan nyeri hilang timbul. Tampak pasien memegang daerah yang sakit yaitu pada perut.

   c. Observasi

      Tampak pasien memegangi bagian yang sakit yaitu pada kepala. Tampak ekpresi wajah meringis, tampak pasien menunjukkan skala face nyeri sedang (4-6)

   d. Pemeriksaan fisik
      1) Penglihatan
         a) Cornea : tampak jernih
         b) Pupil : tampak isokor
         c) Lensa mata : tampak jernih
      2) Pendengaran
         a) Pina : tampak simetris kiri dan kanan
         b) Kanalis : tampak bersih
         c) Membran timpani : tampak utuh dan pantulan cahaya

d) Test pendengaran : pasien mampu mendengar gesekan jari perawat.

7. Pola persepsi dan konsep diri
   a. Keadaan sebelum sakit

      Ibu pasien mengatakan anaknya cukup hiperaktif dan tidak mengeluh mengenai tubuhnya.
   b. Keadaan sejak sakit

      Ibu pasien mengatakan pasien hanya dapat terbaring lemah ditempat tidur dan tidak bisa bermain lagi bersama teman-temannya,pasien juga sering rewel dan gelisah.
   c. Observasi
      1) Kontak mata : tampak pasien menatap mata perawat
      2) Rentang perhatian : tampak pasien memperhatikan perawat saat disentuh
      3) Suara dan cara bicara : tampak pasien tidak mau berbicara tapi hanya mengangguk.
   d. Pemeriksaan fisik
      1) Kelainan bawaan yang nyata : tampak tidak ada kelainan
      2) Abdomen :

         Bentuk : tampak perut sismetris

         Bayangan vena : tampak tidak ada bayangan vena

         Benjolan massa : tampak tidak ada benjolan

8. Pola peran dan hubungan dengan sesama
   a. Keadaan sebelum sakit

      Ibu pasien mengatakan pasien memiliki banyak teman dan pasien lebih sering bermain di luar dari lingkungan rumah bersama teman-temannya. Ibu pasien mengatakan jika pasien ada masalah denagan teman-temannya atau pun ada

hal yang tidak disukainya pasien langsung memberitahuakan kepada orang tuanya.

b. Keadaan sejak sakit

Ibu pasien mengatakan sejak sakit pasien sangat rewel, gelisah dan tidak mau di bantu kecuali ibunya.

c. Observasi

Tampak pasien hanya diam saat diajak bicara oleh perawat.Tampak pasien sangat rewel dan gelisa.

9. Pola reproduksi dan seksualitas

a. Keadaan sebelum sakit

Ibu pasien mengatakan pasien sangat manja dan juga rewel. Pada usianya ini pasien biasanya keluar rumah untuk bermain bersama teman laki-lakinya.

b. Keadaan sejak sakit

Ibu pasien mengatakan selama pasien sakit pasien sangat manja. Ibu pasien mengatakan yang membuat pasien gelisah dan rewel karena demamnya, sakit kepalanya dan juga kadang sakit pada perutnya dan selama sakit pasien hanya.

c. Observasi

Tampak pasien tidak ada penyimpangan.

10. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stres

a. Keadaan sebelum sakit

Ibu pasien mengatakan jika pasien jengkel atau ada keinginannya yang tidak terpenuhi pasien langsung marah dan menangis. Ibu pasien mengatakan caranya membujuk pasien yaitu dengan berbicara halus dan menuruti apa yang diinginkan karena menurut ibu pasien anaknya keras kepala.

b. Keadaan sejak sakit

Ibu pasien mengatakan selama sakit pasien sangat rewel cengeng,dan pasien juga sering gelisah. Pasien biasa marah jika ibunya tidak selalu disampingnya.

c. Tampak pasien rewel dan gelisah. Tampak pasien hanya diam saat ditanya.

11. Pola sistem nilai kepercayaan

a. Keadaan sebelum sakit

Ibu pasien mengatakan bahwa ia sekeluarga selalu mengikuti ibadah hari minggu di gereja dan pasien juga sering mengikuti kegiatan anak sekolah minggu di gereja.

b. Keadaan sejak sakit

Ibu pasien mengatakan selama sakit pasien tidak pernah ke gereja karen kondisinya.

c. Observasi

Tampak rosario dan alkitab di samping kanan pasien.

Hasil pemeriksaan laboratorium

Darah rutin

Tanggal Pemeriksaan : 24-02-2019

Nama pasien : Ad “B”

Umur pasien : 6 tahun

Jenis kelamin : Laki-laki

Parameter	Hasil	Satuan	Nilai normal
a. WBC	L 4.50*	10^3/uL	[5.0 – 13.0]
b. RBC	4.71	10^6/uL	[3.8 – 5.4]
c. HGB	12.4	g/dL	[12.0– 1815.0]
d. HCT	35.7*	%	[34.0 – 49.0]
e. MCV	L 75.8	fL	[76,0 – 89.0]
f. MCH	26.3	pg	[23.0 – 29.0]
g. MCHC	34.7	g/dL	[31.0 – 35.0]
h. PLT	L 147*	10^3/uL	[200.0– 450.0]
i. RDW	12.6	fL	[11.5 – 14.5]
j. PDW	10.0	fL	[9.0 – 13.0]
k. MPV	9.3	fL	[7.2 – 11.1]
l. P-LCR	20.7	%	[15.0 – 25.0]
m. DIFF			
n. LYMPH	23.7	%	[20.0 – 50.0]
o. MXD	3.6	%	[1.0 – 20.0]
p. NEUT	H 72.7*	%	[30.0 – 55.0]
q. LYMPH#	1.10	10^3/uL	[1 – 3.7]
r. MXD#	0.2	10^3/uL	[0 – 1.2]
NEUT#	3.20	10^3/uL	[1.5 – 7]

Ha

Hasil Periksaan laboratorium

Darah rutin

Tanggal Pemeriksaan : 25-02-2019

Nama pasien : Ad “B”

Umur pasien : 6 tahun

Jenis kelamin : laki-laki

Parameter	Hasil	Satuan	Rujukan
WBC	L 4.20*	10^3/uL	[5.0 – 13.0]
RBC	4.70	10^6/uL	[3.8 – 5.4]
HGB	12.3	g/dL	[12.0 – 1815.0]
HCT	35.8*	%	[34.0 – 49.0]
MCV	76.2	fL	[76,0 – 89.0]
MCH	26.2	pg	[23.0 – 29.0]
MCHC	34.4	g/dL	[31.0 – 35.0]
PLT	L 124*	10^3/uL	[200.0 – 450.0]
RDW	12.5	fL	[11.5 – 14.5]
PDW	12.5	fL	[9.0 – 13.0]
MPV	9.9	fL	[7.2 – 11.1]
P-LCR	H 25.9	%	[15.0 – 25.0]
DIFF			
LYMPH	32.1	%	[20.0 – 50.0]
MXD	8.7	%	[1.0 – 20.0]
NEUT	H 59.2*	%	[30.0 – 55.0]
LYMPH#	1.30	10^3/uL	[1 – 3.7]
MXD#	0.4	10^3/uL	[0 – 1.2]
NEUT#	2.50	10^3/uL	[1.5 – 7]

Hasil pemeriksaan laboratorium

Darah rutin

Tanggal Pemeriksaan : 27-02-2019

Nama pasien : Ad “B”

Umur pasien : 6 tahun

Jenis kelamin : laki-laki

Parameter	Hasil	Satuan	Nilai normal
WBC	L 3.20*	10^3/uL	[5.0 – 13.0]
RBC	4.88	10^6/uL	[3.8 – 5.4]
HGB	12.3	g/dL	[12.0– 1815.0]
HCT	37.1	%	[34.0 – 49.0]
MCV	76.0	fL	[76,0 – 89.0]
MCH	25.2	pg	[23.0 – 29.0]
MCHC	33.2	g/dL	[31.0 – 35.0]
PLT	L 103*	10^3/uL	[200.0– 450.0]
RDW	12.6	fL	[11.5 – 14.5]
PDW	H 13.7	fL	[9.0 – 13.0]
MPV	10.0	fL	[7.2 – 11.1]
P-LCR	H 27.9	%	[15.0 – 25.0]
DIFF	-		
LYMPH	34.3	%	[20.0 – 50.0]
MXD	8.4	%	[1.0 – 20.0]
NEUT	H 57.3*	%	[30.0 – 55.0]
LYMPH#	1.10	10^3/uL	[1 – 3.7]
MXD#	0.3	10^3/uL	[0 – 1.2]
NEUT#	1.80	10^3/uL	[1.5 – 7]

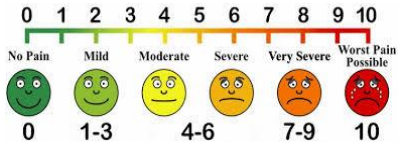
C. Analisa Data

Nama/Umur: Ad ”B”/ 6 thn

Kamar/Unit : 3009/ St.Yoseph 3

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	DS : - Ibu pasien mengatakan di lengan tangan kanan timbul bintik-bintik merah. - Ibu pasien mengatakan anaknya malas minum air putih. - Ibu pasien mengatakan anaknya sering mengeluh keram pada bagian kaki. DO : - Tampak bintik-bintik Merah ± 20 pada tangan kanan . - Tampak pasien malas minum. - Tampak pasien berbaring lemas di tempat tidur. - Observasi TTV : TD : 100/60 mmHg N : 112 x/menit S : 39˚ P : 16 x/menit - Hasil pemeriksaan Lab tanggal 24 april 2019 : PLT : 1.47 10^3/UL HCT : 35.7 % WBC : 4.50 10^3/uL	Kehilangan Cairan aktif Penyakit	Kekurangan volume cairan

	NEUT : 72.7 %		
2.	DS : - Ibu pasien mengatakan anaknya demam di rumah sejak 3 hari yang lalu. - Ibu pasien sempat memberikan paracetamol dan demamnya tapi selang berapa jam demamnya naik lagi. - Ibu pasien mengatakan pasien sering gelisah. DO : - Tampak pasien gelisah - Tampakpasien terbaring lemas di tempat tidur. - Tubuh pasien teraba panas. - Tampak mukosa bibir kering - Tampak suhu tubuh 39˚c. - Hasil Lab : WBC : 4.50 10^3/uL NEUT : 72.7 % PLT : 1.47 10^3/UL HCT : 35.7 %		Hipertermia

3.	DS : - Ibu pasien mengatakan anaknya mengeluh nyeri pada bagian kepala, perut dan ulu hati. - Pasien mengatakan nyerinya hilang timbul seperti tertusuk-tusuk - Ibu pasien mengatakan kadang anaknya terbangun pada malam hari karena sakit perut. DO : - Tampak wajah pasien meringis pada saat abdomen ditekan. - Tampak pasien memengangi daerah yang sakit yaitu perut. - Tampak pasien menunjuk skala face nyeri sedang 4-6. 	Agens Cedera Biologis	Nyeri Akut
4.	DS : - Ibu pasien mengatakan anaknya mual pada saat selesai makan. - Ibu pasien mengatakan anaknya tidak bisa makan terlalu banyak karena ia rasa mual. - Ibu pasien mengatakan	Kurang asupan makanan	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

	anaknya malas makan.		
4.	DO : - Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur. - Tampak pasien merasa mual. - Tampak pasien gelisah. - Tampak pasien hanya makan ± 3 sendok - BB 18kg (berat badan kurang) - Tampak pasien kurus		

D. Diagnosa Keperawatan

Nama/Umur : Ad.”B”/ 6 Thn

Kamar / Unit : 3009/ St. Yoseph 3

No.	DIAGNOSA KEPERAWATAN
1.	Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif .
2.	Hipertermi berhubungan dengan penyakit.
3.	Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis.
4.	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

D. Rencana Keperawatan

Nama/Umur :Ad.”B”/6 thn

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Nursing Outcomes Classification (NOC)	Nursing Interventions Classification (NIC)
23 februari 2019 I	Resiko kekurangan volume cairan dengan faktor resiko kehilangan volume cairan aktif : DS : - Ibu pasien mengatakan di lengan tangan timbul bintik-bintik merah. - Ibu pasien mengatakan anaknya malas minum air putih. - Ibu pasien mengatakan anaknya sering Mengeluh keram pada bagian kaki. DO :	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan resiko perdarahan pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil, dengan indikator skala target outcome : ➢ Status sirkulasi (0401) 1. Tekanan darah sistol 2. Tekanan darah diastole 3. Tekanan nadi 4. Urine output 5. Wajah pucat	➢ Pencegahan syok 1. Monitor status sirkulasi (misalnya, tekanan darah, warna kulit, temperature kulit, bunyi jantung, nadidan irama, kekuatan dan kualitas nadi perifer, pengisian perifer. 2. Monitor berat badan, masukan dan keluaran setiap hari. 3. Monitor hasil laboratorium, terutama nilai Hgb, HCT, profil pembekuan, AGD, laktat, elektrolit, kultur, dan kimia darah. 4. Catat adanya peteki dan kondisi membran mukosa. 5. Anjurkan pasien dan keluarga mengenai faktor- faktor pemicu syok.

	- Tampak ±20 bintik-bintik Merah pada tangan. - Tampak pasien malas minum. - Tampak pasien berbaring lemas di tempat tidur. - Observasi TTV : TD : 100/60 mmHg N : 112 x/m S : 39˚c P : 16 x/m - Hasil pemeriksaan Lab tanggal 24 april 2019 : PLT : 1.47 ^3/UL HCT : 75.8 %		6. Berikan cairan melalui IV dan oral sesuai kebutuhan.
II	Hipertermia berhubungan dengan penyakit : DS : - Ibu pasien mengatakan anaknya demam di rumah sejak 3 hari yang lalu.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan hipertermia pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil: ➢ Kontrol resiko: hipertermia (1922)	➢ Perawatan demam : 1. Anjurkan orang tua mengompres hangat. 2. Kolaborasi dengan dokter dalam hal pemberian obat. ➢ Manajemen cairan : 1. Jaga intake /asupan cairan yang akurat dan

	- Ibu pasien sempat memberikan paracetamol dan demamnya turun tapi berapa jam demamnya naik lagi. - Ibu pasien mengatakan pasien sering gelisah. DO : - Tampak pasien gelisah - Tampakpasien terbaring lemas di tempat tidur. - Tubuh pasien teraba panas. - Tampak mukosa bibir kering - Tampak suhu tubuh 39˚c. - Hasil Lab : - WBC : 4.50	1. Mengidentifikasi factor resiko hipertermia 2. Mengidentifikasi tanda dan gejala hipertermia 3. Memodifikasi cairan sesuai kebutuhan tubuh 4. Melakukan tindakan mandiri untuk mengontrol suhu tubuh.	catat output. 2. Monitor status hidrasi (membran mukosa). 3. Monitor hasil laboratorium. 4. Tingkatkan asupan oral. ➢ Monitor tanda-tanda vital 1. Monitor tekanan darah, suhu, nadi , dengan status pernapasan,
III	Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis. DS : - Ibu pasien mengatakan anaknya mengeluh nyeri	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri akut pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil :	➢ Manajemen nyeri : 1. Lakukan pengkajian nyeri komperensif 2. Berikan teknik relaksasi nonfarmakologi. 3. Dukung istirahat/ tidur yang adekuat yang membantu penurunan nyeri.

	pada bagian perut dan ulu hati. - Pasien mengatakan nyerinya hilang timbul - Ibu pasien mengatakan kadang anaknya terbangun pada malam hari karena sakit perut. DO : - Tampak wajah pasien meringis. - Tampak pasien memengangi kepalanya yang sakit. - Teraba nyeri tekan pada abdomen. - Tampak pasien menunjuk skala face nyeri sedang 4-6	➢ kontrol nyeri (1605) 1. mengenali kapan nyeri terjadi. 2. menggambarkan faktor nyeri. 3. menggunakan tindakan pengurangan nyeri tanpa analgesik. ➢ Tingkat nyeri (1202) 1. Ekspresi wajah	4. Libatkan keluarga dalam modalitas penurunan nyeri jika memungkinkan. ➢ Monitor tanda-tanda vital 1. Monitor tekanan darah, suhu, nadi , dengan status pernapasan, ➢ Pemberian obat 1. Kolaborasi dengan dokter dalam hal pemberian obat.
IV	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan. DS :	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil :	➢ Manajemen Nutrisi 9) Ciptakan lingkungan yang optimal. 10) Pastikan makanan disajikan dengan cara yang menarik dan pada suhu yang cocok

	- Ibu pasien mengatakan anakanya mual pada saat selesai makan - Ibu pasien mengatakan anaknya tidak bisa makan terlalu banyak karena ia rasa mual. DO : - Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur. - Tampak pasien merasa mual. - Tampak pasien gelisah. - Tampak pasien hanya makan ± 3 sendok - BB 18kg (berat badan kurang)	➢ Status nutrisi (1004) 1. Asupan gizi 2. Asupan makanan 3. Rasio berat badan /tinggi badan	untuk komsumsi secara optimal. 11) Anjurkan keluarga untuk membawa makanan favorit pasien sementara pasien berada di rumah sakit atau fasilitas perawatan yang sesuai pada posisi tegak dikursi, jika memungkinkan. 12) Anjurkan pasien untuk duduk tegak di kursi jika memungkinkan 13) Monitor kalori dan asupan makanan. ➢ Monitor tanda-tanda vital 1. Monitor tekanan darah, suhu, nadi , dengan status pernapasan, ➢ Pemberian obat (2300) 1. Kolaborasi dengan dokter dalam hal pemberian obat.

F. Nama/Umur : Ad.”B”/ 6 thn

Kamar/Unit : 3009/ St. Yoseph

Tanggal	DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Nama Perawat
24 Februari 2019	I, II, III, IV	09.00	Mengobservasi tanda – tanda vital pasien Hasil : - TD : 100/60 mmHg - N : 110x/menit - S : 39ºc - P : 16x/menit - Ibu mengatakan anaknya masih demam. - Tubuh pasien teraba panas. - Tampak pasien gelisah. - Tampak mukosa bibir kering.	Lili
	I,II	09.15	Memonitor hasil laboratorium pasien Hasil : - PLT : 147 10^3/UL - HCT : 35.7% - WBC : 4.20 10^3/UL - NEUT : 72.7 %	Lili
	I	09.20	Mengobservasi adanya peteki dan kondisi membrane mukosa Hasil :	Lili

			- Tampak ada bintik-bintik merah ± 20 pada lengan tangan pasien - Tampak membran mukosa kering	
	III	09.30	Melakukan pengkajian nyeri Hasil : - P : Ibu pasien mengatakan anaknya mengeluh nyeri pada bagian kepala, perut dan ulu hati. - Q : Nyeri seperti tertusuk- tusuk - R : Nyeri di bagian kepala, perut, dan ulu hati - S : nyeri dirasakan pada skala face 6 - T :Nyeri yang di rasakan hilang timbul - Tampak wajah pasien meringis	Lili
	II	09. 40	Menganjurkan orang tua mengompres hangat Hasil : - Tampak ibu pasien mengompres hangat anaknya menggunkan	Lili

			handuk kecil	
	I,II,III,IV	10.00	Melakukan kolaborasi dengan dokter dalam hal pemberian obat Hasil : - Omeprazole 1/3 ml/IV - Parecetamol 15 ml/IV - Ondansentron 1 ml/IV	Perawat Warda Dan Lili
	I,II	11.00	Memberikan cairan IV dan oral sesuai kebutuhan Hasil : - Terpasang cairan infus RL 500cc, 20 tetes/menit - Tampak pasien menghabiskan 50cc air putih dan susu 70cc	Lili
	IV	11.30	Monitor kalori dan asupan makanan Hasil : - Tampak pasien makan dengan menu bubur, sayur, ikan dan telur - Ibu pasien mengatakan anaknya malas makan - Tampak pasien makan 3 sendok	Lili

	IV	11.35	Menciptakan lingkungan yang optimal Hasil : - Tampak pasien makan dengan ruangan kamar yang bersih dengan suhu kamar 22˚c	Lili
	IV	11. 36	Menganjurkan pasien untuk makan pada posisi yang tegak Hasil : tampak pasien makan dengan posisi tegak di tempat tidur	Lili
	III	12.20	Meningkatkan istirahat dan tidur yang adekuat untuk penurunan nyeri Hasil : - Tampak pasien terbaring lemas di tempat tidur	Lili
	II, IV	13.45	Menganjurkan keluarga untuk membawa makanan favorit pasien Hasil : - Tampak ibu pasien memberikan makanan kesukaan pasien yaitu nugget dan dihabiskan 2 potong	Legia

	III	15.15	Mengajarkan teknik relaksasi non farmakologi Hasil : - Tampak pasien melakukan apa yang diajarkan oleh perawat (distraksi)	Legia
	I,II,III,IV	15.20	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil : - TD : 100/70 mmHg - N : 110 x/menit - S : 38˚c - P : 16 x/menit - Ibu pasien mengatakan anaknya masih demam - Tubuh pasien teraba hangat - Tampak mukosa bibir kering - Tampak pasien gelisah	Legia
	I,II,III,IV	16.00	Melakukan kolaborasi dengan dokter dalam hal pemberian obat Hasil : - Paracetamol : 15 ml/IV	Perawat Nita dan Legia

	I,II	16.10	Memberikan cairan IV dan oral sesuai kebutuhan Hasil : - Terpasang cairan infus RL 500cc, 20 tetes/menit	Legia
	I,II	16.20	Menjaga intake/ cairan yang akurat dan catat output Hasil : - Tampak pasien menghabiskan pasien air putih 80cc air putih dan susu 70cc - Tampak pasien menghabiskan makanannya 3 sendok ± 3cc - Urine : 100ccm Intake : Ap + susu = 150cc Output : urine =150cc	Legia
	IV	18.30	Monitor kalori dan asupan makanan Hasil : - Tampak pasien makan dengan menu bubur, sayur, ikan dan telur	Legia

	IV	18.35	Menciptakan lingkungan yang optimal Hasil : - Tampak pasien makan dengan ruangan kamar yang bersih dengan suhu kamar 22˚c	Legia
	IV	18.40	Menganjurkan pasien untuk makan pada posisi yang tegak Hasil : tampak pasien makan dengan posisi tegak di tempat tidur.	Isabella
	I,II,III,IV	20.00	Melakukan kolaborasi dengan dokter dalam hal pemberian obat H/: - Ceftriaxone 700 mg/IV	Perawat Nita Dan Legia
	III	21.30	Mendukung istirahat tidur yang adekuat untuk penurunan nyeri Hasil : - Tampak pasien berbaring lemas di tempat tidur	Greisensia
	I,II,III,IV	21.30	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil : - TD : 100/70 mmHg	Gresensia

			- N : 100 X/menit - S : 38,5 ˚c - P : 16 x/menit	
	I,II,III,IV	22.00	Kolaborasi dengan dokter dalam hal pemberian obat Hasil : - Omeprazole 1/3 mg/IV - Ondansentron 1mg/IV	Perawat Elis Dan Greisensia
	I,II,III,IV	05.00	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil : - TD : 100/70 mmHg - N : 110 x/menit - S : 38˚c - P : 16 x/menit	Greisensia
	I,II,III,IV	05.15	Kolaborasi dengan dokter dalam hal pemberian obat Hasil : - Paracetamol 15 ml/IV	Perawat Ester Dan Greisensia
	III	06.30	Monitor kalori dan asupan makanan Hasil : - Tampak pasien makan dengan menu bubur, dan telur - Ibu pasien mengatakan anaknya masih malas	Greisensia

			makan - Tampak pasien hanya makan ± 3 sendok	
	I,II	07.00	Menjaga intake/ cairan yang akurat dan catat output Hasil : - Intake : infus RL = 400cc Ap + susu= 100 + 400 = 500cc - Output urine : 150cc Balance cairan : - CM = 1920 cc/24jam CK = 480 cc/24 jam IWL = (30-6) x 18 BB/Kg/24 jam = 24 x 18 = 432cc CM – CK + IWL = 1920 – 480 + 432cc = 1920 – 912 cc = 1.008cc	Lili
25. Februari 2019	I, II, III, IV	09.00	Mengobservasi tanda – tanda vital pasien Hasil : - TD : 100/70 mmHg - N : 110x/menit - S : 37,9ºc - P : 16x/menit - Ibu mengatakan demam anaknya sudah turun.	Lili

			- Tubuh pasien teraba hangat. - Tampak pasien gelisah. - Tampak mukosa bibir kering. - Ibu pasien mengatkan anaknya masih mual	
	I,II	09.15	Memonitor hasil laboratorium pasien Hasil : - PLT : 124 10^3/uL - HCT : 35 % - WBC : 4.20 10^3/uL - NEUT : 59.2 %	Lili
	I	09.20	Mengobservasi adanya peteki dan kondisi membrane mukosa Hasil : - Tampak masih ada bintik-bintik merah ± 20 pada lengan tangan pasien - Tampak membran mukosa kering	Lili
	III	09.30	Melakukan pengkajian nyeri Hasil : - P : Ibu pasien mengatakan anaknya masih mengeluh nyeri	Lili

			pada bagian kepala, perut dan ulu hati. - Q : Nyeri seperti tertusuk- tusuk - R : Nyeri di bagian kepala, perut, dan ulu hati - S : nyeri di rasakan pada skala face 5 - T :Nyeri yang di rasakan hilang timbul - Tampak wajah pasien meringis	
	II	09.40	Menganjurkan orang tua mengompres hangat Hasil : - Tampak ibu pasien mengompres hangat anaknya menggunkan handuk kecil.	Lili
	I,II,III,IV	10.15	Melakukan kolaborasi dengan dokter dalam hal pemberian obat Hasil : - Omeprazole 1/3 ml/IV - Parecetamol 15 ml/IV - Ondansentron 1 ml/IV	Perawat Elis Dan Lili

	I,II	10.30	Memberikan cairan IV dan oral sesuai kebutuhan Hasil : - Terpasang cairan infus RL 350cc, 20 tetes/menit - Tampak pasien menghabiskan 100cc air putih dan susu 60cc	Lili
	IV	11.30	Monitor kalori dan asupan makanan Hasil : - Tampak pasien makan dengan menu bubur, sayur, ikan dan telur - Ibu pasien mengatakan anaknya masih malas makan - Tampak pasien hanya makan ± 3-4 sendok	Lili
	IV	11.35	Menciptakan lingkungan yang optimal Hasil : - Tampak pasien makan dengan ruangan kamar yang bersih dengan suhu kamar 22˚c	Lili

	IV	11.45	Menganjurkan pasien untuk makan pada posisi yang tegak Hasil : tampak pasien makan dengan posisi tegak di tempat tidur.	Lili
	III	12.00	Dukung istirahat dan tidur yang adekuat untuk penurunan nyeri Hasil : - Tampak pasien terbaring lemas di tempat tidur	Legia
	II,IV	14.10	Menganjurkan keluarga membawa makanan favorit Hasil : - Tampak ibu pasien memberikan makanan kesukaan pasien yaitu nugget dan di habiskan 2 potong	Legia
	III	15.00	Mengajarkan teknik relaksasi non farmakologi Hasil : - Tampak pasien melakukan apa yang di ajarkan oleh perawat	Legia

	I,II,III,IV	15.15	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil : - TD : 100/70 - N : 110 x/menit - S : 38˚c - P : 18 x/menit - Ibu pasien mengatakan demam anaknya naik lagi Tubuh pasien teraba panas - Tampak mukosa bibir kering - Tampak pasien gelisah	Legia
	I,II,III,IV	15.20	Kolaborasi dengan dokter dalam hal pemberian obat Hasil : - Paracetamol : 15 ml/IV	Perawat Warda Dan Legia
	I,II	16.00	Memberikan cairan IV dan oral sesuai kebutuhan Hasil : - Terpasang cairan infus RL 450cc, 20 tetes/menit	Legia
	I, II	16.15	Menjaga intake/ cairan yang akurat dan catat output Hasil : - Tampak pasien menghabiskan pasien air	Legia

			putih 150cc air putih dan susu 150cc - Tampak pasien menghabiskan makanannya 4 sendok ± 4cc - Urine : 100cc Intake : Ap + susu = 300cc Output : urine =100cc	
	IV	18.30	Monitor kalori dan asupan makanan Hasil : - Tampak pasien makan dengan menu bubur, sayur, ikan dan telur - Ibu pasien mengatakan anaknya masih malas makan - Tampak pasien hanya makan ± 3-4 sendok	Legia
	IV	18.35	Menciptakan lingkungan yang optimal Hasil : - Tampak pasien makan dengan ruangan kamar yang bersih dengan suhu kamar 22˚c	Legia

	I,II,III,IV	20.00	Kolaborasi dengan dokter dalam hal pemberian obat Hasil : - Ceftriaxone 700 mg/IV	Perawat Warda dan Legia
	III	20.30	Mendukung istirahat tidur dan tidur yang cukup untuk yang membantu penurunan nyeri Hasil : - Tampak pasien berbaring lemas di tempat tidur	Legia
	I,II	21.00	Memberikan cairan melalui IV dan oral sesuai kebutuhan tubuh Hasil : - Terpasang cairan infus RL 500cc	Melany
	I,II,III,IV	21.30	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil : - TD : 100/70 mmHg - N : 100 X/menit - S : 38,5 ˚c - P : 16 x/menit	Melany
	I,II,III,IV	22.00	Kolaborasi dengan dokter dalam hal pemberian obat Hasil : - Omeprazole 1/3 mg/IV	Perawat dan Melany

			- Ondansentron 1mg/IV	
	I,II,III,IV	05.00	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil : - TD : 100/60 mmHg - N : 110 x/menit - S : 37,8˚c - P : 16 x/menit	Melany
	I,II,III,IV	05.20	Kolaborasi dengan dokter dalam hal pemberian obat Hasil : - Paracetamol 15 ml/IV	Perawat Wana Dan Melany
	IV	06.30	Monitor kalori dan asupan makanan Hasil : - Tampak pasien makan dengan menu bubur, dan telur - Ibu pasien mengatakan anaknya masih malas makan - Tampak pasien hanya makan ± 3 sendok	Melany
	I,II	07.00	Menjaga intake/ cairan yang akurat dan catat output Hasil : - Intake : infus RL = 400cc	Legia

			Ap + susu= 150 + 70 = 620cc - Output urine : 300cc Balance cairan : - CM = 2.780 cc/24jam - CK = 480 cc/24 jam IWL = (30-6) x 18 BB/Kg/24 jam = 24 x 18 = 432cc CM – CK + IWL = 2.780 – 400 + 432cc = 2.780 – 832 cc = 1.950cc	
26 Februari 2019	I,II,III,IV	09.00	Mengobservasi tanda – tanda vital pasien Hasil : - TD : 100/70 mmHg - N : 60x/menit - S : 36,8ºc - P : 16x/menit - Ibu mengatakan demam anaknya sudah turun. - Tubuh pasien teraba hangat. - Tampak pasien gelisah. - Tampak mukosa bibir lembab	Lili dan Legia

	I,II	09. 15	Memonitor hasil laboratorium pasien Hasil : - PLT : 103 10^3/UL - HCT : 37.1 % - WBC : 3.20 10^3/UL - NEUT : 59.2 %	Lili Dan Legia
	I	09.20	Mengobservasi adanya petekqi dan kondisi membrane mukosa Hasil : - Ibu pasien mengatakan di tangan pasien masih ada bintik – bintik merah. - Tampak masih ada ≤ 20 bintik-bintik merah pada lengan tangan pasien - Tampak membran mukosa kering	Lili
	III	09.30	Melakukan pengkajian nyeri Hasil : - P : Ibu pasien mengatakan anaknya masih mengeluh nyeri pada bagian kepala, perut dan ulu hati. - Q : Nyeri seperti tertusuk- tusuk - R : Nyeri di bagian kepala, perut, dan ulu	Legia

			hati - S : nyeri di rasakan pada skala face 2 - T :Nyeri yang di rasakan hilang timbul - Tampak wajah pasien rilex	
	I,II	09.55	Memberikan cairan IV dan oral sesuai kebutuhan Hasil : - Terpasang cairan infus RL 500cc, 20 tetes/menit - Tampak pasien menghabiskan 300cc air putih dan susu 80cc	Lili
	I,II,III,IV	10.00	Melakukan kolaborasi dengan dokter dalam hal pemberian obat Hasil : - Omeprazole 1/3 ml/IV	Perawat Kisra Dan Legia
	IV	11.30	Monitor kalori dan asupan makanan Hasil : - Tampak pasien makan dengan menu bubur, sayur, ikan dan telur - Ibu pasien mengatakan anaknya masih malas	Lili Dan Legia

			makan - Tampak pasien hanya makan ± 3-4 sendok	
	IV	11.35	Menciptakan lingkungan yang optimal Hasil : - Tampak pasien makan dengan ruangan kamar yang bersih dengan suhu kamar 22˚c	Lili
	IV	11.40	Menganjurkan pasien untuk makan pada posisi yang tegak Hasil : tampak pasien makan dengan posisi tegak di tempat tidur.	Legia
	III	12.00	Dukung istirahat dan tidur yang adekuat Hasil : tampak pasien berbaring lemas di tempat tidur	Lili Dan Legia
	II,IV	14.30	Menganjurkan orang tua membawa makanan favorit pasien Hasil : - Tampak pasien menghabiskan nugget 4 potong dan nasi ½ piring	Legia

	III	14.35	Mendukung istirahat / tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri Hasil : - Tampak pasien terbaring lemas di tempat tidur	Monic
	III	15.00	Mengajarkan teknik relaksasi non farmakologi Hasil : - Tampak pasien Melakukan apa yang di ajarkan oleh perawat	Kristina
	I,II	15.15	Memberikan cairan IV dan oral sesuai kebutuhan Hasil : - Terpasang cairan infus RL 300cc, 20 tetes/menit	Monic
	I,II,III,IV	16.00	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil : - TD : 100/70 mmHg - N : 100 x/menit - S : 36,5˚c - P : 18 x/menit - Ibu pasien mengatakan anaknya sudah tidak demam - Tampak mukosa bibir	Monic

			lembab - Tampak pasien masih lemas	
	I,II	18.30	Menjaga intake/ cairan yang akurat dan catat output Hasil : - Tampak pasien menghabiskan pasien air putih 150cc air putih dan susu 100cc - tampak pasien menghabiskan makanannya 8 sendok - Urine : 100cc Intake : Ap + susu = 250cc Output : urine =140cc	Monic
	IV	18.35	Monitor kalori dan asupan makanan Hasil : - Tampak pasien makan dengan menu bubur, sayur, ikan dan telur - Ibu pasien mengatakan anaknya masih malas makan - Tampak pasien hanya makan ± 3-4 sendok	Jene

	I,II,III,IV	20.00	Kolaborasi dengan dokter dalam hal pemberian obat Hasil : - Ceftriaxone 700 mg/IV	Perawat Ludia Dan Kristina
	III	21.30	Meningkatkan istirahat tidur dan tidur yang adekuat untuk penurunan nyeri Hasil : - Tampak pasien berbaring lemas di tempat tidur	Jesika
	I,II,III,IV	21.40	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil : - TD : 100/70 mmHg - N : 100 X/menit - S : 36,2 ˚c - P : 16 x/menit	Jene dan Jesika
	I,II,III,IV	22.00	Kolaborasi dengan dokter dalam hal pemberian obat Hasil : - Omeprazole 1/3 mg/IV	Perawat Warda dan Jesika
	I,II	24.46	Memberikan cairan melalui IV dan oral sesuai kebutuhan tubuh Hasil : - Terpasang cairan infus RL 500cc	Jene

	I,II,III,IV	05.00	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil : - TD : 100/70 mmHg - N : 100 X/menit - S : 36,2 ˚c - P : 16 x/menit	Jesika
	I,II	05.15	Memberikan cairan melalui IV dan oral sesuai kebutuhan tubuh Hasil : terpasang cairan infus RL 500cc	Jesika
	IV	06.30	Monitor kalori dan asupan makanan Hasil : - Tampak pasien makan dengan menu bubur, dan telur - Ibu pasien mengatakan anaknya masih malas makan - Tampak pasien hanya makan ± 4 sendok	Jene
	I,II	07.00	Menjaga intake/ cairan yang akurat dan catat output Hasil : - Intake : infus RL = 100cc Ap + susu= 150 + 50	Legia dan Lili

			= 250cc - Output urine : 300cc Balance cairan : - CM = 2.830 cc/24jam - CK = 440 cc/24 jam IWL = (30-6) x 18 BB/Kg/24 jam = 24 x 18 = 432cc CM – CK + IWL = 2.830 – 440 + 432cc = 2.830 – 872 cc = 1,958cc	

G. Evaluasi Keperawatan

Nama/Umur : Ad.”B”/6 thn

Unit/Kamar : 3009/ St. yoseph 3

Tanggal	EVALUASI SOAP	Nama Perawat
24 Februari 2019	DP. I : Resiko perdarahan dengan faktor resiko koagulasi inheren. S : - Ibu pasien mengatakan terdapat bintik-bintik merah pada lengan tangan pasien - Ibu mengatakan anaknya malas minum air putih O : - Tampak bintik-bintik merah ±20 pada tangan sebelah kanan - Tampak mukosa bibir kering - Tampak pasien malas minum air putih - Hasil lab : PLT : 1.47 10^3/UL HCT : 35.7 % WBC : 4.50 10^3/uL NEUT : 72.7 % - Balance cairan: 1.008cc - Tanda-tanda vital TD : 100/70 mmHg N : 110 x/menit S : 38˚c	Lili

	P : 16 x/menit A : - Resiko perdarahan belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Pencegahan syok DP.II : Hipertermia berhubungan dengan penyakit S : - Ibu Pasien mengatakan pasien masih demam. - Ibu pasien mengatakan demam pasien naik turun. O : - Badan pasien teraba panas. - Tampak mukosa bibir mulai kering. - Observasi tanda – tanda vital pasien : TD : 100/70 mmHg N : 110x/menit S : 38ºc P : 16 x/menit - Pemeriksaan Lab : PLT : 1.47 10^3/UL HCT : 35.7 % WBC : 4.50 10^3/uL NEUT : 72.7 % A : Pasien masih menunjukkan tanda – tanda hipertermia P : Lanjutkan intervensi	

	- Perawatan demam - Monitor tanda-tanda vital DP.III : Nyeri Akut Berhubungan Dengan Agens Cedera Biologis. S : - P : Ibu pasien mengatakan pasien merasa nyeri pada kepala, perut dan ulu hati. - Q : Nyeri di rasakan seperti tertusuk-tusuk - R : Nyeri di bagian perut, kepala, ulu hati. - S : nyeri di rasakan pada skala face 5 - T :Nyeri yang di rasakan hilang timbul. O : - Tampak wajah pasien meringis - Tampak pasien gelisah - Nyeri tekan pada abdomen A : - Pasien masih menunjukkan nyeri. P : lanjutkan intervensi : - Manajemen nyeri - Pemberian obat DP. IV : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan	

	kurang asupan makanan. S : - Ibu pasien mengatakan pasien malas makan. O : - Tampak pasien hanya makan ± 3 sendok - Tampak pasien duduk tegak di tempat tidur saat makan. - BB 18 kg A : - Pasien masih menunjukkan tanda ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh P : Lanjutkan intervensi - Manajemen nutrisi - Monitor tanda-tanda vital - Pemberian obat	
25 Februari 2019	DP. I : Resiko perdarahan dengan faktor resiko koagulasi inheren. S : - Ibu pasien mengatakan masih terdapat bintik-bintik merah pada lengan tangan pasien - Ibu mengatakan anaknya masih malas minum air putih O : - Tampak bintik-bintik merah ±20	Lili

	pada tangan sebelah kanan - Tampak mukosa bibir kering - Tampak pasien malas minum air putih - Hasil lab : PLT : 124 10^3/UL HCT : 35.8 % WBC : 4.20 10^3/uL NEUT :59.2 % - Balance cairan: 1.950cc - Observasi tanda – tanda vital pasien : TD : 100/60 mmHg N : 110x/menit S : 37,8ºc P : 16 x/menit A : - Resiko perdarahan dengan faktor resiko koagulasi inheren belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Pencegahan syok DP.II : Hipertermia berhubungan dengan penyakit S : - Ibu Pasien mengatakan pasien masih demam. - Ibu pasien mengatakan demam masih naik turun. O :	

	- Badan pasien teraba panas. - Tampak mukosa bibir mulai kering. - Tampak pasien sakit sedang - Observasi tanda – tanda vital pasien : TD : 100/60 mmHg N : 110x/menit S : 37,8ºc P : 16 x/menit - Pemeriksaan Lab : PLT : 124 10^3/UL HCT : 35.8% WBC : 4.20 10^3/uL NEUT :59.2 % A : - Pasien masih menunjukan tanda-tanda hipertermia P : Lanjutkan intervensi - Perawatan demam - Monitor tanda-tanda vital DP.III : Nyeri Akut Berhubungan Dengan Agens Cedera Biologis. S : - P : Ibu pasien mengatakan pasien masih merasa nyeri pada kepala, perut dan ulu hati. - Q : Nyeri di rasakan seperti tertusuk-tusuk - R : Nyeri di bagian perut, kepala, ulu	

	hati. - S : Nyeri di rasakan pada skala face 5 - T : Nyeri yang di rasakan hilang timbul. O : - Tampak wajah pasien meringis - Tampak pasien gelisah dan rewel - Nyeri tekan pada abdomen A : - Pasien masih menunjukkan nyeri. P : lanjutkan intervensi : - Manajemen nyeri - Pemberian obat DP. IV : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan. S : - Ibu pasien mengatakan pasien masih malas makan. O : - Tampak pasien hanya makan ± 3 sendok - Tampak pasien duduk tegak di tempat tidur saat makan. - BB 18 kg A : - Pasien masih menunjukkan	

	ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh P : Lanjutkan intervensi - Manajemen nutrisi - Monitor tanda-tanda vital - Pemberian obat	
26 Februari 2019	DP. I :Resiko perdarahan dengan faktor resiko koagulasi inheren. S : - Ibu pasien mengatakan di lengan pasien masih ada bintik – bintik merah. O : - Tampak masih ada ≤ 20 bintik-bintik merah pada lengan tangan pasien - Tampak membran mukosa mulai lembab - Pemeriksaan Lab : PLT : 103 10^3/UL HCT : 37.1 % WBC : 3.20 10^3/UL NEUT : 57.3 % - Observasi tanda-tanda vital : TD : 100/70 mmHg N : 100 x/menit S : 36˚c P : 16 x/menit - Balance cairan : 1,958cc	Legia

	A : - Resiko perdarahan belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Pencegahan syok DP.II : Hipertermia berhubungan dengan penyakit S : - Ibu Pasien mengatakan anaknya sudah tidak demam lagi. O : - Tubuh tidak teraba panas. - Tampak mukosa bibir mulai lembab. - Observasi tanda – tanda vital pasien: TD : 100/70 mmHg N : 100x/menit S : 36ºc P : 16 x/menit - Pemeriksaan Lab : WBC : 3.20 10^3/UL NEUT : 57.3 % PLT : 103 10^3/UL HCT : 37.1 % A : - Pasien sudah tidak menunjukkan tanda-tanda Hipertermia. P : Perawatan demam sudah teratasi stopkan intervensi	

	DP.III : Nyeri Akut Berhubungan Dengan Agens Cedera Biologis S : - P : Ibu pasien mengatakan anaknya Sudah tidak mengeluh sakit kepala, ulu hati tapi masih kadang sakit perut. - Q : Nyeri di rasakan seperti tertusuk-tusuk - R : Nyeri di bagian perut dan kepala. - S : nyeri di rasakan pada skala face 2 - T :Nyeri yang di rasakan hilang timbul. O : - Tampak wajah pasien rilex A : - Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis belum teratasi P : lanjutkan intervensi : - Manajemen nyeri - Pemberian obat DP. IV : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan. S : - Ibu pasien mengatakan pasien masih malas makan. O : - Tampak pasien hanya makan ± 4	

	sendok - Tampak pasien duduk tegak di tempat tidur saat makan. - BB 18 kg A : - Pasien masih menunjukkan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh P : Lanjutkan intervensi - Manajemen nutrisi - Monitor tanda-tanda vital - Pemberian obat	

Therapy

Daftar Obat yang diberikan pada pasien

1. Paracetamol
   a. Klasifikasi/golongan obat : Analgesik
   b. Dosis umum : 180 mg
   c. Dosis untuk pasien : 160 mg/24 jam
   d. Cara pemberian obat : IV
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat

      Paracetamol yaitu untuk mengurangi rasa sakit dengan cara menurunkan produksi zatdalam tubuh yang disebut prostaglandin. Prostaglandin adalah unsur yang dilepaskan tubuh sebagai reaksiterhadap kerusakan jaringan atau infeksi, yang memicu terjadinya peradanagandemam, dan rasa nyeri. Paracetamol menghalangi produksi prostaglandin sehingga rasa sakit saat demam berkurang.
   f. Alasan pemberian

      Obat yang diberikan kepada pasien yang bersangkutan karena pasien demam dan digunakan untuk menurunkan demam pasien.
   g. Kontra Indikasi

      Jika dikomsumsi bersamaan dengan obat-obatan yang lain, paracetamol biasa menimbulkan reaksi berupa peningkatan efek samping atau justru mengurangi efektivitas paracetamol itu sendiri.
   h. Efek samping

      Mual, sakit perut bagian atas, gatal-gatal, kehilangan nafsu makan, dan sakit kepala.

2. Ceftriaxone
   a. Klasifikasi/golongan obat : Antibiotik
   b. Dosis umum : 1 g
   c. Dosis untuk pasien : 160 mg/24 jam
   d. Cara pemberian obat : IV

e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

Ceftriaxone adalah obat yang digunakan untuk mengatasi berbagai infeksi bakteri. Obat ini bekerja dengan cara menghambat pertumbuhan bakteri atau membunuh bakteri dalam tubuh. Mekanisme kerja ceftiaxone sebagai anti mikroba yaitu dengan menghambat sintesi dinding sel, dimana dinding sel berfungsi mempertahankan bentuk mikroorganisme dan menahan sel bakteri yang memiliki tekanan osmotik yang tinggi di dalam selnya. Tekanan dalam sel pada bakteri Gram-posif 3-5 kali lebih besar dari pada bakteri Gram-negatif.

f. Alasan pemberian

Obat diberikan kepada yang bersangkutan karena DBD disebabkan oleh virus.

g. Kontra indikasi

Ceftriaxone tidak boleh digunakan pada neonatus hiperbilirubinemik (penyakit kuning), terutama mereka yang prematur karena Ceftriaxone dilaporkan berpotensi menyebabkan ensefalopati bilirubin (kelainan status mental akibat kadar bilirubin yang meningkat). Penggunaan bersamaan dengan larutan / produk yang mengandung kalsium intravena pada neonatus (bayi berusia ≤ 28 hari) tidak dapat dilakukan, bahkan jika diberikan melalui jalur infus yang berbeda karena kasus fatal yangdapat terjadi (walaupun sangat jarang) dari endapan kalsium-ceftriaxone di paru-paru dan ginjal neonatal.

h. Efek samping obat

1. Nyeri tenggorokan
2. Nyeri perut.
3. Mual.
4. Muntah.
5. Diare.

6. Feses menjadi hitam.
7. Napas pendek.
8. Perdarahan atau memar yang terjadi spontan.
9. Kelelahan atau merasa lemas.

3. Omeperazole
   a. Klasifikasi/golongan obat : antisekresi
   b. Dosis : 20 mg
   c. Dosis untuk pasien : 1/3 amp/12 jam
   d. Cara pemberian obat : IV
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

      Omeprazole termasuk dalam golongan obat yang disebut penghambat pompa proton *(PPI= proton pump inhibotor)*. Obat-obatan lain yang segolongan diantaranya lansoprazole, esomeprazole, dan pantoprazole. *cara kerja dan fungsi omeprazole (PPI) obat-obat PPI tersebut (termasuk omeprazole) bekerja dengan cara* bekerja menurunkan produksi asam yang dihasilkan oleh lambung. Hal ini dilakukan dengan cara menghalangi pompa proton di sel-sel pada lambung. Pompa proton sendiri bekerja pada tahap akhir produksi asam lambung, sehingga apabila pompa proton tersebut tersumbat, maka asam lambung dapat dikurangi. Dengan fungsi omeprazole tersebut, maka bagi para penderita asam lambung tinggi dapat merasakan efeknya. Keluhan perut atau uluhati perih, rasa panas di dada dan dalam leher (herabburn), batuk, dan mual menjadi berkurang atau hilang sama sekali. Namun perlu dipahami bahwa efek tersebut tidak serta merta di rasakan di hari yang sama saat meminumnya. Efek penurunan asam lambung tersebut umumnya dirasakan pada hari ke tiga dan seterusnya.

f. Alasan pemberian obat

Obat ini berikan kepada yang bersangkutan karena pasien merasa nyeri ulu hati.

g. Kontra indikasi

Penghambatan sekresi asam lambung ini diperlukan untuk menurunkan radang yang terjadi pada lambung dan memberikan kesempatan untuk proses penyembuhan pada ulkus yang terjadi di lambung. Obat ini diindikasikan pada pasien dengan ulkus di duodenum, ulkus di lambung, *gastroesophageal reflux disease (GERD),* esofagitis erosif, dan pada pasien dengan kondisi hipersekresi asam lambung yang abnormal seperti sindrom Zollinger-Ellison.

h. Efek samping

1. Sakit kepala
2. Sembelit atau konstipasi
3. Diare
4. Sakit perut
5. Nyeri sendi
6. Sakit tenggorokan
7. Kram otot
8. Hilang selera makan.

4. Ondancentron

a. Klasifikasi/golongan obat : antiemetik
b. Dosis : 4 mg
c. Dosis untuk pasien : 1 mg/12 jam
d. Cara pemberian obat : IV
e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

Ondansetron merupakan suatu antagonis reseptor 5-HT3 yang bekerja secara selektif dan kompetitif dalam mencegah maupun

mengatasi mual dan muntah akibat pengobatan dengan sitostatika dan radioterapi.

f. Alasan pemberian obat

Obat ini diberikan pada yang bersangkutan karena pasien mual.

g. Kontraindikasi

Indikasi pengobatan dengan ondansetron adalah pencegahan mual dan muntah yang berhubungan dengan operasi dan pengobatan kanker dengan radioterapi dan sitostatika. Kontraindikasi pengobatan dengan ondansetron adalah keadaan hipersensitivitas dan penyakit hati (Sulistia, 2007).

h. Efek samping

Sakit kepala, konstipasi, rasa panas pada kepala dan epigastrium, sedasi dan diare.

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

Dalam membahas tentang Asuhan Keperawatan dengan *Dengue Hemoragic Fever* pada pasien Ad ”B” di ruang keperawatan Sto. Yoseph 3 kamar 3009. Dari pengamatan dan pelayanan praktek keperawatan yang penulis lakukan, terdapat beberapa kesenjangan antara teori dan kasus. Askep dalam kasus ini dilakukan pada tanggal 24 – 26 Februari 2019 atau selama 3 hari, melalui pendekatan proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi yang dijelaskan sebagai berikut:

A. Pengkajian

Dari pengkajian pada pasien Ad ”B” (6 tahun) ditemukan keluhan utama demam, pusing, sakit kepala, lemas, keram pada kaki, nyeri uluh hati, di lengan tangan kanan timbul bintik-bintik merah/ petekie, suhu tubuh 39ºC, tekanan darah 100/60 mmHg, nadi 112 x/menit, pernapasan 16 x/menit sedangkan pada pemeriksaan diagnostik diperoleh hasil laboratorium : jumlah WBC 4.50 10^3/UL, HCT 35.7%, PLT 147 10^3/UL, NEUT 72.7 dan HGB 12,4 g/dl mengalami penurunan dan peningkatan berdasarkan data hasil pemeriksaan pendukung maka diagnosis yang ditetapkan oleh medis adalah *Dengue Haemoragic Fever* (DHF).

Berdasarkan data di atas, penulis dapat menarik kesimpulan bahwa pasien berada di derajat II, dimana secara teoritis terdapat manifestasi klinik yaitu: demam tinggi, mual, nyeri ulu hati, nyeri persendian, sakit kepala, peteki .

B. Diagnosa

Dari tinjauan teoritis ada 6 diagnosa yang muncul pada DHF yaitu :

1. Diagnosa keperawatan pada tinjauan teoritis adalah :

a. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.
b. Risiko terjadi perdarahan dengan faktor resiko koagulasi inheren.
c. Hipertermi berhubungan dengan penyakit.
d. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis.
e. Resiko syok dengan faktor resiko hipotensi.
f. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan.

2. Diagnosa yang ditemukan pada kasus yaitu :

   Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. Alasan penulis mengangkat diagnosa ini karena penulis menemukan data dari pasien yaitu adanya bintik-bintik merah pada lengan tangan kanan, malas minum air putih, keram pada kaki dan hasil pemeriksaan laboratorium laboratorium platelet (PLT) 147 10^3/uL menunjukkan pasien mengalami trombositopenia.

   a. Hipertermi berhubungan dengan penyakit.

      Alasan penulis mengangkat diagnosa ini karena penulis menemukan data dari pasien yaitu demam selama 3 hari sebelum masuk rumah sakit dan pada pengkajian ditemukan suhu tubuh 39 ºC, demam naik turun, sakit kepala pusing, nyeri uluh hati, sakit perut, mual, dan dari hasil pemeriksaan laboratorium WBC 4.50 10^3/uL, NEUT 72.7 % menunjukkan adanya infeksi dalam tubuh.

   b. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis

      Alasan penulis mengangkat diagnosa ini karena penulis menemukan data dari pasien yaitu pasien nyeri ulu hati, sakit kepala dan sakit perut. Nyeri hilang timbul seperti tertusuk-tusuk, wajah pasien meringis, pada skala 5, maka penulis

mengangkat diagnosa nyeri akut berhubungan dengan cedera biologis.

c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan.

Alasan penulis mengangkat diagnosa ini karena penulis menemukan data dari pasien yaitu pasien malas makan, mual, pasien hanya makan ± 3 sendok, berat badan berat 18 kg dengan IMT = 16 kg/m^2 badan kurang dari normal menunjukkan pasien mengalami kekurangan nutrisi.

Adapun diagnosa pada tinjauan teoritis yang penulis tidak angkat dalam tinjauan kasus adalah

1. Resiko perdarahan dengan faktor resiko koagulasi inheren. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pasien sudah menunjukkan tanda-tanda perdarahan seperti adanya peteki dan semua rencana keperawatan sudah dilakukan didiagnosa pertama.
2. Resiko syok dengan faktor resiko hipotensi. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena tidak ada data yang menunjang yang menunjukkan adanya tanda dan gejala yang mengarah pada resiko syok seperti jantung berdebar, pusing, penurunan kesadaran, sianosis, nadi lemah,pucat, akral dingin, kelelahan.

C. Intervensi Keperawatan

Berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien, selanjutnya penulis membuat perencanaan untuk mengatasi masalah keperawatan yang muncul.

1. Pada diagnosa pertama semua intervensi dilakukan oleh penulis pada kasus, sehingga tidak ada kesenjangan dengan konsep teori dan penulis hanya lebih menekankan pada intervensi, Pencegahan syok : 1 Monitor status sirkulasi (misalnya, tekanan

darah, warna kulit, temperature kulit, bunyi jantung, nadidan irama, kekuatan dan kualitas nadi perifer, pengisian perifer. 2 Monitor berat badan, masukan dan keluaran setiap hari. 3 Monitor hasil laboratorium, terutama nilai Hgb, HCT, profil pembekuan, AGD, laktat, elektrolit, kultur, dan kimia darah. Catat adanya peteqi dan kondisi membran mukosa. 4 Anjurkan pasien dan keluarga mengenai faktor- faktor pemicu syok. 5 Berikan cairan melalui IV dan oral sesuai kebutuhan.

2. Pada diagnosa kedua semua intervensi dilakukan oleh penulis pada kasus, sehingga tidak ada kesenjangan dengan konsep teori dan penulis hanya lebih menekankan pada intervensi Perawatan demam : 1 Anjurkan orang tua mengompres hangat. Manajemen cairan : 2. Jaga intake /asupan cairan yang akurat dan catat output. 3 Monitor status hidrasi (membran mukosa). 4 Monitor hasil laboratorium. 5 Tingkatkan asupan oral. 6 Monitor tekanan darah, suhu, nadi , dengan status pernapasan. 7 kolaborasi dengan dokter dalam hal pemberian obat.
3. Pada diagnosa ketiga semua intervensi dilakukan oleh penulis pada kasus, sehingga tidak ada kesenjangan dengan konsep teori dan penulis hanya lebih menekankan pada intervensi Manajemen nyeri : 1 Lakukan pengkajian nyeri komperensif. 2 Berikan teknik relaksasi nonfarmakologi. 3 Dukung istirahat/ tidur yang adekuat yang membantu penurunan nyeri. 4 Libatkan keluarga dalam modalitas penurunan nyeri jika memungkinkan. 5 Monitor tekanan darah, suhu, nadi dengan status pernapasan. 6 Kolaborasi dengan dokter dalam hal pemberian obat.
4. Pada diagnosa keempat semua intervensi dilakukan oleh penulis pada kasus, sehingga tidak ada kesenjangan dengan konsep teori dan penulis hanya lebih menekankan pada intervensi Manajemen Nutrisi : 1 Ciptakan lingkungan yang optimal. 2 Pastikan makanan disajikan dengan cara yang menarik dan pada suhu yang cocok

untuk komsumsi secara optimal. 3 Anjurkan keluarga untuk membawa makanan favorit pasien sementara pasien berada di rumah sakit atau fasilitas perawatan yang sesuai pada posisi tegak dikursi, jika memungkinkan. 4 Anjurkan pasien untuk duduk tegak di kursi jika memungkinkan. 5 Monitor kalori dan asupan makanan. 6 Monitor tekanan darah, suhu, nadi dengan status pernapasan. 7 Kolaborasi dengan dokter dalam hal pemberian obat.

D. Implementasi Keperawatan

Pada tahap ini penulis mengimplementasikan rencana yang disusun penulis sebelumnya. Rencana ini dapat terlaksana dengan baik selama 3 hari oleh karena tersedianya kerja sama yang baik dengan pasien, keluarga pasien, dan tim kesehatan lainnya.

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.

   Implementasi yang dilakukan penulis pada diagnosa ini yaitu monitor status sirkulasi (misalnya, tekanan darah, warna kulit, temperatur kulit, bunyi jantung, nadidan irama, kekuatan dan kualitas nadi perifer, pengisian perifer. Monitor berat badan, masukan dan keluaran setiap hari. Monitor hasil laboratorium, terutama nilai Hgb, HCT, profil pembekuan, AGD, laktat, elektrolit, kultur, dan kimia darah. Catat adanya peteqi dan kondisi membran mukosa. Anjurkan pasien dan keluarga mengenai faktor- faktor pemicu syok. Berikan cairan melalui IV dan oral sesuai kebutuhan. Semua intervensi telah dilakukan oleh penulis.

2. Hipertermia berhubungan dengan penyakit.

   Implementasi yang dilakukan penulis pada diagnosa ini Anjurkan orang tua mengompres hangat. Jaga intake /asupan cairan yang akurat dan catat output. Monitor status hidrasi (membran mukosa). Monitor hasil laboratorium. Tingkatkan asupan oral. Monitor

tekanan darah, suhu, nadi , dengan status pernapasan. kolaborasi dengan dokter dalam hal pemberian obat. Semua intervensi telah dilakukan oleh penulis.

3. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis.
   Implementasi yang dilakukan penulis pada diagnosa ini Lakukan pengkajian nyeri komperensif. Berikan teknik relaksasi nonfarmakologi. Dukung istirahat/ tidur yang adekuat yang membantu penurunan nyeri. Libatkan keluarga dalam modalitas penurunan nyeri jika memungkinkan. Monitor tekanan darah, suhu, nadi dengan status pernapasan. Kolaborasi dengan dokter dalam hal pemberian obat. Semua intervensi telah dilakukan oleh penulis.
4. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan.
   Implementasi yang dilakukan penulis pada diagnosa ini Ciptakan lingkungan yang optimal. Pastikan makanan disajikan dengan cara yang menarik dan pada suhu yang cocok untuk komsumsi secara optimal. Anjurkan keluarga untuk membawa makanan favorit pasien sementara pasien berada di rumah sakit atau fasilitas perawatan yang sesuai pada posisi tegak dikursi, jika memungkinkan. Anjurkan pasien untuk duduk tegak di kursi jika memungkinkan. Monitor kalori dan asupan makanan. Monitor tekanan darah, suhu, nadi dengan status pernapasan. Kolaborasi dengan dokter dalam hal pemberian obat. Semua intervensi telah dilakukan oleh penulis.

E. Evaluasi Keperawatan

Tahap ini merupakan tahap akhir dari asuhan keperawatan, dari hasil evaluasi yang dirumuskan penulis selama melaksanakan proses keperawatan pada pasien selama 3 hari (24 – 26 Februari 2019) adalah

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.

   Diagnosa ini belum teratasi karena penulis mendapat data-data yaitu pasien masih mengalami perdarahan bawah kulit atau peteki, dan hasil pemeriksaan laboratorium PLT : 103 10^3/UL, HCT : 37.1 %.
2. Hipertemi berhubungan dengan penyakit .

   Diagnosa ini teratasi karena diberikan tindakan terlebih dahulu seperti mengompres air hangat, terapi cairan parenteral dan pemberian obat. Pada diagnosa ini didapatkan data yang menunjukkan masalah teratasi seperti suhu 36 ºC, demam sudah turun, mukosa bibir lembab, tubuh tidak teraba panas.
3. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis

   Diagnosa ini belum teratasi karena penulis mendapat data-data yaitu pasien masih merasakan nyeri pada perut dan kepala pasien kadang masih terasa sakit, skala nyeri 2, kualitas tertusuk-tusuk dan hilang timbul, wajah rilex.
4. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan.

   Diagnosa ini belum teratasi karena penulis mendapat data-data yaitu pasien masih malas makan, makan ± 4 sendok, BB 18 kg dengan IMT = 16 kg/m^2, berat badan masih dibawah normal.

BAB V
KESIMPULAN DAN SARAN

Setelah menguraikan pembahasan kasus pada pasien Ad “B” dengan dengue hemoragic fever (DHF) pada ruang perawatan Santo Yosep lll Rumah Sakit Stella Maris, maka penulis menarik kesimpulan dan saran sebagai berikut :

A. Kesimpulan

1. Dalam melakukan pengkajian dapat dilakukan dengan 2 teknik yaitu Autoanamnese dan Alloanamnese selain itu dalam pemeriksaan digunakan 4 cara (inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi). Untuk mengetahui tanda dan gejala khas dari pasien DHF kita harus mengetahui secara teori terlebih dahulu tanda dan gejala DHF sehingga pada saat melakuka pengamatan kasus kita sudah mengetahui kasus apa yang kita tangani.
2. Diagnosa keperawatan dapat ditegakan apabila sudah melakukan pengkajian pada pasien kemudian menganalisa data.
3. Intervensi keperawatan ditentukan berdasarkan diagnosa keperawatan yang diangkat, kemudian dari sejumlah intervensi yang ada, kita harus memilih intervensi yang dapat kita lakukan dan dapat memberikan efek terapeutik yang baik untuk pasien. Prinsip intervensi yaitu (tindakan keperawatan mandiri, tindakan observasi, penyuluhan/edukasi dan kolaborasi bersama tim medis yang lain).
4. Implementasi keperawatan dilakukan berdasarkan intervensi yang telah dibuat oleh perawat.
5. Evaluasi dilakukan setiap 1 kali 24 jam selama 3 hari, setelah dilakukan perawatan, evaluasi dikatakan berhasil apabila pasien menunjukan perubahan yang baik dan sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan oleh perawat yaitu pasien dapat menunjukan

perubahan lebih dari setengah kriteria yang telah ditetapkan oleh perawat.

B. Saran

1. Bagi Rumah Sakit

   Diharapkan rumah sakit dapat membuat suatu protap mengenai penanganan pasien DHF beserta informasi atau edukasi mengenai pedoman 3M plus (menguras, menutup dan mendaur ulang) yang selalu diberikan kepada pasien,

2. Bagi Institusi

   Diharapkan institusi lebih banyak melakukan kegiatan-kegiatan ataupun sosialisasi kepada masyarakat mengenai pencegahan DHF, mengingat daerah perkotaan dengan pemukiman yang padat dan lingkungan yang kurang sehat menjadi faktor penting dalam kasus DHF.

3. Bagi Mahasiswa

   Diharapkan Mahasiswa dapat memperoleh pengetahuan dan keterampilan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan DHF serta dalam melakukan pendokumentasian dan penyusunan karya tulis ilmiah.

4. Bagi Pasien/ Keluarga

   Dianjurkan kepada pasien/keluarga agar mampu menjaga kebersihan lingkungan dengan prinsip 3M plus (menguras, menutup dan mendaur ulang) untuk menjaga agar perkembangbiakan nyamuk *aedes aegypti,* selain itu menjaga kondisi fisik yang baik juga merupakan faktor yang penting karena dengan daya tahan tubuh yang baik dapat menghindari reaksi yang berat bilah terkena demam berdarah. padat dan lingkungan yang kurang sehat menjadi faktor penting dalam kasus DHF.

DAFTAR PUSTAKA

Andy. 2013. Penyakit pada daerah tropis. Diakses dari http:tribunnews.com/ 2013. pada tanggal 11 April 2015.

Aru, Sudoyo. (2015). Asuhan Keperawatan berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda, Jogjakarta : MEDIACTION

Desmawati. (2013). Sistem Hematologi Dan Imunologi. Penerbit In Media, Jakarta: KDT.

Dinkes provinsi Sulawesi selatan sebut 4 daerah luar biasa DBD. Diakses dari www.makassar.tribunnews.com. Pada tanggal 21 Maret 2019.

H. A. Nurarif & Hardhi, K. (2015). Asuhan keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc. Edisi I, Jogjakarta: Medication Publishing.

Kemenkes RI direktorat jendera pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan. (2011). Modul pengendalian Demam Berdarah Dengue. Diakses dari http://www.pppl.depkes.go.id pada tanggal 26 Maret 2017.

Medical Record RS Stella Maris (2016 − 2018), Statistik Demam Berdarah *(*DBD) Makassar : Tidak Untuk Dipublikasikan.

Nursing Interventions Classification (NIC). (2013). *Nursing Interventions Classification.* Edisi ke – 6, edisi Bahasa Indonesia : Intansari Nurjannah, Roxsana D. Tumanggor

Nursing Outcomes Classification (NOC). (2013). *Nursing Outcomes Classification.* Edisi ke – 5, edisi Bahasa Indonesia : Intansari, Nurjannah, Roxsana D. Tumanggor

Nanda (2015 - 2017). Diagnosa Keperawatan Defenisi Dan Klasifikasi. Edisi 10 : Herdman H.T & Kamitsuru. S. Jakarta : EGG

Pusat data dan informasi kesehatan RI. Profil Indonesia Sehat (2016*). 22* April Hari Demam Berdarah Dengue Situasi DBD. Diakses dari www.depkes.go.id. pada tanggal 26 Maret 2017.

Suriadi & Yuliani Rita. (2010). Asuhan Keperawatan Pada Anak. Edisi 3, Jakarta: KDT.

Wijayaningsih. Kartika. Sari. (2013). Asuhan Keperawatan Anak. Edisi I, Jakarta Timur: KDT.

WHO (2016).Dengue And Severe Dengue. From World heald organization.
Diakses dari http://www.who.int./mediacenter/factsheets/fs117/en/.
Pada tanggal 01 April 2019

DAFTAR LEMBAR KONSUL

KARYA TULIS ILMIAH

Nama : 1. Legia Liska R (E1614401020)

2. Lili Chatrina (E1614401021)

Kelas : III A/DIII Keperawatan

Pembimbing : Euis Dedeh Komariah, Ns.,MSN

No.	Hari/Tgl	Materi Konsul	Perbaikan	TTD
1.	Senin 18/03/2019	Konsul Bab III	Lanjutkan intervensi, evaluasi dalam bentuk ketik	
2.	Jumat 22/03/2019	Konsul patoflow diagram	Perjelas di faktor predisposisi dan presipitaisi	
3.	Kamis 04/04/2019	Konsul Bab II dan Bab III	Perjelas pada pengkajian seperti evaluasi keperawatan	
4.	Senin 08/04/2019	Konsul Bab III pengkajian	Perbaiki Bab III	
5.	Rabu 10/04/2019	Konsul Bab II dan Bab III	Koreksi gambar intervensi secara teori dan kasus	
6.	Senin 15/04/2019	Konsul Bab II dan Bab III	koreksi pengetikan, intervensi teori	
7.	Selasa	Bab II ACC, pengkajian sampai implementasi	Konsul kembali evaluasi	
8.	Rabu 24/04/2019	Konsul evaluasi (ACC) Bab III ACC, Bab I	Perbaikan Bab I penyusunan kata-kata dan pengetikan, konsul kembali berat badan	
9.	Senin 29/04/2019	Bab IV (ACC0 dan Bab I	Perbaikan kembali Bab I	
10.	Selasa 30/04/2019	Bab I, Bab IV	Perbaikan untuk kedua Bab	

DAFTAR LEMBAR KONSUL

KARYA TULIS ILMIAH

Nama : 1. Legian Liska R (E1614401020)

2. Lili Chatrina (E1614401021)

Kelas : III A/DIII Keperawatan

Pembimbing : Euis Dedeh Komariah, Ns.,MSN

No.	Hari/Tgl	Materi Konsul	Perbaikan	TTD
1.	Jumat 03/05/2019	ACC Bab I dan Bab IV	Konsul kembali Bab I, daftar pustaka dan patoflow	
2.	Selasa 07/05/2019	Konsul Bab I dan Bab V	Perbaikan pada tinjauan kasus,dan daftar pustaka	
3	Senin 13/05/2019	Konsul Bab I dan Bab V	Perbaikan pengetikan, konsul patoflowdiagram	
4	Selasa 14/052019	ACC Bab I dan BAB V	Konsul PPT dan patoflowdiagram	
5	Kamis 16/05/2019	ACC PPT dan patoflowdiagram	Persiapan ujian KTI	