

Asuhan keperawatan pada
klien dengan Dengue
Haemorrhagic Fever (DHF) Di
Ruang Mawar Kuning RSUD RT.
NOTOPURO SIDOARJO

by ITSKes ICMe Jombang

Submission date: 22-Sep-2025 11:07AM (UTC+0900)

Submission ID: 2718768639

File name: KHARISMA_YOGI_NOVIANA_PUTRI.docx (448.29K)

Word count: 13263

Character count: 89520

1
KARYA ILMIAH AKHIR NERS

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN *DENGUE*
*HAEMORRAGIC FEVER (DHF)***

(Di Ruang Mawar Kuning RSUD RT. Notopuro Sidoarjo)



Oleh:

KHARISMA YOGI NOVIANA PUTRI

246410013

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS FAKULTAS KESEHATAN
INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN INSAN CENDEKIA
MEDIKA JOMBANG
2025**

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

¹⁸*Dengue Hemorrhagic Fever (DHF)* penyakit yang banyak menular melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti*. Pada penderita demam berdarah *Dengue* sebagian besar sering terjadi pada anak-anak yang dapat menimbulkan masalah terapeutik seperti demam, nyeri otot atau sendi, ruam kulit, pembengkakan kelenjar getah bening, penurunan jumlah trombosit, dan kecenderungan untuk mengalami perdarahan. Kondisi kesehatan pasien seringkali dapat menyebabkan kebocoran cairan plasma dalam tubuh, yang dapat mengakibatkan dehidrasi dan bahkan mengarah pada keadaan syok atau bahaya fatal lainnya (Agustina, 2023). Perawatan pasien yang tidak dilakukan dengan maksimal menimbulkan dampak pada rendahnya kualitas asuhan keperawatan. Kualitas asuhan keperawatan yang kurang oleh perawat akan berdampak pada kondisi pasien baik perawatan maupun pengobatannya sehingga lama rawat inap pasien semakin memanjang (Musyayyadah, 2024). Rata-rata rawat inap pada pasien dengan DHF adalah 3-7 hari (Ningrum, 2023).

World Health Organization (WHO) melaporkan bahwa sekitar 505.000 orang diseluruh dunia menderita DHF. Jumlah penderita DHF pada pasien anak – anak usia 1 sampai 3 tahun sebanyak 28,8% dan usia 6 sampai 12 tahun 54% (Riskesdas, 2021). Prevalensi DHF sebesar 57,1% dan presentase DHF pada anak sebesar 6,12% (Dinas Kesehatan Jawa Timur, 2023). Anak -anak penderita DHF di Sidoarjo pada usia 6 sampai 12 tahun sebesar 24,2% (Dinkes, 2023). Dan Hasil wawancara serta observasi data

sekunder prevalensi DHF pada anak – anak di RSUD RT. Notopuro Sidoarjo sebanyak 23,40% yang berjumlah 109 orang (MKA RSUD RT. Notopuro,2025).

Dengue haemorrhagic fever disebabkan gigitan nyamuk *aedes aegypti* dan nyamuk *aedes albopictus* yang terinfeksi atau membawa virus *dengue*, nyamuk juga melepaskan virus dan masuk kedalam tubuh beredar dalam pembuluh darah bersama dengan virus menyerang kekebalan tubuh, hal tersebut bisa menyebabkan tubuh mengalami demam, pegal, dan sakit kepala, kondisi tersebut jika tidak segera ditangani dapat mengakibatkan penurunan trombosit dan syok hipovolemik yang kemudian mengarah pada kegagalan organ sehingga menyebabkan kematian. Dalam hal keberhasilan atau tidaknya penangan juga dipengaruhi oleh kualitas asuhan keperawatan seperti mengabaikan petunjuk, tidak mempertimbangkan data penting sehingga gagal dalam mencegah masalah atau menyelesaikan masalah. Pemberian intervensi yang kurang maksimal juga menyebabkan kesalahan arah dalam tindakan selanjutnya. Kurang tepatnya rencana yang dilakukan dapat mengurangi efisiensi waktu perawatan, sehingga dapat menyebabkan waktu rawat inap lebih lama dan masalah pasien tidak dapat diselesaikan (Tampubolon, 2023).

Peran perawat dalam penatalaksanaan atau pemberian pengobatan penyakit *dengue haemorrhagic fever* dapat dilakukan dengan dua cara, yaitu secara primer dan secara sekunder. secara primer dapat dilakukan dengan memberikan pendidikan kepada keluarga pasien untuk meningkatkan pengetahuan tentang penyakit *dengue haemorrhagic fever* dengan melalui

personal *hygiene* dan sanitasi lingkungan (Hanifah, 2023). Peran sekunder dari perawat adalah memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga tentang istirahat cukup dan asupan cairan, memantau cairan secara ketat melalui infus dan asupan oral, mengenali tanda-tanda perdarahan, serta memberikan dukungan psikologis untuk mengurangi kecemasan akibat penyakit supaya penyakit tidak kembali kambuh, di harapkan dapat berperan aktif dalam pencegahan dan penanganan *dengue haemorrhagic fever* (Rahman, 2022)

1.2. Rumusan Masalah

Bagaimana Penerapan Asuhan Keperawatan pada Klien dengan *Dengue Hemorrhagic Fever* di Ruang Mawar Kuning RSUD RT Notopuro Sidoarjo?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Melaksanakan Asuhan Keperawatan pada Pasien *Dengue Hemorrhagic Fever* di Ruang Mawar Kuning RSUD RT Notopuro Sidoarjo.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi pengkajian pada klien dengan diagnosis medis *Dengue Hemorrhagic Fever* di Ruang Mawar Kuning RSUD RT Notopuro Sidoarjo
- b. Mengidentifikasi diagnosis keperawatan pada klien dengan diagnosis medis *Dengue Hemorrhagic Fever* di Ruang Mawar Kuning RSUD RT Notopuro Sidoarjo.

- c. Mengidentifikasi intervensi keperawatan pada klien dengan diagnosis medis *Dengue Hemorrhagic Fever* di Ruang Mawar Kuning RSUD RT Notopuro Sidoarjo.
- d. Mengidentifikasi implementasi keperawatan pada pasien dengan *Dengue Hemorrhagic Fever* di Ruang Mawar Kuning RSUD RT Notopuro Sidoarjo
- e. Mengidentifikasi evaluasi keperawatan pada klien dengan diagnosis medis *Dengue Hemorrhagic Fever* di Ruang Mawar Kuning RSUD RT Notopuro Sidoarjo

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Sebagai **alat** untuk menginformasikan perkembangan ilmu keperawatan khususnya dalam keperawatan anak dalam konteks studi kasus perawatan pasien dengan *Dengue Hemorrhagic Fever*, dan untuk menghasilkan **perawatan klinis yang berkualitas tinggi bagi pasien yang dirawat di rumah sakit yang relevan**

1.4.2 Manfaat Praktis

Sebagai **sarana informasi** untuk menambah keterampilan perawat khususnya pada perawat anak dalam meningkatkan pelayanan pada klien dengan *Dengue Hemorrhagic Fever*.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dengue Haemorrhagic Fever

2.1.1 Definisi

Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) adalah suatu jenis penyakit demam akut yang sebagian besar menyerang anak-anak, namun saat ini juga semakin umum terjadi pada orang dewasa. Gejala utamanya adalah perdarahan, yang dapat menyebabkan kondisi syok dan bahkan berpotensi fatal (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Dalam kata-kata sederhana, DBD adalah infeksi yang diinduksi oleh virus dengue, yang termasuk dalam kelompok arbovirus, dan virus ini memasuki tubuh orang yang terinfeksi melalui gigitan nyamuk *Aedes Aegypti* (Rizki, 2023)

2.1.2 Epidemiologi

Epidemi pertama dari demam berdarah di dunia tercatat di wilayah Karibia pada tahun 1635, dan selama abad ke-18, ke-19, dan awal abad ke-20, wabah penyakit serupa dengan demam berdarah dilaporkan menyebar di berbagai wilayah tropis dan yang memiliki iklim sedang di seluruh dunia. Penyakit ini ditularkan oleh vektor yang berpindah tempat dan menularkan virus demam berdarah melalui perjalanan laut. Pada tahun-tahun awal perceraian, anak-anak paling sering terkena demam berdarah setiap kali mereka pindah, dan 95% kasus yang dilaporkan terjadi pada orang yang berusia di bawah 15 tahun. Namun, berbagai otoritas melaporkan bahwa kasus pada orang dewasa meningkat selama krisis. Jumlah kasus demam berdarah dengue dan angka kematian di Jawa Timur

mengalami fluktuasi selama lima tahun terakhir, namun secara umum mengalami peningkatan.

Pada tahun 2015 dan 2016, peningkatan kasus akibat wabah ini cukup berbeda, yaitu pada tahun 2015 sebanyak 8246 kasus (angka kejadian: 23,50/100 ribu jiwa) dan pada tahun 2016 hingga bulan Mei sebanyak 7180 kasus (angka kejadian: 20,34 ribu per tahun). 100.000 orang). orang) jiwa). Populasi). Kelompok sasaran penyakit demam berdarah juga tersebar merata kaya dan miskin, baik warga desa maupun elite, semua kelompok bisa tertular, baik anak-anak dan dewasa (Farid, 2024)

2.1.3 Klasifikasi

Berdasarkan standar WHO (2019), DBD dapat dikelompokkan menjadi beberapa tingkat sebagai berikut:

a. Derajat I.

Demam dengan manifestasi klinis lainnya, tidak termasuk perdarahan yang konsentrasi hematokrit.

b. Derajat II

Timbul secara alami, uji tourniquet positif, trombositopenia, dan peningkatan Tingkat I dengan perdarahan alami yang terjadi di kulit atau lokasi lain, bersamaan dengan gejala perdarahan spontan seperti bercak kecil merah pada kulit, memar, lebam, feses berwarna hitam, dan perdarahan pada gusi.

c. Derajat III

Gangguan sirkulasi darah yang dapat dikenali meliputi kegelisahan, perubahan warna menjadi kebiruan di sekitar mulut, hidung, serta ujung jari, denyut nadi yang cepat dan melemah, serta tekanan darah yang menurun.

d. Derajat IV

Syok berat (DSS) terjadi ketika tidak terdeteksi denyut nadi dan tidak dapat diukur tekanan darah

2.1.4 Etiologi

Berdasarkan standart WHO (2019), etiologi DHF sebagai berikut:

1. Virus dengue

Penyebabnya adalah virus dengue.

2. Vektor

Virus dengue dapat ditularkan melalui nyamuk *Aedes aegypti* sebagai vektor.

3. Host

Ketika seseorang pertama kali terkena DBD, ia mendapat imunisasi yang spesifik namun tidak lengkap, sehingga masih bisa tertular virus dengue jenis yang sama atau virus dengue jenis lain (Soedarto, 2022).

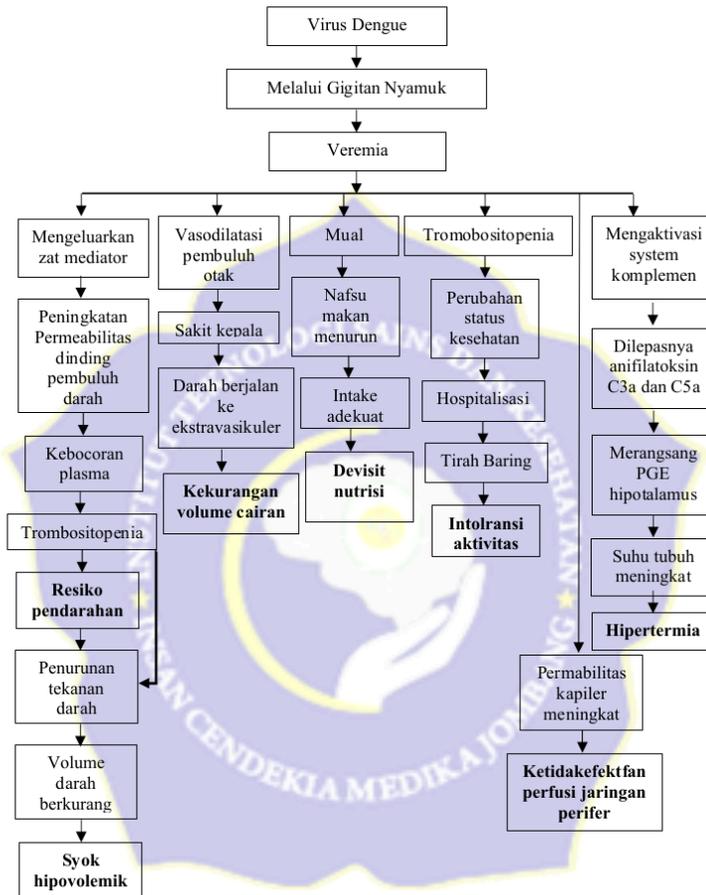
2.1.5 Patofisiologi

Virus demam berdarah memasuki tubuh melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti*, setelah itu berinteraksi dengan antibodi yang membentuk kompleks virus antibodi yang bersirkulasi dalam tubuh dan mengaktifkan sistem komplemen. Fase pertama dari masuknya virus ke dalam tubuh melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* ini menghasilkan gejala seperti

demam, sakit kepala, mual, nyeri otot, nyeri tubuh, serta munculnya ruam atau bintik merah pada kulit (Suriadi, 2023).

Virus berinteraksi dengan antibodi dan menghasilkan kompleks virus antibodi ini mengakibatkan peningkatan permeabilitas dinding kapiler pembuluh darah, sehingga menyebabkan plasma bocor ke dalam ruang ekstraseluler. Fisiopatologi utama yang mengatur tingkat keparahan penyakit dan memisahkan Demam Berdarah *Dengue* (DD) dari Demam *Hemoragic Dengue* Lebih Lanjut (DHL) adalah peningkatan permeabilitas dinding kapiler yang disebabkan oleh pelepasan anafilaktosin, histamin, serotonin, dan aktivasi sistem kalikrein, yang menyebabkan pergerakan cairan dari dalam pembuluh darah ke luar. Akibatnya, terjadi penurunan volume plasma, hipotensi, peningkatan konsentrasi sel darah merah, penurunan kadar protein dalam darah, timbunan cairan dalam tubuh, dan munculnya syok. Jika syok berlanjut atau hipovolemia tidak segera diatasi, konsekuensinya dapat mencakup hipoksia pada jaringan, asidosis metabolik, dan kematian. Gangguan hemostasis dalam DBD melibatkan tiga faktor, yaitu perubahan pada pembuluh darah, trombositopenia, dan kelainan dalam proses pembekuan darah. Syok hipovolemik terjadi akibat kehilangan plasma, dan jika tidak diatasi dengan cepat, dapat mengakibatkan kekurangan oksigen pada jaringan, asidosis metabolik, dan kematian.

2.1.6 Pathway/WOC Dengue Haemorrhagic Fever



Sumber : Musyayyadah, E. (2023)

Gambar 2. 1: Pathway/WOC Dengue Haemorrhagic Fever

2.1.7 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala yang muncul berbeda-beda tergantung derajat **DBD** dan masa inkubasi **13-15 hari WHO (2019) yaitu**, sebagai berikut:

- a. Munculnya demam secara mendadak yang berlangsung selama 2-7 hari secara berkesinambungan.
- b. Terjadi perdarahan, yang dapat terlihat dengan hasil uji tourniquet **yang positif pada tingkat minimal**, seperti perdarahan **pada** kulit (**bintik-bintik** merah kecil, memar, pendarahan hidung, darah dalam urin, dan feses berwarna hitam).
- c. Pembengkakan hati yang dapat dirasakan sejak awal munculnya penyakit
- d. Keadaan syok yang ditandai oleh denyut nadi yang lemah dan cepat, kulit terasa dingin dan tegang, terutama pada ujung hidung, jari tangan, dan kaki, dan pasien merasa cemas dengan adanya sianosis di sekitar mulut. Di samping gejala demam dan perdarahan yang umumnya terkait dengan DBD, terdapat juga **tanda-tanda klinis tidak khas lainnya yang** sering ditemui **pada** pasien **DBD**, termasuk:
 - 1) Gangguan pernapasan seperti batuk, pilek, atau kesulitan saat menelan.
 - 2) Gangguan pada saluran pencernaan seperti rasa mual, muntah, hilangnya nafsu makan, diare, atau sembelit.
 - 3) Ketidaknyamanan pada berbagai bagian tubuh, termasuk sakit kepala, nyeri pada otot, tulang, dan sendi, rasa sakit pada perut,

ketidaknyamanan di bagian atas perut, serta nyeri pada beberapa area tubuh lainnya.

- 4) Hasil laboratorium yang mendukung diagnosis meliputi trombositopenia (jumlah trombosit kurang dari atau sama dengan 100.000 per mm³) dan peningkatan hematokrit (peningkatan lebih dari 20%).

2.1.8 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik pada pasien DHF menurut WHO (2019) :

- a. Nafas cepat, dispnea, takipnea
- b. Perdarahan pada kulit seperti bintik-bintik merah kecil, lebam, atau benjolan darah, bersama dengan perdarahan lain seperti keluarnya darah dari hidung, muntah darah, darah dalam urin, dan tinja berwarna hitam bisa diamati.
- c. Frekuensi buang air kecil yang berkurang, masalah dengan buang air besar seperti konstipasi atau diare, serta adanya darah dalam urine.
- d. Pasien mungkin mengalami nyeri saat ditekan di daerah epigastrium, pembesaran hati, perdarahan dan luka pada gusi, muntah darah, dan tinja berwarna gelap
- e. Kondisi kesadaran berkisar dari kondisi sadar hingga hilang kesadaran, dan gejala lain yang mungkin timbul meliputi rasa sakit pada kepala, ketidaknyamanan pada otot, tulang, dan sendi, rasa sakit pada perut, sensasi nyeri di area atas perut, serta ketidaknyamanan pada seluruh tubuh.

f. Wajah pasien bisa tampak merah; Terdapat pembengkakan di sekitar mata, mata yang merah, mata berair, dan sensitivitas terhadap cahaya; Epistaksis (hidung berdarah); Bibir yang kering, mungkin dengan sianosis (kulit menjadi kebiruan); Perdarahan pada gusi.

g. Pembesaran kelenjar limfe.

h. Kemungkinan adanya perdarahan pada kulit seperti petekie, ekimosis, atau hematoma

2.1.9 Pemeriksaan Penunjang

Ada beberapa jenis pemeriksaan yang dapat dilakukan pada pasien DBD, termasuk:

a. Pengujian Tourniquet dengan hasil positif.

b. Evaluasi hematologi, termasuk pengukuran hematokrit, kadar hemoglobin (Hb), jumlah total leukosit beserta perhitungan jenisnya, dan jumlah trombosit.

c. Pemeriksaan Serologi

d. Deteksi peningkatan empat kali lipat pada titer antibodi IgG atau AgM terhadap satu atau lebih antigen demam berdarah dalam sampel.

e. Penilaian radiologi dan USG.

2.1.10 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan DHF menurut WHO (2019) :

a. Penatalaksanaan medis.

1) DHD tanpa syok

a) Pastikan pasien mengonsumsi banyak cairan (1 ½ - 2 liter per hari).

- b) Berikan obat penurun demam untuk mengatasi suhu tubuh yang tinggi, dan jika perlu, terapkan kompres dingin.
 - c) Jika terjadi kejang, pertimbangkan pemberian luminal (obat antikejang). Untuk anak di bawah 1 tahun, berikan 75 mg melalui suntikan intramuskular. Jika kejang berlanjut selama 15 menit tanpa membaik, berikan dosis tambahan luminal sebesar 3 mg per kilogram berat badan. Untuk anak di bawah 1 tahun, berikan 5 mg per kilogram berat badan.
 - d) Pertimbangkan pemberian infus jika muntah terus-menerus dan terjadi peningkatan hematokrit
- 2) DHD dengan syok
- a) Pasang infus dengan larutan Ringer Laktat (RL).
 - b) Jika tidak terjadi perbaikan dengan pemberian infus RL, pertimbangkan untuk memberikan pengganti plasma sebanyak 20-30 ml per kilogram berat badan.
 - c) Pertimbangkan untuk melakukan transfusi jika kadar hemoglobin (Hb) dan hematokrit (Ht) mengalami penurunan
- b. Penatalaksanaan keperawatan.
- 1) Terus pantau TTV setiap jam
 - a) Lakukan pemeriksaan kadar hemoglobin (Hb), hematokrit (Ht), dan jumlah trombosit setiap 4 jam.
 - b) Amati produksi urine pasien.
 - c) Pada pasien DBD tingkat I: Berikan istirahat kepada pasien, pantau tanda-tanda vital setiap 3 jam, periksa kadar Hb, Ht, dan

trombosit setiap 4 jam, pastikan pasien minum 1 ½ - 2 liter cairan per hari, dan terapkan kompres jika diperlukan.

d) Pada pasien DBD tingkat II: Terus pantau tanda-tanda vital, lakukan pengukuran kadar Hb, Ht, dan trombosit, perhatikan gejala seperti denyut nadi yang lemah, kecil, dan cepat, penurunan tekanan darah, kurangnya produksi urine (anuria), serta gejala nyeri perut. Jika diperlukan, berikan cairan melalui infus.

e) Pada pasien DBD tingkat III: Lakukan pemberian cairan dengan menggunakan metode penggantian cairan (infus dengan mengalirkan secara perlahan), posisikan pasien dalam posisi semi fowler, berikan suplai oksigen, pantau tanda-tanda vital setiap 15 menit, pasang kateter, monitor produksi urine setiap jam, dan lakukan pengukuran kadar Hb, Ht, dan trombosit.

2) Risiko perdarahan

a) Amati kejadian perdarahan seperti bintik-bintik merah kecil (petekie), keluarnya darah dari hidung (epistaksis), muntah darah (hematemesis), dan feses berwarna hitam (melena).

b) Catat volume dan warna dari perdarahan yang terjadi.

c) Pasang selang nasogastrik (NGT) pada pasien yang mengalami perdarahan pada saluran pencernaan

3) Peningkatan suhu tubuh

a) Pantau suhu tubuh setiap jam

b) Pastikan pasien mengonsumsi banyak cairan.

c) Terapkan kompres jika suhu tubuh meningkat.

c. Pencegahan

Prinsip yang benar untuk mencegah DBD:

- 1) Manfaatkan perubahan kondisi nyamuk yang terjadi secara alami, ketika DBD rendah, lakukan pemberantasan
- 2) Memutus siklus penularan dengan menjaga kepadatan vektor tetap rendah untuk memberikan kesempatan bagi penderita pendarahan. berpotensi penularan tinggi.
- 3) Tujuannya adalah untuk menghilangkan vektor di tengah area gambar, mis. sekolah dan rumah sakit, termasuk daerah penyangga di sekitarnya.
- 4) Tujuannya adalah untuk menghilangkan vektor di seluruh wilayah yang berpotensi penularan tinggi.

Dalam pemberantasan penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD), upaya yang paling utama adalah memusnahkan jentik nyamuk penular di tempat perkembangbiakannya dengan "3M", yaitu: kosongkan tangki air secara rutin, tutup tangki air dengan rapat, dan mengubur/membuang botol yang menampung air.

2.1.11 Komplikasi

Beberapa komplikasi yang dapat terjadi akibat penyakit demam berdarah meliputi:

- a. Perdarahan yang menyebar
- b. Terjadinya syok atau kondisi renjatan.
- c. Timbulnya efusi pleura

d. Kesadaran menurun

2.1.12 Prognosis

Demam dengue dan demam berdarah dengue memiliki prognosis positif jika mendapatkan perawatan yang memadai. Masalahnya muncul ketika tindakan yang diperlukan diabaikan, terutama dalam mengelola potensi syok yang bisa berakibat fatal dalam waktu singkat.

2.2 Konsep Anak

2.2.1 Pengertian Anak

Anak dapat di definisikan sebagai seseorang yang berusia kurang dari 18 tahun dan sedang dalam masa tumbuh kembang. Anak merupakan individu yang unik dan memiliki kebutuhan sesuai tahap perkembangannya, sebagai individu yang unik, anak mempunyai berbagai kebutuhan yang berbeda-beda antara kebutuhan anak satu dengan anak yang lain. Kebutuhan anak diantaranya yaitu, kebutuhan fisiologis, psikologis, sosial dan spiritual. Kebutuhan fisiologis seperti nutrisi, cairan, aktivitas, eliminasi, tidur dan lain sebagainya. Sedangkan kebutuhan psikologis, sosial, spiritual yang terlihat sesuai dengan tumbuh kembangnya (Damanik & Sitorus, 2022).

2.2.2 Pertumbuhan dan Perkembangan

Pertumbuhan dan perkembang merupakan tahapan peristiwa berbeda yang dialami oleh anak, namun peristiwa ini berkaitan erat dan terjadi secara beriringan. Pertumbuhan (growth) didefinisikan sebagai bertambahnya jumlah dan ukuran sel pada seluruh bagian tubuh, contohnya peristiwa bertambahnya ukuran panjang dan berat badan anak.

Sedangkan perkembangan (development) adalah bertambahnya fungsi tubuh secara kontinum yang mengacu pada perubahan secara 10 11 kualitatif terutama kematangan fungsi motorik halus, motorik kasar, bahasa, emosional dan sosial, perubahan yang terjadi pada anak dari aspek psikologis dan aspek sosial (Delianti et al., 2023). Terdapat beberapa tahapan-tahapan tumbuh kembang anak, dari tahap prenatal hingga postnatal, diantaranya :

a. Masa prenatal (masa janin dalam kandungan)

- 1) Masa zigot, yaitu masa sejak saat konsepsi sampai kehamilan berusia 2 minggu.
- 2) Masa embrio, yaitu sejak kehamilan berumur 2 minggu sampai sekitar 8-12 minggu. Sel telur yang telah dibuahi dengan cepat akan menjadi suatu organisme dan terbentuk sistem organ dalam tubuh.
- 3) Masa janin, yaitu sejak usia kehamilan sekitar 9-12 minggu sampai masa akhir kehamilan. Masa ini terdiri dari 2 periode yaitu, masa fetus dini, yaitu sejak umur kehamilan 9 minggu sampai trimester 2, pada masa ini terjadi percepatan pertumbuhan, alat tubuh telah terbentuk dan mulai berfungsi. Kemudian masa fetus lanjut, yaitu yang terjadi pada trimester akhir kehamilan, pada masa ini pertumbuhan berlangsung pesat disertai perkembangan fungsi organ.

b. Masa bayi (infancy) Masa bayi terjadi pada individu yang berusia 0 11 bulan, masa ini terbagi menjadi 2 periode yaitu masa neonatal dan masa postnatal. 12 Masa neonatal terjadi pada umur 0-28 hari, pada masa ini bayi mengalami adaptasi terhadap lingkungan dan sistem organnya

mulai berfungsi. Kemudian masa post neonatal terjadi pada umur 29 hari sampai 11 bulan, pada masa ini pertumbuhan terjadi sangat pesat dan proses pematangan berlangsung secara terus-menerus terutama meningkatnya fungsi sistem saraf.

- c. Masa anak toddler (umur 1-3 tahun) Pada masa ini kecepatan pertumbuhan mulai menurun dan terdapat kemajuan dalam perkembangan motorik kasar dan motorik halus serta fungsi ekskresi. Masa ini juga merupakan periode yang penting bagi anak karena pertumbuhan dan perkembangan yang terjadi pada masa toddler akan menentukan dan mempengaruhi tumbuh kembang anak selanjutnya.
- d. Masa anak pra sekolah (umur 3-6 tahun) Pertumbuhan pada masa ini berlangsung secara stabil, aktivitas jasmani bertambah seiring dengan meningkatnya ketrampilan dan proses berfikir. Pada masa ini anak mulai diperkenalkan pada lingkungan di luar rumah dan untuk sistem panca indra dan sistem reseptor penerima rangsangan serta proses memori sudah mulai siap sehingga anak mampu mulai belajar dengan baik.
- e. masa anak sekolah (umur 6 – 12 tahun) pada masa ini anak sudah mulai sekolah dan mempunyai teman sehingga sosialisasinya lebih luas dan mulai tertarik dengan lawan jenis
- f. Masa remaja (usia 12 – 18 tahun) pada usia ini anak lebih fokus pada diri sendiri mulai menjalin hubungan dengan lawan jenis dan status emosi sudah mulai stabil (Delianti et al.,2023).

2.3 Konsep Tumbuh Kembang

2.3.1 Definisi Tumbuh Kembang Anak

Anak mempunyai ciri yang khas yaitu selalu bertumbuh dan berkembang sejak konsepsi sampai berakhirnya masa remaja. Pertumbuhan merupakan bertumbuhnya ukuran dan jumlah sel serta jaringan interselular yang mengakibatkan ukuran fisik dan struktur tubuh bertambah sebagian atau keseluruhan sehingga dapat diukur dengan satuan. Perkembangan merupakan bertambahnya struktur dan fungsi yang lebih kompleks pada kemampuan gerak halus, geras kasar, bicara dan bahasa, serta sosialisasi dan kemandirian. Kualitas tumbuh kembang anak dipengaruhi oleh berbagai faktor yang terbagi dalam faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal meliputi ras/etnik atau bangsa, keluarga, umur, jenis kelamin, dan genetik. Faktor eksternal terdiri dari faktor prenatal, faktor persalinan, dan faktor pasca persalinan (Kemenkes RI, 2020).

Definisi lain dari tumbuh kembang adalah pertumbuhan yang merupakan perubahan kuantitatif dari ukuran tubuh maupun komponennya seperti peningkatan jumlah struktur, jaringan, maupun sel. Perkembangan merupakan pola teratur yang berhubungan dengan kematangan, proses, dan pengalaman sehingga terjadi perubahan pikiran, perilaku, perasaan, atau struktur (E. A. Pratiwi et al., 2023). Pratiwi (2023) menambahkan faktor internal yang mempengaruhi tumbuh kembang adalah kelainan kromosom.

Berdasarkan pengertian dari beberapa ahli, maka dapat diketahui bahwa pertumbuhan merupakan perubahan dari ukuran sel dan jaringan sehingga mempengaruhi struktur dan ukuran tubuh yang dapat diukur, sedangkan perkembangan merupakan perubahan tubuh secara teratur yang dipengaruhi oleh kematangan dan proses sehingga penambahan fungsi tubuh lebih kompleks pada kemampuan yang dimiliki.

Tumbuh kembang anak berlangsung secara teratur dan saling berkaitan serta berkesinambungan sejak konsepsi hingga dewasa sehingga tumbuh kembang anak perlu dipantau di setiap periodenya karena pada tiap periode ini anak akan menunjukkan tumbuh kembang yang berbeda. Tumbuh kembang manusia dipengaruhi oleh proses perubahan yang membentuk fisik dan fungsi tubuh ((Kemenkes RI, 2020); (E. A. Pratiwi et al., 2023)). Kemenkes RI (2020) menyebutkan aspek perkembangan yang perlu dipantau pada ini meliputi :

- a. Gerak kasar atau motorik kasar yang merupakan aspek yang berkaitan dengan kemampuan anak dalam melakukan pergerakan dan sikap tubuh yang melibatkan otot-otot besar seperti berdiri, duduk, dan lain sebagainya.
- b. Gerak halus atau motorik halus yang merupakan aspek yang berkaitan dengan kemampuan anak dalam melakukan gerakan yang melibatkan otot-otot kecil, tetapi tetapi memerlukan koordinasi yang cermat seperti menjimpit, menulis, mengamati sesuatu, dan sebagainya.

- c. Kemampuan bicara dan bahasa yang menjadi aspek yang berhubungan dengan kemampuan anak dalam merespon komunikasi, bicar, suara, maupun mengikuti perintah.
- d. Sosialisasi dan kemandirian yang berkaitan dengan kemampuan kemandirian anak seperti berpisah dengan ibu/pengasuh, berinteraksi dengan lingkungannya, atau bahkan bisa melakukan hal-hal sederhana dalam aktivitas sehari-hari seperti makan dan bermain

2.3.2 Ciri-ciri dan Prinsip Tumbuh Kembang Anak

Kemendes RI (2022) dalam Stimulasi, Deteksi, dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK) menyebutkan bahwa proses tumbuh kembang anak memiliki ciri-ciri yang saling berkaitan meliputi :

- a. Perkembangan menimbulkan perubahan, setiap pertumbuhan selalu disertai dengan perubahan fungsi sehingga perkembangan terjadi sejalan dengan pertumbuhan.
- b. Pertumbuhan dan perkembangan pada tahap awal mempengaruhi perkembangan selanjutnya, setiap anak akan melewati pertumbuhan dan perkembangan sesuai dengan tahapnya sehingga anak tidak akan bisa melewati suatu tahap jika satu tahap sebelumnya belum dilewati.
- c. Pertumbuhan dan perkembangan memiliki kecepatan yang berbeda, setiap pertumbuhan dan perkembangan memiliki kecepatan yang berbedabeda pada setiap anak, baik pertumbuhan fisik ataupun perkembangan fungsi organ.

- d. Perkembangan berkorelasi dengan pertumbuhan, pada saat pertumbuhan berlangsung, maka perkembangan juga akan berlangsung baik dari mental, daya nalar, memori, asosiasi, dan lain-lain.
- e. Perkembangan memiliki pola yang tetap, perkembangan fungsi organ tubuh terjadi berdasarkan dua hukum yaitu, perkembangan yang terjadi di daerah kepala terlebih dahulu dan perkembangan yang terjadi di daerah proksimal atau gerak kasar terlebih dahulu.
- f. Perkembangan mempunyai tahap yang berurutan Tahap perkembangan anak mengikuti pola yang teratur dan tidak akan terbalik.

Proses tumbuh kembang memiliki prinsip-prinsip yang saling berkesinambungan, yaitu :

1. Perkembangan adalah hasil dari proses belajar dan kematangan. Belajar berasal dari usaha dan latihan karena anak akan menggunakan sumber yang diberikan dan potensi yang dimiliki sehingga anak akan memiliki kemampuan. Kematangan adalah proses intrinstik yang terjadi secara alami atau dengan sendirinya sesuai dengan potensi yang dimiliki oleh setiap anak.
2. Pola perkembangan dapat diperkirakan karena terdapat persamaan pola dari perkembangan sebagian anak. Perkembangan berlangsung dari tahap umum sampai spesifik sehingga terjadi kesinambungan.

Tahap perkembangan anak sekolah usia 6 sampai 12 tahun ada 3 tahap yaitu:

a. Tahap perkembangan psikoseksual

Sigmund Freud (2022) menyatakan bahwa tahap perkembangan psikoseksual anak usia sekolah sekitar 6 sampai 12 tahun berada pada tahap laten, dimana anak usia sekolah tidak terfokus pada organ seksual seperti tahap sebelumnya (phallic) melainkan fokus utamanya pada keterampilan intelektual, sosial, dan moral

b. Tahap perkembangan psikososial

Erik Erikson (2021) menyatakan bahwa tahap perkembangan psikososial untuk anak usia sekolah 6 sampai 12 tahun merupakan masa-masa mulai mengembangkan rasa kompetensi dan produktivitas melalui interaksi sosial seperti belajar untuk mengatasi tugas-tugas baru baik dibidang akademis maupun non akademis untuk menghasilkan karya yang berkualitas

c. Tahap perkembangan kognitif

Jean Piaget (2019) menyatakan bahwa tahap perkembangan kognitif usia anak sekolah sekitar 6 sampai 12 tahun merupakan tahap perkembangan yang mulai mengembangkan kemampuan berfikir logis, sistematis, dan objektif seperti mulai mengerti sebab akibat, mulai bisa berdiskusi dengan alasan logis meskipun masih butuh objek yang nyata, dan bisa berhitung serta mengurutkan benda.

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian

- 1) Identitas pasien

Informasi seperti nama, usia 7-12 tahun, gender, alamat, tingkat pendidikan, nama orang tua, pendidikan orang tua, dan pekerjaan orang tua.

2) Riwayat Kesehatan

a) Keluhan utama.

Demam tinggi dan anak lemah menjadi penyebab utama atau keluhan pasien DBD ke rumah sakit.

b) Riwayat penyakit sekarang.

Mereka mengeluh demam mendadak disertai menggigil, dan saat demam kesadarannya koma, demam turun pada tanggal 3-7. sehari di antaranya dan anak itu menjadi lebih lemah.

c) Riwayat penyakit dahulu

Jenis penyakit apa yang pernah dialami. Pada kasus Demam Berdarah Dengue (DHF) pada anak, seringkali terjadi infeksi DHF ulangan dengan jenis virus yang berbeda.

d) Riwayat kesehatan keluarga

Menderita DBD pada anggota keluarga lain sangatlah penting karena DBD merupakan penyakit yang dapat ditularkan melalui nyamuk.

e) Riwayat imunisasi

Apabila kondisi kekebalan anak dalam keadaan optimal, peluang terjadinya masalah atau komplikasi dapat diminimalkan.

f) **Riwayat gizi**

Status **gizi anak** penderita **DBD dapat** berbeda-beda. Semua **anak** dengan status **gizi baik** atau buruk **dapat** berisiko **jika ada faktor** predisposisi.

3) **Kondisi Lingkungan**

Seringkali ditemukan di daerah yang memiliki tingkat kepadatan penduduk **yang tinggi dan** lingkungan **yang** kurang higienis, **di mana banyak** terdapat penumpukan **air** bersih **dalam wadah-wadah** seperti kaleng bekas, **ban** bekas, tempat penyimpanan air minum burung **yang jarang diganti,** dan bak mandi **yang tidak** terjaga dengan **baik.**

4) **Pengkajian pola fungsi Gordon**

a) **Pola persepsi dan** pemeliharaan Kesehatan

Demam Berdarah Dengue (DBD) disebabkan oleh virus dengue yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti*. DBD sering terjadi di daerah dengan kepadatan penduduk **yang tinggi dan** lingkungan **yang** kurang sanitasi, **di mana** terdapat **banyak** tempat penampungan **air** bersih seperti kaleng bekas, ban bekas, wadah air minum burung **yang jarang diganti,** serta **bak mandi yang jarang** dibersihkan.

b) **Pola nutrisi dan** metabolik

Orang yang mengidap DBD umumnya sering merasa mual, muntah, kehilangan selera makan selama sakit, dan juga mengalami

kesulitan saat menelan, yang dapat berdampak pada kondisi gizi mereka.

c) Pola aktifitas dan latihan

Umumnya pasien DBD mengalami gangguan fungsi akibat kelemahan fisik dan keterbatasan mobilitas akibat penyakit tersebut.

d) Pola tidur dan istirahat

Biasanya, individu yang menderita DBD mengalami gangguan dalam pola tidur akibat peningkatan suhu tubuh, yang mengakibatkan rasa gelisah saat berusaha tidur. Anak-anak yang terkena DBD sering mengalami kesulitan tidur karena merasa nyeri di otot dan sendi, yang pada akhirnya mengurangi jumlah dan kualitas tidur dan istirahat mereka.

e) Pola eliminasi

Cara menghilangkan BAK adalah dengan menimbulkan retensi jika mengalami dehidrasi akibat panas tinggi dan kebutuhan tidak terpenuhi. Diare atau konstipasi terkadang muncul pada anak penderita DBD, sedangkan DBD derajat IV sering menyebabkan hematuria.

f) Pola reproduksi dan seksual

Sistem ini menggambarkan kondisi reproduksi dan seksual klien dan mengidentifikasi kemungkinan perdarahan vaginal pada gadis muda.

g) Pola kognitif dan perseptual

Secara keseluruhan, individu yang mengidap DBD mengalami perubahan dalam kondisi kesehatan dan pola hidup mereka yang berdampak pada pemahaman dan kemampuan mereka dalam merawat diri.

h) Pola persepsi dan konsep diri

Penderita DBD mengalami kecemasan, kegelisahan, dan ketidakmampuan dalam melakukan kegiatan sehari-hari.

i) Pola coping dan toleransi

Umumnya stres pada penderita DBD terjadi ketika pasien tidak mampu mengatasi suatu masalah yang berkaitan dengan penyakitnya. Anak penderita DBD biasanya cemas dan takut dengan penyakitnya.

j) Pola hubungan dan peran

Kehadiran fasilitas layanan kesehatan memengaruhi interaksi sosial dan peran individu, serta memberikan pengalaman tambahan dalam menjalankan peran mereka selama sakit. Karena pasien memerlukan perawatan di rumah sakit, situasi ini dapat memengaruhi hubungan dan peran pasien dalam keluarga, bermain, dan keterlibatan mereka di sekolah.

k) Pola nilai dan kepercayaan

Jika pasien mengalami tekanan mental, mereka dapat merasa cemas dan takut akan kematian, sementara praktik keagamaannya dapat terpengaruh

5) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum

Keadaan umum Penderita DBD seringkali memiliki suhu tubuh yang meningkat. Berdasarkan tingkat keparahan DBD, kondisi anak dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Derajat I: Kepala tetap sadar, namun kondisi umumnya lemah, dengan tanda-tanda vital yang menunjukkan kelemahan, termasuk denyut nadi yang lambat.
2. Derajat II: Meskipun kesadaran tetap terjaga, anak mengalami kelemahan umum, serta perdarahan spontan seperti bintik-bintik merah kecil (petekie), perdarahan pada gusi, dan telinga. Nadi juga menunjukkan kelemahan, menjadi lemah, kecil, dan tidak teratur.
3. Derajat III: Anak mungkin menjadi apatis atau tertidur, kondisi umumnya sangat lemah, dengan denyut nadi yang lemah, kecil, dan tidak teratur. Tekanan darah juga menurun.
4. Derajat IV: Anak dapat mengalami koma dengan kesadaran yang sangat terganggu, denyut nadi yang tidak terdeteksi, tekanan darah yang tidak stabil, ekstremitas yang terasa dingin, pernapasan yang tidak teratur, keringat berlebihan, dan kulit yang berubah menjadi biru.

b) Pemeriksaan *head to toe*

1. Kepala : Bentuk kepala adalah mesokepalik, rambut berwarna hitam, dan kulit kepala dalam kondisi bersih.

2. Mata : Mata memiliki bentuk yang simetris, dengan konjungtiva yang mungkin pucat, sclera yang tidak menunjukkan kuning (ikterik), dan pupil yang merespons cahaya dengan simetri.
3. Telinga : Telinga memiliki bentuk yang simetris dan bersih, tidak ada penumpukan serumen atau gangguan lainnya.
4. Hidung : Hidung memiliki bentuk yang simetris, mungkin ada tanda-tanda perdarahan hidung atau epistaksis.
5. Mulut : Mukosa mulut terasa kering, bibir juga mengalami kekeringan, menunjukkan tanda-tanda dehidrasi. Mungkin terdapat perdarahan di dalam rongga mulut, termasuk perdarahan pada gusi.
6. Leher : Tidak ada pembesaran pada kelenjar tiroid, tidak ada kekakuan di leher, dan tidak ada keluhan nyeri saat menelan.
7. Dada
Inspeksi : Bentuk dada simetris, dan mungkin terlihat penggunaan otot bantu pernapasan.
Perkusi : Bunyi perkusi sonor terdengar di seluruh area paru paru
Palpasi : Taktil fremitus dalam kondisi normal.
Auskultasi : Bunyi napas vesikuler terdengar normal.
8. Abdomen
Inspeksi : Perut terlihat cembung, dan kemungkinan terdapat pembesaran pada hati (hepatomegali)
Auskultasi : Terdengar bising usus (+).

Perkusi : Bunyi perkusi menunjukkan timpani.

Palpasi : Kemungkinan ada rasa nyeri saat ditekan pada bagian atas perut

9. Ekstremitas : Sianosis, ptekie, echimosis, akral dingin, nyeri otot, sendi dan tulang.

10. Integument

Inspeksi : Kemunculan petekie pada kulit.

Palpasi : Turgor kulit yang menurun, timbulnya keringat yang dingin dan lembab, serta kondisi kuku yang mungkin menunjukkan sianosis atau tidak

11. Genitalia : Genitalia dalam kondisi bersih dan tidak menunjukkan kelainan.

c) Riwayat Pertumbuhan dan Perkembangan

1. Berat badan sekarang : berat badan saat ini yang ditimbang di RS saat dilakukan pemeriksaan dan tidak mengalami penurunan berat badan secara drastis
2. Berat badan sebelum sakit : berat badan sebelum sakit dibandingkan dengan berat badan saat ini
3. Tinggi badan : tinggi badan saat ini dan tidak mengalami keterlambatan pertumbuhan
4. IMT : hasil perhitungan IMT antara berat badan dan tinggi badan sesuai
5. Tahap perkembangan psikososial : peningkatan interaksi terutama dengan teman sebayanya

6. Tahap perkembangan psikoseksual : energi seksual anak cenderung lebih tenang dan terfokus pada pengembangan diri
7. Tahap perkembangan kognitif : anak mulai belajar dan memahami hal-hal baru dengan lebih baik.

d. Analisa Data

Proses sistematis yang dilakukan perawat untuk menginterpretasikan data yang dikumpulkan dari pasien, kemudian menghubungkan data tersebut dengan konsep dan prinsip keperawatan yang relevan untuk membuat kesimpulan tentang masalah kesehatan pasien dan kebutuhan keperawatan.

e. Diagnosa Keperawatan

1) Risiko perdarahan

Definisi

Berisiko mengalami kehilangan darah baik internal maupun eksternal

Faktor Risiko

- a) Aneurisma
- b) Gangguan gastrointestinal
- c) Gangguan fungsi hati
- d) Komplikasi kehamilan
- e) Komplikasi pasca partum
- f) Gangguan koagulasi
- g) Efek agen farmakologis
- h) Tindakan pembedahan

- i) Trauma
 - j) Kurang terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan
 - k) Proses keganasan
- 2) Hipertermi

Definisi

Suhu tubuh inti di atas rentang normal karena kegagalan termoregulasi.

Batasan Karakteristik :

- a) Kulit kemerahan
- b) Kejang
- c) Kulit terasa hangat
- d) Postur abnormal
- e) Apnea
- f) Hipotensi
- g) Takikardi

Faktor yang berhubungan :

- a) Dehidrasi
 - b) Pakaian tidak sesuai
 - c) Aktivitas berlebih
- 3) Hipovolemia

Definisi

Pengurangan cairan yang terjadi dalam sistem peredaran darah dan di dalam sel-sel tubuh, yang merujuk pada kondisi dehidrasi atau kehilangan cairan.

Batasan Karakteristik :

- a) Perubahan status mental
- b) Perubahan turgor kulit
- c) Perubahan tekanan darah
- d) Perubahan nadi
- e) Kulit kering
- f) Membran mukosa kering
- g) Mata cekung
- h) Kelemahan

Faktor yang Berhubungan :

- a) Kesulitan memenuhi peningkatan kebutuhan cairan
- b) Kurang akses pada cairan
- c) Ketidakcukupan asupan cairan
- d) Malnutrisi
- e) Kurang pengetahuan
- f. Intervensi Keperawatan

Serangkaian Tindakan yang dilakukan perawat untuk membantu pasien mencapai tujuan Kesehatan, berdasarkan diagnosis keperawatan dan rencana asuhan keperawatan.

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

No	SDKI	SLKI	SIKI
1	Risiko perdarahan (D.0012) d.d munculnya bintik - bintik merah dan trombositopenia	Tingkat perdarahan (L.02017) Setelah dilakukan Intervensi selama 3 x 24 jam maka diharapkan tingkat perdarahan menurun dengan kriteria hasil :	Pencegahan perdarahan (L.02067) Observasi : 1. Monitor tanda dan gejala perdarahan 2. Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan sesudah kehilangan darah 3. Monitor tanda tanda vital

	<p>1. Kelembapan membrane mukosa (1-5)</p> <p>2. Kelembapan kulit (1-5)</p> <p>3. Kognitif (1-5)</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>(1) Menurun</p> <p>(2) Cukup menurun</p> <p>(3) Sedang</p> <p>(4) Cukup meningkat</p> <p>(5) Meningkatkan</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>1. Hemoptitis (1-5)</p> <p>2. Hematemesis (1-5)</p> <p>3. Hematuria (1-5)</p> <p>4. Perdarahan anus (1-5)</p> <p>5. Distensi abdomen (1-5)</p> <p>6. Perdarahan vagina (1-5)</p> <p>7. Perdarahan pasca operasi (1-5)</p> <p>Keterangan :</p> <p>(1) Meningkatkan</p> <p>(2) Cukup meningkat</p> <p>(3) Sedang</p> <p>(4) Cukup menurun</p> <p>(5) Menurun</p>	<p>4. Monitor koagulasi</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1. Pertahankan bedrest selama perdarahan</p> <p>2. Batasi Tindakan invasive</p> <p>3. Gunakan Kasur pencegah decubitus</p> <p>4. Hindari pengukuran suhu rektal</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Jelaskan tanda gejala perdarahan</p> <p>2. Anjurkan menggunakan kaos kaki saat ambulasi</p> <p>3. Anjurkan meningkatkan cairan untuk menghindari konstipasi</p> <p>4. Anjurkan menghindari aspirin dan antikoagulan</p> <p>5. Anjurkan meningkatkan asupan makanan vitamin K</p> <p>6. Anjurkan segera melapor jika terjafi perdarahan</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>1. Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan</p> <p>2. Kolaborasi pemberian produk darah</p> <p>3. Kolaborasi pemberian pelunak tinja</p>
2	<p>Hipovolemia (D.0023) b.d kehilangan cairan aktif</p> <p>Status cairan (L. 03028)</p> <p>Setelah dilakukan Intervensi selama 3 x 24 jam maka diharapkan asupan nutrisi adekuat dengan kriteria hasil :</p> <p>1. Kekuatan nadi (1-5)</p> <p>2. Output urin (1-5)</p> <p>3. Membarn mukosa lembab</p>	<p>Manajemen hipovolemi (L. 03116)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Periksa tanda dan gejala hipovolemi (mis: frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah)</p> <p>2. Pantau asupan dan</p>

	(1-5)	keluaran cairan	
	4. Ortopnea (1-5)		
	5. Dispnea (1-5)	Terapeutik	
	6. Frekuensi nadi (1-5)	1. Hitung kebutuhan cairan	
	7. Tekanan darah (1-5)	2. Berikan posisi Trendelenburg yang	
	8. Turgor kulit (1-5)	3. Berikan asupan cairan oral	
	9. Tekanan vena jugularis (1-5)	Edukasi	
	10. Hemoglobin (1-5)	1. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral	
	11. Hematokrit (1-5)	2. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak	
	Keterangan :		
	(1) Meningkat	9 Kolaborasi	
	(2) Cukup meningkat	1. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis: NaCl, RL)	
	(3) Sedang	2. Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis: glukosa 2,5%, NaCl 0,4%)	
	(4) Cukup menurun	3. Kolaborasi memberikan cairan koloid (albumin, plasmate)	
	(5) Menurun	4. Kolaborasi menghadirkan produk darah	
3	Hipertermia (D.0130) b.d proses penyakit	Termoregulasi (L. 14134) Setelah dilakukan Intervensi selama 3 x 24 jam maka diharapkan asupan nutrisi adekuat dengan kriteria hasil :	Manajemen Hipertermia (L. 15506) Observasi
	1. Suhu ¹ tubuh pasien (1-5)		1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis: dehidrasi, paparan lingkungan panas, penggunaan inkubator)
	2. Nadi dan RR pasien (1-5)		2. Monitor suhu tubuh
	3. Perubahan warna kulit (1-5)		3. Monitor kadar elektrolit
			4. Monitor haluaran urin
			5. Pantau komplikasi akibat hipertermia
	Keterangan	Terapeutik	
	(1) Meningkat	1. ³ diakan lingkungan yang dingin	
	(2) Cukup meningkat	2. Longgarkan atau lepaskan pakaian	
	(3) Sedang	3. Basahi dan kipasi permukaan tubuh	
	(4) Cukup menurun	4. Memberikan cairan oral	
	(5) Menurun	5. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih)	
		6. Lakukan pendinginan eksternal (mis: selimut	

3. **potermia** atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, perut, dan aksila)

7. **Hindari** pemberian antipiretik atau **aspirin**

8. Berikan oksigen **jika** perlu

Edukasi

1. Anjurkan **tirah baring**

Kolaborasi

1. **Kolaborasi** memberikan cairan dan elektrolit intravena, **jika** perlu

Pengaturan suhu (I. 14578)

Observasi

1. Pantau suhu anak tiap 2 jam, jika perlu

2. Pantau tekanan darah, frekuensi pernafasan, dan nadi

3. **Monitor** warna dan suhu kulit

4. Pantau dan catat tanda dan gejala hipotermia atau hipertermia

Terapeutik

1. Pasang alat pemantau suhu kontinu, jika perlu

2. Tingkatkan asupan cairan dan nutrisi yang memadai

3. Gunakan matras penghangat, selimut hangat, dan penghangat ruangan untuk menaikkan suhu tubuh, jika perlu

4. Gunakan Kasur pendingin, selimut sirkulasi air, *ice pack*, atau *gel pad*, dan katektisasi pendingin intravascular untuk menurunkan suhu tubuh

5. Sesuaikan suhu lingkungan dengan kebutuhan pasien

Edukasi

1. Menjelaskan cara pencegahan heat exhaustion dan heat stroke

2. Menjelaskan cara pencegahan hipotermia karena terpapar udara

dingin

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian antipiretik, jika perlu
-

g. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan tugas perawat adalah serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat dengan tujuan membimbing klien dalam mengatasi masalah kesehatan mereka dan menuju perbaikan kondisi kesehatan yang sesuai dengan prosedur atau rencana pengobatan yang telah ditentukan sebelumnya (Siregar, 2022).

h. Evaluasi Keperawatan

Pengkajian merupakan penilaian intelektual terhadap bagaimana proses implementasi rencana tindakan, dan diagnosis telah dilakukan. Evaluasi memiliki karakteristik yang bersifat formatif, yang berarti dapat direvisi untuk mengevaluasi hasil secara berulang, baik setelah memberikan setiap hasil atau setelah menyelesaikan seluruh prosedur administrasi perawatan. Pendekatan SOAP memungkinkan kita untuk kembali mengevaluasi situasi awal yang telah ada sebelumnya.

Sasaran evaluasi untuk pasien demam berdarah dengue adalah sebagai berikut:

1. Kondisi suhu tubuh.
 - a) Mencapai suhu tubuh dalam rentang normal (36 - 37 °C).
 - b) Pasien merasa nyaman tanpa sensasi panas yang berlebihan.
 - c) Mukosa bibir tetap lembab.

2. Keseimbangan cairan

- a) Memperoleh kemampuan untuk menjaga keseimbangan cairan dalam tubuh.
- b) Membran mukosa tetap lembab.
- c) Kulit tetap memiliki elastisitas pada turgor kulit



BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1. Desain penelitian

Desain penelitian yang digunakan untuk menganalisis yaitu desain studi kasus. Untuk lebih mendalami dan mengeksplorasi masalah perawatan pada pasien DBD, fokus penelitian utama yang diambil adalah asuhan perawatan pada pasien DBD. Penelitian yang dimaksud, yang telah ditetapkan sebagai penelitian utama, terdapat di bawah ini.

3.2. Batasan istilah

Mengingat sulitnya kesulitan memahami judul penelitian, sebaiknya penulis benar - benar mencantumkan daftar istilah dalam pemahaman istilah kunci yang berikut: digunakan dalam penelitian judul dari dalam penelitian ini, penulis sebaiknya benar-benar mencantumkan daftar istilah - istilah kunci, sebagai berikut ini :

- a. Asuhan keperawatan merupakan pendekatan yang terorganisir dan sistematis untuk melaksanakan pengasuhan dalam penyelenggaraan asuhan yang berfokus pada bagaimana individu-individu dalam suatu kelompok atau organisasi tertentu akan bereaksi dan merespons terhadap ancaman.
- b. DBD merupakan suatu kondisi yang diinduksi oleh virus dengue, yang secara klinis ditandai oleh demam, nyeri otot, serta nyeri pada sendi. Manifestasi klinis ini mencakup penurunan jumlah leukosit (leukopenia), ruam kulit, pembengkakan kelenjar getah bening, penurunan jumlah trombosit, dan terjadinya perdarahan yang terkait dengan keadaan hemoragik

3.3. Partisipan

Partisipan yang digunakan pada penelitian ini yaitu 1 klien yang terkena DHF di ruang Mawar Kuning RSUD RT Notopuro Sidoarjo dengan kriteria klien sebagai berikut :

1. Klien anak usia 6-12 tahun berjenis kelamin perempuan atau laki-laki dengan diagnosa DHF dirawat di ruang mawar kuning atas RSUD RT Notopuro Sidoarjo
2. Klien sedang dilakukan perawatan hari pertama sampai dengan ketiga.
3. Klien dengan kriteria DHF derajat 2

3.4. Waktu dan tempat penelitian

Pengambilan data dilaksanakan pada bulan Januari tahun 2025 di ruang mawar kuning RSUD RT Notopuro Sidoarjo.

3.5. Jenis dan teknik pengumpulan data

Metode pengmpulan data yang digunakan adalah studi dokumentasi dalam penelitian deskriptif. Metode studi dokumentasi digunakan untuk mengumpulkan catatan tentang hasil asuhan keperawatan dan data lain yang relevan

3.6. Uji keabsahan data

Tujuan dari uji keabsahan data ini adalah untuk mendapatkan data-data studi kasus yang valid secara maksimal. Selain mempertimbangkan integritas peneliti sebagai instrumen utama, dilakukan pengujian kevalidan data:

1. Triangulasi

Triangulasi merupakan sebuah metode yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan dan menganalisis data dengan melibatkan pihak lain sebagai sumber tambahan untuk mengklarifikasi data atau informasi yang telah diperoleh dari responden. Dalam studi kasus ini, pihak lain yang terlibat meliputi keluarga klien yang pernah mengalami penyakit yang sama dengan klien serta perawat yang telah mengatasi masalah serupa dengan klien.

3.7. Analisa data

Analisis dilakukan dengan terlebih dahulu mengidentifikasi fakta - fakta yang relevan, membandingkannya, kemudian merangkum implikasinya dalam bentuk opini dari fakta - fakta yang relevan. Analisis menggunakan metode dengan langkah-langkah, sebagai berikut :

1. Pengumpulan data

Data dikumpulkan melalui wawancara, observasi, dan dokumentasi studi yang dilakukan di tempat studi kasus. Hasil data ini dicatat dalam bentuk catatan, kemudian disusun dalam bentuk transkripsi yang lebih terstruktur

2. Mereduksi data

Data dari wawancara dan seluruh data lapangan dievaluasi, kemudian dicatat kembali dalam bentuk uraian atau laporan yang lebih rinci dan sistematis. Data ini kemudian disatukan dalam bentuk transkripsi dan dikelompokkan menjadi data subjektif dan objektif. Data kemudian

dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik dan dibandingkan dengan nilai normal.

3. Penyajian data

Informasi hasil analisis dapat disajikan dalam berbagai bentuk, seperti tabel, grafik, diagram, atau narasi teks. Kerahasiaan identitas partisipan dijaga untuk memastikan privasi mereka

4. Kesimpulan

Data yang telah dikumpulkan dibandingkan dengan hasil sebelumnya, dan kesimpulan ditarik dengan menggunakan pendekatan induktif. Data yang dikumpulkan berhubungan dengan diagnosis, perencanaan, dan evaluasi.

3.8. Etika penelitian

Prinsip-prinsip etika penelitian dalam penyusunan studi kasus, yaitu sebagai berikut :

1. *Informed Consent* (persetujuan menjadi klien)

Persetujuan ini merupakan kesepakatan antara peneliti dan responden. Sebelum melaksanakan studi kasus, persetujuan ini diperoleh melalui pengisian formulir yang menyatakan kesediaan responden untuk menjadi

2. *Anonymity* (tanpa nama)

Subjek penelitian. Responden juga diberikan penjelasan tentang tujuan dan maksud dari studi kasus tersebut agar mereka memahami dengan baik. Masalah etika dalam bidang keperawatan mendukung penggunaan studi kasus, di mana identitas responden tidak diungkapkan secara langsung. Identitas responden hanya dicatat dengan menggunakan kode

pada formulir pengumpulan data atau dalam laporan penelitian yang digunakan.

3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Seluruh informasi yang diperoleh dalam rangka studi kasus ini dijamin kerahasiaannya oleh peneliti

4. *Veracity* (kejujuran)

Peneliti menyampaikan kebenaran kepada setiap kondisi klien, klien dan keluarga juga dapat menyampaikan kebenaran apa yang sebenarnya terjadi.

5. *Accountability* (akuntabilitas)

Setiap tindakan peneliti bertanggung jawab dan dapat digunakan untuk menilai orang lain (Zubaidah, 2023).

6. *Ethical clearance*

Alat untuk memeriksa kepatuhan terhadap standar proses inspeksi. Setiap proyek penelitian harus tunduk pada surat persetujuan etik penelitian dari komisi etik sebelum penelitian dimulai. Penelitian ini telah disetujui oleh komite etik ITSKes ICME Jombang dengan nomor 416/KEPK/ITSKES-ICME/VIII/2025.

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran lokasi pengambilan data

Penulis mengumpulkan data asuhan keperawatan pada anak dengan Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) tepatnya di Ruang Mawar Kuning RSUD RT. Notopuro Sidoarjo yang terletak di Jl. Mojopahit No.667, Sidowayah, Celep, Kec. Sidoarjo, Kabupaten Sidoarjo, Jawa Timur 61215. Ruangannya MKA Sidoarjo ada di lantai 1 bersebelahan sama ruang Teratai dan di ruang MKA terdapat 32 bed dengan rata – rata *Bed Occupancy Rate* (BOR). sebesar 82%, dan sebagian besar pasien yang dirawat merupakan anak – anak dengan penyakit IPD seperti DHF, GEA, *typhoid*, kejang demam.

4.1.2 Pengkajian

Tanggal MRS : 27 Januari 2025
Jam : 10.00
Tanggal Pengkajian : 27 Januari 2025
Jam Pengkajian : 10.00
No. RM : 635xxx
Diagnosa Medis : *Dengue Haemorrhagic Fever*

1. Identitas

a. Identitas Pasien

Nama : An. A
Tanggal Pengkajian : 27 Januari 2025
Tanggal Lahir : 07 Januari 2016

Usia : 9 tahun
Jenis Kelamin : laki-laki
Anak ke : 1
Pendidikan : SD
Alamat : Gedangan Sidoarjo
Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia
Sumber informasi : Orang tua An. A

b. Identitas Orang tua

Nama Ayah : Tn. M
Nama Ibu : Ny. S
Pekerjaan Ayah : Swasta
Pekerjaan Ibu : Ibu rumah tangga
Alamat : Gedangan Sidoarjo
Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia
Sumber informasi : wawancara dengan ibu An.A

Penanggung Jawab Biaya : BPJS PBI kelas 2

2. Riwayat Penyakit

a. Keluhan Utama : badan panas

b. Riwayat Penyakit Sekarang : ibu An. A mengatakan bahwa mulai hari senin tgl 20 sore badannya mulai panas kemudian diberi sirup penurun panas badannya mulai dingin akan tetapi pada hari rabu tgl 22 badannya panas lagi disertai batuk pilek dan dibawa ke puskesmas, obat dari puskesmas hampir habis ditanggal 24 hari jumat badannya tiba-tiba panas lagi nafsu makan mulai turun

karena perut terasa sakit sampai dengan tanggal 26 hari minggu disertai mual muntah dan terdapat sedikit bintik bintik merah di lengan tangan atas, tanggal 27 pagi dibawa ke puskesmas, oleh puskesmas disuruh membawa kerumah sakit karena semakin panas, lemas, pucat, perutnya sakit , mual muntah sudah 3 kali selama pagi dan bintik-bintik merahnya semakin bertambah, di RS langsung dibawa ke IGD dan beri penanganan serta diobservasi sampai kondisi membaik dan dipindahkan ke ruangan mawar kuning.

c. Riwayat Penyakit Dahulu : tidak ada

d. Riwayat Keluarga : ibu An. A mengatakan bahwa kakeknya ada riwayat hipertensi

e. Penyakit Kronik/Menular : tidak

f. Alergi : tidak

g. Riwayat Operasi : tidak

3. Riwayat Kehamilan dan Persalinan

AN : 9 kali setiap bulan selama hamil

Penyakit ibu yang dialami saat hamil : tidak ada

Jenis persalinan : normal - tunggal

Post Natal

Berat Badan Lahir : 3,3 kg

Panjang Badan Lahir : 49 cm

Lingkar Dada Lahir : 31 cm

Lingkar Kepala Lahir : 33 cm

Jenis Makanan : ASI eksklusif

4. Riwayat Pertumbuhan dan Perkembangan

Berat Badan Sekarang : 30 kg

Berat Badan Sebelum Sakit : tidak ada

Tinggi Badan : 120 cm

IMT : 20,8 (berat ideal)

Lingkar Kepala : 51 cm

Lingkar Dada : 68 cm

Lingkar Lengan Atas : 19 cm

Mengangkat Kepala Usia : 3 bulan

Duduk Usia : 4 bulan

Merangkak Usia : 7 bulan

Berjalan Usia : 12 bulan

Bicara Usia : 9 bulan

Tumbuh Gigi Usia : 6 bulan

Tahap Perkembangan Psikososial: An. A mampu bermain kelompok dan lebih suka jika ada teman bermainnya.

Tahap Perkembangan Psikoseksual: An. A mengatakan bahwa kalau dirumah suka membuat kerajinan untuk bermain dengan teman temannya

Tahap Perkembangan Kognitif : An. A mampu diajak diskusi dan berfikiran logis

5. Imunisasi

Hepatitis B¹⁴ : 3 kali

BCG : 1 kali

Polio : 4 kali

DPT : 3 kali

Campak : 3 kali

Lain-lain : tidak ada

6. Nutrisi dan Metabolik

Jenis diet : TKTP

Jumlah porsi : 1 porsi tidak habis makan 3-4 sendok (3x sehari)

Nafsu makan : menurun

Kesulitan menelan : tidak ada

Jumlah cairan : intake asupan cairan menurun karena mual (cairan oral 250 ml, IV cairan RL 300 ml, output urin 100 ml, muntah 150 ml)

Jenis cairan : air putih dan infus

Data lain : output urin sedikit ($< 0,5$ ml/kgBB/jam)

7. Pemeriksaan Fisik

a. Pemeriksaan TTV

Keadaan Umum : lemah

GCS : E: 4 V: 5 M: 6

Kesadaran : compos mentis

Tekanan Darah : 100/60 mmHg

Nadi : 100 x/m

SPO2 : 98 %
Suhu : 38⁰ C
RR : 22 x/m

8. Kepala

Warna rambut : hitam

Kuantitas rambut : lebat

Tekstur rambut : lembut

Kulit kepala : tidak ada lesi

Bentuk kepala : simetris

Data lain : tidak ada

9. Mata

Konjungtiva : selaput lendir berwarna cerah

Sclera : putih bersih

Reflek pupil : isokor

Bola mata : bulat dan simetris

Data lain : tidak ada

10. Telinga

Bentuk telinga : simetris

Kesimetrisan : simetris

Pengeluaran cairan : tidak ada

Data lain : tidak ada

11. Hidung dan Sinus

Bentuk hidung : simetris

Warna hidung : sama dengan warna kulit lainnya

Data lain : terpasang O2 nasal 3 lmp

12. Mulut dan Tenggorokan

Bibir : tampak kering

Palatum : tidak ada tanda perdarahan

Faring : kemerahan

Data lain : nyeri telan

13. Leher

Bentuk leher : simetris

Warna leher : sama dengan warna kulit lainnya

Posisi trakea : simetris normal

Pembesaran tiroid : tidak ada

JVP : tidak ada peningkatan tekanan

Data lain : tidak ada

14. Dada/Thorax

Bentuk dada : simetris

Frekuensi nafas : 22 x/m

Jenis pernafasan : pernafasan dada

Suara nafas : vesikuler

Retraksi dada : tidak terlihat

Irama nafas : 22 x/m

Nyeri : tidak ada

Data lain : tidak ada

15. Jantung

Bunyi jantung : lup dup

Nyeri : tidak ada

Data lain : tidak ada

16. Abdomen

Warna kulit perut : sama dengan warna kulit lainnya

Acites : tidak ada

Nyeri : P : saat dibuat makan dan minum terasa nyeri sehingga terasa ingin muntah, Q: nyeri seperti ditusuk, R: perut bagian

tengah, S: 4, T : hilang timbul

Data lain : tidak ada

17. Genetalia

Skrotum : tidak terkaji

Kelainan : tidak ada

Data lain : tidak ada

18. Ekstremitas

Kekuatan otot : atas : 5/5 bawah: 5/5

Turgor : menurun

CRT : > 3 detik

Odem : tidak ada

Sianosis : tidak ada

Warna kulit : sama dengan warna kulit lainnya

Akral : dingin

Alat bantu : tidak ada

Data lain : dikedua tangan dan dikedua kaki An. A terdapat bintik-bintik merah

1. Psikologis

Ekspresi anak terhadap penyakit : An. A terlihat cemas

Respon anak saat Tindakan : An. A gelisah dan diam

Dampak hospitalisasi terhadap anak : An. A tidak ingin sakit lagi dan tidak mau disuntik-suntik lagi

Dampak hospitalisasi terhadap orang tua : Ny. S mengatakan cukup sakit ini aja dan tidak mau terjadi seperti ini lagi

2. Pemeriksaan penunjang

a. Laboratorium

Tabel 4.1 Pemeriksaan penunjang laboratorium (tanggal 27 Januari 2025)

Pemeriksaan	Hasil	Nilai normal
Hemoglobin	9,6	13,2 – 17,3
Leukosit	6,24	3,8 – 10,6
Hematokrit	28,0	40 – 52
Eritrosit	3,78	4,4 – 5,9
MCV	74,1	82 – 92
MCH	25,4	27 – 31
RDW-CV	13,0	11,5 – 14,5
Trombosit	94	150 – 440
Eonisofil	1	-

3. Terapi Medik

a. Infus RL 500cc

b. Ondan 3x2 mg

c. Ranitidine 2x15 mg

d. Sanmol 3x20 cc

4.1.3 Analisa data

Tabel 4.2 Analisa data

No	Analisa data	Etiologi	Diagnosa keperawatan
1	Ds : ibu An. A mengatakan bahwa An. A mulai panas dari sejak senin sore sampai dengan sekarang	Proses penyakit	Hipertermia (D.0130)

Do :

7)ien tampak lemas

TD : 100/60 mmHg

N : 100 x/menit

S : 38°C

RR : 22 x/menit

GCS : 4-5-6

Kesadaran compos mentis

Akral : dingin

- 2 Ds : ibu An. A mengatakan bahwa An.A mual, muntah 3 kali dalam sehari sejak hari minggu dan nafsu makannya turun.

Kehilangan cairan aktif

Hipovolemia (D.0023)

Do :

klien tampak lemas

bibir tampak kering

turgor menurun

5)RT > 3 detik

TD : 100/60 mmHg

N : 100 x/menit

S : 38°C

RR : 22 x/menit

GCS : 4-5-6

Kesadaran compos mentis

Akral : dingin

Intake cairan : asupan cairan

menurun karena mual (cairan

oral 200 ml, IV cairan RL

300 ml

Output : urin 100 ml, muntah

150 ml

- 3 Ds : ibu An. A mengatakan bahwa bintik - bintik merah mulai muncul dari hari minggu

Trombositopenia

Risiko Perdarahan (D.0012)

Do :

klien tampak lemas

terdapat bintik - bintik merah

4)kaki dan tangan

TD : 100/60 mmHg

N : 100 x/menit

S : 38°C

RR : 22 x/menit

SPO2 : 98%

GCS : 4-5-6

Kesadaran compos mentis

Akral : dingin

Hasil laboratorium :

Hemoglobin : 9,6

Trombosit : 94

Hematokrit : 28,0

4.1.4 Diagnosa keperawatan

1. Risiko perdarahan d.d munculnya bintik - bintik merah dan trombositopenia (D.0012)
2. Hipovolemia ⁵ b.d kehilangan cairan aktif (D.0023)
3. Hipertermia ⁵ b.d proses penyakit (D.0130)

4.1.5 Rencana tindakan keperawatan

Tabel 4.3 Intervensi keperawatan

No	SDKI	SLKI	SIKI
1	Risiko perdarahan (D.0012) d.d munculnya bintik - bintik merah dan trombositopenia	Tingkat perdarahan (L.02017) Setelah dilakukan Intervensi selama 3 x 24 jam maka diharapkan tingkat perdarahan menurun dengan kriteria hasil : 1. Kelembapan mukosa meningkat (5) 2. Petekie membaik (5) 3. Tekanan darah membaik (5) 4. Nadi membaik (5) 5. Suhu tubuh membaik (5) 6. Hemoglobin membaik (5) 7. Kelembapan kulit meningkat(5) K riteria hasil : (1) Menurun (2) Cukup menurun (3) Sedang (4) Cukup meningkat (5) Meningkatkan Kriteria hasil : 1. <i>Phetechi</i> menurun (5) 2. Distensi	Pencegahan perdarahan (I.02067) Observasi : 1. Monitor tanda dan gejala perdarahan 2. Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan sesudah kehilangan darah 3. Monitor tanda tanda vital 4. Monitor koagulasi Terapeutik : 1. Pertahankan bedrest selama perdarahan 2. Batasi Tindakan invasive 3. Gunakan Kasur pencegah decubitus 4. Hindari pengukuran suhu rektal Edukasi : 1. Jelaskan tanda gejala perdarahan 2. Anjurkan menggunakan kaus kaki saat ambulasi 3. Anjurkan meningkatkan cairan untuk menghindari konstipasi 4. Anjurkan menghindari aspirin dan antikoagulan 5. Anjurkan meningkatkan asupan makanan vitamin K 6. Anjurkan segera melapor jika terjafi perdarahan Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan

	abdomen menurun (5)	2. Kolaborasi pemberian produk darah 3. Kolaborasi pemberian pelunak tinja	
	Keterangan : (1) Meningkat (2) Cukup meningkat (3) Sedang (4) Cukup menurun (5) Menurun		
2	Hipovolemia (D.0023) b.d kehilangan cairan aktif	Status cairan (L.03028) Setelah dilakukan Intervensi selama 3 x 24 jam maka diharapkan asupan nutrisi adekuat dengan kriteria hasil : 1. Kekuatan nadi meningkat (1) 2. Output urin meningkat (1) 3. Membran mukosa lembab meningkat (1) 4. Frekuensi nadi membaik (5) 5. Tekanan darah membaik (5) 6. Turgor kulit membaik (5) 7. Hemoglobin meningkat (1)	Manajemen hipovolemia (L.03116) Observasi 1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis: frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah) 2. Pantau asupan dan keluaran cairan Terapeutik 1. Hitung kebutuhan cairan 2. Berikan posisi Trendelenburg yang 8 modifikasi 3. Berikan asupan cairan oral Edukasi 1. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 2. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak 5 Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis: NaCl, RL) 2. Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis: glukosa 2,5%, NaCl 0,4%) 3. Kolaborasi memberikan cairan koloid (albumin, plasma) (mis: albumin, plasmanate) 5. Kolaborasi menghadirkan produk darah

3 Hipertermia (D.0130) b.d proses penyakit	Termoregulasi (L. 14134) Setelah dilakukan Intervensi selama 3 x 24 jam maka diharapkan asupan nutrisi adekuat dengan kriteria hasil : 1. Suhu tubuh pasien menurun (5) 2. Nadi dan RR pasien membaik (5) 3. Perubahan warna kulit menurun (5)	Manajemen Hipertermia (I. 15506) Observasi 1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis: dehidrasi, paparan lingkungan panas, penggunaan inkubator) 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor kadar elektrolit 4. Monitor haluaran urin 5. Pantau komplikasi akibat hipertermia Terapeutik 1. Sediakan lingkungan yang dingin 2. Longgarkan atau lepaskan pakaian 3. Basahi dan kipasi permukaan tubuh 4. Memberikan cairan oral 5. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih) 6. Lakukan pendinginan eksternal (mis: selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, perut, dan aksila) 7. Hindari pemberian antipiretik atau aspirin 8. Berikan oksigen jika perlu Edukasi 1. Anjurkan tirah baring Kolaborasi 1. Kolaborasi memberikan cairan dan elektrolit intravena, jika perlu Pengaturan suhu (I. 14578) Observasi 1. Pantau suhu anak tiap 2 jam, jika perlu 2. Pantau tekanan darah, frekuensi pernafasan, dan nadi 3. Monitor warna dan suhu kulit 4. Pantau dan catat tanda dan gejala hipotermia atau hipertermia Terapeutik
--	---	--

1. Pasang alat pemantau suhu kontinu, jika perlu
2. Tingkatkan asupan cairan dan nutrisi yang memadai
3. Gunakan matras penghangat, selimut hangat, dan penghangat ruangan untuk menaikkan suhu tubuh, jika perlu
4. Gunakan Kasur pendingin, selimut sirkulasi air, *ice pack*, atau *gel pad*, dan katektisasi pendingin intravascular untuk menurunkan suhu tubuh
5. Sesuaikan suhu lingkungan dengan kebutuhan pasien

Edukasi

1. Menjelaskan cara pencegahan heat exhaustion dan heat stroke
2. Menjelaskan cara pencegahan hipotermi karena terpapar udara dingin

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian antipiretik, jika perlu

4.1.6 Implementasi keperawatan

Tabel 4.4 Implementasi keperawatan

No	Hari, tanggal dan jam	Diagnosa keperawatan	Jam	Implementasi	Paraf
1	Senin, 27 Januari 2025	Risiko perdarahan	10.00	1. Memonitor nilai hematokrit/hemoglobin (hemoglobin : 9,6 g/dL, hematokrit : 28,0, trombosit : 2)	
			10.10	2. Memonitor tanda vital (TD : 100/60 mmHg, N : 100 x/menit, S : 38°C, RR : 22 x/menit, SPO2 : 98%, GCS : 4-5-6, Kesadaran compos mentis)	
			10.20	3. Mempertahankan bedrest selama	

		perdarahan (menyediakan bed dan tempat tidur yang nyaman)
10.25	4.	Membatasi Tindakan invasive (tidak terpasang DK, terpasang infus pada tangan kiri)
10.45	5.	Menjelaskan tanda dan gejala perdarahan seperti mimisan dan muncul bintik-bintik merah
11.15	6.	Menganjurkan meningkatkan asupan makanan vitamin K seperti bayam, brokoli, alpukat dll
11.30	7.	Menganjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan kepada perawat atau dokter
11.35	8.	Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan jika diperlukan
Hipovolemia	11.40	1. Memantau asupan dan keluaran cairan (Intake cairan : asupan cairan menurun karena mual (cairan oral 200 ml, IV cairan RL 300 ml, Output : urin 100 ml, muntah 150 ml)
	11.50	2. Menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral (200 ml)
	12.10	3. Menganjurkan menghindari perubahan posisi mendadak
	12.30	4. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (RL 300 ml)
	12.35	5. Kolaborasi pemberian produk

					darah jika diperlukan
		Hipertermia	12.50	1.	Mengidentifikasi penyebab hipertermia (proses penyakit)
			13.10	2.	Memonitor suhu tubuh (38°C)
			13.20	3.	Memonitor kadar elektrolit
			13.25	4.	Memonitor haluan urin
			13.45	5.	Memantau komplikasi akibat hipertermia
			14.00	6.	Kolaborasi pemberian obat
2	Selasa, 28 Januari 2025	Risiko perdarahan	08.00	1.	Memonitor tanda-tanda vital (TD : 100/60 mmHg, N : 95 x/menit, S : 37°C, RR : 20 x/menit, SPO2 : 98%, GCS : 4-5-6, Kesadaran compos mentis)
			09.00	2.	Pemberian obat (inj. Ondan 2 mg, inj. ranitidine 15 mg, inj. sanmol 20 cc)
			10.00	3.	Mempertahankan bedrest selama perdarahan (menyediakan bed dan tempat tidur yang nyaman)
			10.45	4.	Membatasi Tindakan invasive (tidak terpasang DK, terpasang infus pada tangan kiri)
		Hipovolemia	11.00	1.	Memantau asupan dan keluaran cairan (Intake cairan : asupan cairan masih menurun karena mual (cairan oral 250 ml, IV cairan RL 300 ml, Output : urin 120 ml, muntah 100 ml)
			11.15	2.	Menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral

				11.35	3.	(250 ml) Menganjurkan menghindari perubahan posisi mendadak
				11.50	4.	Terpasang cairan IV isotonis (RL 300 ml)
		Hipertermia		12.15	1.	Mengidentifikasi penyebab hipertermia (proses penyakit)
				12.30	2.	Memonitor suhu tubuh (37°C)
				12.40	3.	Memonitor kadar elektrolit
				13.00	4.	Memonitor haluaran urin
				13.45	5.	Memantau komplikasi akibat hipertermia
3	Rabu, 29 Januari 2025	Risiko perdarahan	08.00	1.	Memonitor nilai hematokrit/hemoglobin (hemoglobin : 10,9 g/dL, hematokrit : 24, trombosit : 110)	
			08.45	2.	Pemberian obat (inj. Ondan 2 mg, inj. ranitidine 15 mg, inj. sanmol 20 cc)	
			09.00	3.	Memonitor tanda vital (TD : 115/70 mmHg, N : 90 x/menit, S : 36,6°C, RR : 20 x/menit, SPO2 : 98%, GCS : 4-5-6, Kesadaran kompos mentis)	
			09.15	4.	Mempertahankan bedrest selama perdarahan (menyediakan bed dan tempat tidur yang nyaman)	
			09.30	5.	Membatasi Tindakan invasive (tidak terpasang DK, terpasang infus pada tangan kiri)	
			09.50	6.	Menjelaskan tanda dan gejala perdarahan seperti mimisan dan muncul bintik-	

			10.00	7.	bintik merah Menganjurkan meningkatkan asupan makanan vitamin K seperti bayam, brokoli, alpukat dll
			10.15	8.	Menganjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan kepada perawat atau dokter
Hipovolemia			10.20	1.	Memantau asupan dan keluaran cairan (Intake cairan : asupan cairan menurun karena mual cairan oral 150 ml, IV cairan RL 400 ml, Output : urin 200 ml, muntah 50 ml)
			10.40	2.	Menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral (150 ml)
			11.00	3.	Menganjurkan menghindari perubahan posisi mendadak
			11.20	4.	Pemberian cairan IV isotonis (RL 400 ml)
Hipertermia			11.40	1.	Mengidentifikasi penyebab hipertermia (proses penyakit)
			12.00	2.	Memonitor suhu tubuh (36,6°C)
			12.30	3.	Memonitor kadar elektrolit
			13.00	4.	Memonitor haluan urin
			13.45	5.	Memantau komplikasi akibat hipertermia

4.1.7 Evaluasi keperawatan

Tabel 4.5 Evaluasi keperawatan

No	Hari, Tanggal, dan Jam	Diagnosa keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
1	Senin, 27 Januari	Risiko Perdarahan	S : ibu An.A mengatakan bahwa bitnik-bintik merahnya masih ada	

2025
Jam :
14.00

dibagian tangan dan kaki

O : klien tampak lemas
terdapat bintik - bintik merah di
tangan dan tangan
TD : 100/60 mmHg
N : 100 x/menit
S : 38°C
RR : 22 x/menit
SPO2 : 98%
GCS : 4-5-6
Kesadaran compos mentis
Akral : dingin
Hasil laboratorium :
Hemoglobin : 9,6
Trombosit : 94
Hematokrit : 28,0

A : risiko perdarahan belum teratasi

P : intervensi dilanjutkan

1. Memonitor tanda tanda vital
2. Terapi obat lanjut (inj. Ondansetron 2 mg, inj. ranitidine 15 mg, inj. sanmol 20 cc)
3. Pantau perdarahan
4. Pertahankan bedrest selama perdarahan
5. Batasi Tindakan invasive

Hipovolemia **S** : ibu An.A mengatakan bahwa An.A masih muntah dan belum mau makan

O : klien tampak lemas
bibir tampak kering

T : turgor menurun
TD : 100/60 mmHg
N : 100 x/menit
S : 38°C
RR : 22 x/menit
SPO2 : 98%
GCS : 4-5-6

Kesadaran compos mentis
Akral : dingin
CRT > 3 detik
Urine 0,5 ml/kgBB/jam

A : Hipovolemia belum teratasi

P : lanjutkan intervensi

1. Pantau asupan dan keluaran cairan
2. Anjurkan memperbanyak asupan

- cairan oral
3. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak
 4. Pertahankan cairan IV isotonis

Hipertermia S : ibu An.A mengatakan bahwa badan An.A masih panas

4 : klien tampak lemas

TD : 100/60 mmHg

N : 100 x/menit

S : 38°C

RR : 22 x/menit

SPO2 : 98%

GCS : 4-5-6

Kesadaran compos mentis

Akral : dingin

A : hipertermia belum teratasi

P : lanjutkan intervensi

1. Identifikasi penyebab hipertermia
3. Monitor suhu tubuh
3. Monitor kadar elektrolit
4. Monitor haluaran urin
5. Pantau komplikasi akibat hipertermia

2 Selasa, 28 Januari 2025
Jam : 14.00

Risiko Perdarahan S : ibu An.A mengatakan bahwa bitnik-bitik merahnya masih ada dan bertambah sedikit dibagian badan(punggung)

O : KU cukup terdapat bintik - bintik merah di kaki, tangan dan bertambah di punggung

TD : 100/60 mmHg,

N : 95 x/menit,

S : 37°C,

RR : 20 x/menit,

SPO2 : 98%,

GCS : 4-5-6)

Kesadaran compos mentis

A : risiko perdarahan belum teratasi

P : lanjutkan intervensi

1. Monitor nilai hematokrit/hemoglobin
2. Terapi obat lanjut (inj. Ondan 2 mg, inj. ranitidine 15 mg, inj. sanmol 20 cc)
3. Monitor tanda tanda vital

-
4. Pertahankan bedrest selama perdarahan
 5. Batasi Tindakan invasive
 6. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan seperti mimisan dan muncul bintik-bintik merah
 7. Anjurkan meningkatkan asupan makanan vitamin K
 8. Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan kepada perawat/dokter

Hipovolemia S : ibu An. A mengatakan bahwa muntah berkurang tetapi masih mual, makan dan masih sedikit

O : KU cukup
 Bibir kering
 Turgor cukup membaik
 TD : 100/60 mmHg,
 N : 95 x/menit,
 S : 37°C,
 RR : 20 x/menit,
 SPO2 : 98%,
 GCS : 4-5-6
 Kesadaran compos mentis
 Akral : hangat
 CRT < 2 detik
 Urine 1 ml/kgBB/jam

A : hipovolemia belum teratasi

- P** : lanjutkan intervensi
1. Pantau asupan dan keluaran cairan
 2. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral
 3. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak
 4. Berikan cairan IV isotonis

Hipertermia S : ibu An.A mengatakan panasnya sudah mendingin daripada sebelumnya

O : KU cukup
 TD : 100/60 mmHg,
 N : 95 x/menit,
 S : 37°C,
 RR : 20 x/menit,
 SPO2 : 98%,
 GCS : 4-5-6

Kesadaran compos mentis
Akral : hangat

A : hipertermia belum teratasi

P : lanjutkan intervensi

1. Identifikasi penyebab hipertermia
2. Monitor suhu tubuh
3. Monitor kadar elektrolit
4. Monitor haluaran urin
5. Pantau komplikasi akibat hipertermia

3 Rabu, 29
Januari
2025
Jam :
14.00

Risiko
Perdarahan

S : ibu An.A mengatakan bahwa bitnik-bintik merahnya masih ada tp sudah tidak bertambah dan yang dipungung sudah memudar

O : KU baik

Bintik-bintik merah masih ada, dibagian pangung memudar

TD : 115/70 mmHg,

N : 90 x/menit,

S : 36,6°C,

RR : 20 x/menit,

SPO2 : 98%,

GCS : 4-5-6

Kesadaran compos mentis

Akral hangat

Hasil laboratorium :

hemoglobin : 10,9 g/dL,

hematokrit : 21%

trombosit : 110

A : risiko perdarahan teratasi sebagian

P : lanjutkan intervensi

1. Memonitor tanda tanda vital
2. Terapi obat lanjut (inj. Ondan 2 mg, inj. ranitidine 15 mg, inj. sanmol 20 cc)
3. Pantau perdarahan
4. Pertahankan bedrest selama perdarahan
5. Batasi Tindakan invasive

Hipovolemia S : ibu An.A mengatakan bahwa sudah tidak muntah tp masih mual,An.A sudah mulai bertambah nafsu makan dan minumnya

O : KU baik

Bibir terlihat masih kering

Turgor membran baik
 TD : 115/70 mmHg,
 N : 90 x/menit,
 S : 36,6°C,
 RR : 20 x/menit,
 SPO2 : 98%,
 GCS : 4-5-6
 Kesadaran compos mentis
 Akral hangat
 CRT < 2 detik
 Urine 1,5 ml/kgBB/jam

A : hipovolemia teratasi

P : lanjutkan intervensi

1. Pantau asupan dan keluaran cairan
2. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral
3. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak
4. Pertahankan cairan IV isotonis

Hipertermia **S** : ibu An.A mengatakan bahwa badanya sudah tidak panas

O : KU baik
 TD : 115/70 mmHg,
 N : 90 x/menit,
 S : 36,6°C,
 RR : 20 x/menit,
 SPO2 : 98%,
 GCS : 4-5-6
 Kesadaran compos mentis
 Akral hangat

A : hipertermia teratasi

P : hentikan intervensi

4.2 Pembahasan

4.2.1. Gambaran umum lokasi pengambilan data

Dari hasil observasi data yang diperoleh untuk pengambilan data asuhan keperawatan pada anak dengan Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) berada di Ruang Mawar Kuning RSUD RT. Notopuro Sidoarjo yang terletak di Jl. Mojopahit No.667, Sidowayah, Celep, Kec.

Sidoarjo, Kabupaten Sidoarjo, Jawa Timur 61215. Ruangan MKA Sidoarjo ada di lantai 1 bersebelahan sama ruang Teratai dan di ruang MKA terdapat 32 bad dengan rata – rata *Bed Occupancy Rate* (BOR). sebesar 82%, dan sebagian besar pasien yang dirawat merupakan anak – anak dengan penyakit IPD seperti DHF, GEA, *typhoid*, kejang demam.

4.2.2. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan data diperoleh melalui wawancara langsung kepada klien dan keluarga, pemeriksaan fisik, observasi langsung, hasil pemeriksaan penunjang yang mendukung, dan laboratorium darah. Hasil pengkajian klien An. A umur 9 tahun, didapatkan masuk rumah sakit pada tanggal 27 Januari 2025 pukul 10.00 dengan keluhan badan panas sejak hari senin tanggal 20 Januari 2025 sampai dengan tanggal 27 Januari 2025 data yang didapatkan yaitu :Klien tampak lemas, terdapat bintik - bintik merah di kaki dan tangan, akral dingin, pemeriksaan tanda-tanda vital: TD : 100/60 mmHg, N : 100 x/menit, S : 38⁰C, RR : 22 x/menit, SPO2 : 98%, GCS : 4-5-6, kesadaran compos mentis, hasil laboratorium: hemoglobin : 9,6 g/dL, Trombosit : 94/uL, hematokrit : 28,0%, Klien mual, muntah 3 kali sejak hari minggu dan nafsu makannya turun, klien tampak lemas, bibir tampak kering, turgor menurun, akral dingin,

Peneliti berpendapat bahwa dari pengkajian data yang didapatkan penyakit *dengue haemorrhagic fever* (DHF) *grade 2* yang mengalami keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis, demam,

mual, muntah, muncul *petekie*, penurunan trombosit, dan peningkatan hematokrit akibat virus *dengue* dari persebaran nyamuk *aedes aegypti* sehingga muncul diagnosa keperawatan risiko perdarahan, hipovolemia, dan hipertermia.

Afandi, (2023) menyatakan bahwa *dengue haemorrhagic fever* disebabkan oleh virus *dengue* dari nyamuk *aedes aegypti*. Manifestasi klinis yang bisa terjadi berdasarkan teori yaitu: demam tinggi, keadaan umum lemah, perdarahan spontan seperti petekie, mimisan, atau gusi berdarah, serta adanya tanda kebocoran plasma seperti peningkatan hematokrit disertai uji bendung positif. Hal ini menunjukkan adanya kesamaan antara tanda dan gejala di dalam tinjauan pustaka dimana manifestasi klinisnya demam tinggi, tanda-tanda perdarahan, uji torniquet dan trombositopenia. (Nuraeni, 2024).

4.2.3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ditegakkan muncul pada kasus *dengue haemorrhagic fever* yaitu risiko perdarahan, hipovolemia, dan hipertermia.

Peneliti mengangkat diagnosa ini di dukung dengan data yang di dapatkan pada klien dan sesuai dengan peraturan pengangkatan diagnosa oleh PPNI (2019) sebagaimana di katakan bahwa dalam pengangkatan suatu diagnosa harus memenuhi kriteria mayor dan minor 80-100%. Kriteria mayor dan minor merupakan tanda dan gejala yang dapatkan pada klien, yaitu:

- a. Risiko perdarahan dibuktikan dengan trombositopenia ditandai dengan adanya perdarahan spontan munculnya *petekie*

Peneliti mengangkat diagnosa ini didukung oleh data yang didapatkan pada klien: tampak lemas, terdapat bintik - bintik merah di kaki dan tangan, akral dingin, pemeriksaan ² tanda-tanda vital: TD : 100/60 mmHg, N : 100 x/menit, S : 38°C, RR : 22 x/menit, SPO2 : 98%, GCS : 4-5-6, kesadaran compos mentis, hasil laboratorium: hemoglobin : 9,6 g/dL, Trombosit : 94/uL, hematokrit : 28,0%. Hal ini jika tidak segera ditangani bisa mengakibatkan kebocoran plasma darah sehingga menyebabkan terjadinya komplikasi *sindrom syok dengue* (DSS).

Suchi, (2022) menyatakan bahwa *petekie* pada penderita DHF merupakan tanda kebocoran pembuluh darah. Jika tidak segera ditangani pendarahan dapat menjadi lebih serius sehingga terjadinya komplikasi DSS dan berujung pada kegagalan organ, pendarahan yg lebih parah serta kematian, hal tersebut dapat menegakkan diagnosa risiko perdarahan.

- b. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif ditandai dengan mual, muntah 3 kali sejak hari minggu dan nafsu makannya turun, klien tampak lemas, bibir tampak kering, turgor menurun, akral dingin,

Peneliti mengangkat diagnosa ini dikarenakan klien kehilangan cairan aktif dalam tubuh dengan adanya mual, muntah 3 kali sejak hari minggu dan nafsu makannya turun, terdapat bintik-

bintik merah, klien tampak lemas, bibir tampak kering, turgor menurun, akral dingin, pemeriksaan ² tanda-tanda vital: TD : 100/60 mmHg, N : 100 x/menit, S : 38°C , RR : 22 x/menit, SPO2 : 98%, GCS : 4-5-6, kesadaran compos mentis, sehingga terjadi penurunan volume darah.

Carpenito (2022) menyatakan bahwa hipovolemia merupakan kondisi dimana tubuh sedang kekurangan cairan atau terjadinya penurunan volume darah dengan tanda dan gejala nadi meningkat, tekanan darah menurun, turgor kulit menurun, suhu tubuh meningkat, dan hematokrit meningkat yang dapat menyebabkan syok hipovolemik jika tidak segera ditangani.

- c. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit ditandai dengan badan meningkat, tampak lemas, akral dingin, pemeriksaan ² tanda-tanda vital: TD : 100/60 mmHg, N : 100 x/menit, S : 38°C, RR : 22 x/menit, SPO2 : 98%, GCS : 4-5-6, hemoglobin : 9,6 g/dL, Trombosit : 94/uL, hematokrit : 28,0%

Peneliti mengangkat diagnosa ini karena hipertermia pada DHF *grade* 2 menunjukkan bahwa tubuh sedang melawan virus yang dapat menyebabkan berbagai komplikasi jika tidak segera diatasi seperti: kejang, penurunan kesadaran, dan bahkan kematian.

Hipertermia merupakan dimana kondisi gagal mengatur suhu tubuh (termogulasi) akibat ketidakmampuan tubuh melepaskan panas yang berlebihan. Ini dapat disebabkan oleh benda asing baik

virus atau bakteri pada tubuh dengan respon suhu tubuh yang tinggi atau panas (El Radhi, 2020).

4.2.4. Intervensi keperawatan

Setelah melakukan proses pengkajian, menentukan masalah dan menegakkan diagnosa keperawatan, penulis menyusun intervensi keperawatan bertujuan untuk mengatasi masalah yang dialami klien. Perencanaan yang dilakukan meliputi tindakan mandiri perawat, tindakan observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi sesuai dengan diagnosa keperawatan dan kondisi klien.

1. Risiko perdarahan dibuktikan dengan trombositopenia ditandai dengan adanya perdarahan spontan munculnya *petekie*, tampak lemas, terdapat bintik - bintik merah di kaki dan tangan, akral dingin, pemeriksaan ² tanda-tanda vital: TD : 100/60 mmHg, N : 100 x/menit, S : 38°C, RR : 22 x/menit, SPO2 : 98%, GCS : 4-5-6, kesadaran compos mentis, hasil laboratorium: hemoglobin : 9,6 g/dL, Trombosit : 94/uL, hematokrit : 28,0%. Kondisi tersebut diberikan intervensi pencegahan perdarahan dan pemantauan tanda-tanda vital sesuai dengan teori SIKI PPNI (2019).

Peneliti memberikan intervensi keperawatan pada klien untuk membantu mengatasi asalah keperawatan pada klien khususnya risiko perdarahan dengan intervensi keperawatan pencegahan perdarahan, hal ini dilakukan dan disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan klien.

Hartini (2023) menyatakan bahwa pencegahan perdarahan dapat digunakan sebagai intervensi risiko perdarahan karena dengan pencegahan perdarahan dapat menilai, mengamati, dan mendeteksi adanya perdarahan yang berlebih pada pasien.

2. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif ditandai dengan mual, muntah 3 kali sejak hari minggu dan nafsu makannya turun, klien tampak lemas, bibir tampak kering, turgor menurun, akral dingin, ² tanda-tanda vital: TD : 100/60 mmHg, N : 100 x/menit, S : 38⁰C , RR : 22 x/menit, SPO2 : 98%, GCS : 4-5-6, kesadaran compos mentis. Kondisi tersebut diberikan intervensi manajemen hipovolemia sesuai dengan teori SIKI PPNI (2019).

Peneliti memberikan intervensi manajemen hipovolemia pada klien dikarenakan kondisi klien yang memerlukan Tindakan atau prosedur untuk menjaga atau mengembalikan cairan tubuh untuk mencegah terjadinya syok hipovolemik.

Silampari (2022) menyatakan bahwa hipovolemia menggunakan intervensi manajemen hipovolemia dilakukan untuk memastikan bahwa cairan tubuh klien terpenuhi, sehingga kondisi klien tidak memburuk dan terhindar dari syok hipovolemik.

3. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit ditandai dengan badan meningkat, tampak lemas, akral dingin, pemeriksaan ² tanda-tanda vital: TD : 100/60 mmHg, N : 100 x/menit, S : 38⁰C, RR : 22 x/menit, SPO2 : 98%, GCS : 4-5-6, hemoglobin : 9,6 g/dL, Trombosit : 94/uL, hematokrit : 28,0. Kondisi tersebut diberikan

intervensi manajemen hipertermia sesuai dengan teori SIKI PPNI (2019).

Peneliti memberikan intervensi manajemen hipertermia seperti: Identifikasi penyebab hipertermia (mis: dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator). Monitor suhu tubuh. Monitor kadar elektrolit. Monitor komplikasi akibat hipertermia, hal tersebut dijadikan intervensi manajemen hipertermia yang mempercepat penurunan suhu panas mudah teratasi.

Peneliti sejalan dengan sejalan dengan Rehana (2023) pengobatan farmakologi manajemen hipertermia (1.15506) dengan hasil implementasi memiliki tujuan mempertahankan suhu tubuh dalam batas normal, mencegah kejang berulang, hasil dari evaluasi suhu tubuh menurun menjadi normal kembali, mencegah terjadinya kejang. Manajemen hipertermia dan pengaturan suhu karena untuk memastikan hidrasi yang adekuat melalui asupan cairan oral atau intravena untuk mengatasi kebocoran plasma yang sering terjadi pada DHF (Susilo, 2022).

4.2.5. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan penerapan asuhan keperawatan yang dilakukan untuk membantu memenuhi kebutuhan klien, mencapai tujuan perawatan serta meningkatkan Kesehatan pasien. Implementasi ini diberikan pada klien An.A. selama 24 jam dari tanggal 27 sampai 29 Januari 2025. Implementasi yang diberikan pada An. A adalah :

1. Risiko perdarahan

Diberikan implementasi berupa : Memonitor nilai hematokrit/hemoglobin (hemoglobin : 9,6 g/dL, hematokrit : 28,0, trombosit : 94), Memonitor tanda tanda vital (TD : 100/60 mmHg, N : 100 x/menit, S : 38⁰C, RR : 22 x/menit, SPO2 : 98%, GCS : 4-5-6, Kesadaran compos mentis), Mempertahankan bedrest selama perdarahan (menyediakan bed dan tempat tidur yang nyaman), Membatasi Tindakan invasive (tidak terpasang DK, terpasang infus pada tangan kiri), Menjelaskan tanda dan gejala perdarahan seperti mimisan dan muncul bintik-bintik merah, Menganjurkan meningkatkan asupan makanan vitamin K seperti bayam, brokoli, alpukat dll, Menganjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan kepada perawat atau dokter, Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan jika diperlukan

Peneliti berpendapat bahwa pengimplementasian intervensi yang telah direncanakan terlaksanakan semua, fokus utamanya adalah pencegahan perdarahan karena masalah yang berhubungan dengan kebocoran plasma darah sehingga dapat memperburuk kondisi pasien seperti kesadaran pasien, dan tanda vital pasien.

Menurut Lucky, (2023) menyatakan bahwa implementasi pada diagnosa risiko perdarahan lebih mengutamakan dan berfokus pada tanda vital pasien seperti tekanan darah, nadi, hematokrit, trombosit dan hemoglobin yang tidak memadai, yang menunjukkan apakah kondisi pasien memburuk atau tidak.

2. Hipovolemia

Diberikan implementasi memantau asupan dan keluaran cairan, menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral, menganjurkan menghindari perubahan posisi mendadak, kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (RL 150-210 ml/jam), kolaborasi pemberian produk darah jika diperlukan.

Peneliti berpendapat bahwa implementasi pada hipovolemia hampir seluruhnya dilaksanakan sesuai dengan intervensi akan tetapi ada satu intervensi tidak dilaksanakan pada diagnosa ini dikarenakan kondisi pasien tidak membutuhkan produk darah.

Menurut Zainuri, (2022) menyatakan bahwa hipovolemia dapat diberikan implementasi sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan akan tetapi ada beberapa intervensi yang tidak harus diimplementasikan jika kondisi klien tersebut tidak diperlukan untuk tranfusi darah.

3. Hipertermia

Diberikan implementasi mengidentifikasi penyebab hipertermia (proses penyakit), memonitor suhu tubuh (38°C), memonitor kadar elektrolit, memonitor haluaran urin, memantau komplikasi akibat hipertermia, kolaborasi pemberian obat (inj. Ondan 2 mg, inj. ranitidine 15 mg, inj. sanmol 20 cc).

Peneliti berpendapat bahwa implementasi pada diagnosa hipertermia ini dilakukan secara keseluruhan karena kondisi ini bisa berbahaya dan membutuhkan intervensi segera untuk mencegah

komplikasi serius, hal ini diimplementasikan secara keseluruhan didukung dengan pengobatan yang lengkap dan telah disediakan dari rumah sakit tersebut.

Menurut Muzakky, (2022) menyatakan bahwa implementasi penanganan hipertermia hampir seluruhnya dilaksanakan karena: risiko komplikasi serius, pentingnya pengendalian suhu tubuh diperlukan karena dapat mengganggu fungsi normal sel-sel tubuh dan enzim-enzim, pencegahan kerusakan system saraf pusat, kecepatan dan efektivitas intervensi penting, dan mengurangi beban kardiovaskular, hal tersebut dilakukan untuk memastikan keselamatan pasien dan mencegah efek jangka panjang yang merugikan.

4.2.6. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan suatu tindakan mengevaluasi respon klien dan hasil tindakan setelah dilakukannya intervensi keperawatan dan implementasi keperawatan, tujuan dari evaluasi keperawatan adalah untuk mengetahui apakah intervensi keperawatan harus dilanjutkan atau intervensi keperawatan harus dihentikan.

Evaluasi ini bertujuan untuk mengetahui perkembangan kondisi klien An. A dengan keluhan awal tampak lemas, pucat, terdapat bintik - bintik merah di kaki dan tangan, akral dingin, turgor menurun, dengan tanda-tanda vital: TD : 100/60 mmHg, N : 100 x/menit, S : 38⁰C, RR : 22 x/menit, SPO2 : 98%, GCS : 4-5-6, kesadaran compos mentis, hasil

laboratorium: hemoglobin : 9,6 g/dL, Trombosit : 94/uL, hematokrit : 28,0%.

Peneliti berpendapat bahwa setelah dilakukannya intervensi dan implementasi keperawatan selama 3 hari sesuai dengan SOAP, maka hasil evaluasi pada An. A adalah:

1. Risiko perdarahan dengan hasil evaluasi : membrane mukosa meningkat (5), petekie membaik, tekanan darah membaik, nadi membaik, suhu tubuh membaik, hemoglobin membaik, kelembapan kulit meningkat.
2. Hipovolemia dengan hasil evaluasi : kekuatan nadi meningkat, output urin meningkat, membran mukosa lembab meningkat, frekuensi nadi membaik, tekanan darah membaik, turgor kulit membaik hemoglobin meningkat.
3. Hipertermia dengan hasil evaluasi : Hipertermia dengan hasil evaluasi: termoregulasi membaik dengan hasil: menggigil menurun, suhu tubuh menurun, dan suhu kulit menurun.

Suprajitno (2021) menyatakan bahwa evaluasi keperawatan dilakukan setelah semua rencana dan tindakan keperawatan terlaksanakan untuk mengetahui dan menilai hasil dari tindakan yang telah dilakukan, jika penilaian tidak terselesaikan atau hanya terselesaikan sebagian, maka perlu disusun rencana baru.

BAB 5

KESIMPULAN

5.1 Kesimpulan

1. Pengkajian yang didapatkan pada klien An. A dengan keluhan awal tampak lemas, pucat, terdapat bintik - bintik merah di kaki dan tangan, akral dingin, turgor menurun, dengan tanda-tanda vital: TD : 100/60 mmHg, N : 100 x/menit, S : 38°C, RR : 22 x/menit, SPO2 : 98%, GCS : 4-5-6, kesadaran compos mentis, hasil laboratorium: hemoglobin : 9,6 g/dL, Trombosit : 94/uL, hematokrit : 28,0%.
2. Diagnosa keperawatan yang terjadi pada klien An. A adalah risiko perdarahan, hipovolemia, dan hipertermia.
3. Tindakan keperawatan yang diberikan klien mengacu pada panduan SDKI 2019 terkait risiko perdarahan, hipovolemia, dan hipertermia. Hal ini disesuaikan dengan kondisi klien, dengan harapan mencapai hasil yang optimal.
4. Pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan melalui pengawasan, tindakan mandiri, penyuluhan, dan kerja sama tim medis, dengan mengadaptasi intervensi yang telah direncanakan. Peneliti menjalankan implementasi ini sesuai dengan kondisi klien selama tiga hari.
5. Evaluasi asuhan keperawatan pada klien An. A adalah tingkat perdarahan menurun, status cairan membaik, termogulasi membaik, maka masalah keperawatan pada An. A teratasi, dan intervensi di ruang mawar kuning di hentikan.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi klien

Klien dapat dengan mandiri menjaga, meningkatkan dan mengelola kesehatan mereka sendiri serta lingkungan mereka dengan bimbingan perawat dan peneliti selama proses perawatan untuk mencapai tingkat kesehatan yang optimal.

5.2.2 Bagi intitursi perdidikan

Sebagai lembaga yang memfokuskan pada pembelajaran ilmu keperawatan khususnya keperawatan anak dengan *dengue haemorrhagic fever garde 2*, diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi dasar bagi penelitian dimasa mendatang yang berhubungan dengan masalah risiko perdarahan, hipovolemia dan hipertermia.

5.2.3 Bagi pernerliti serlanjutnya

Diharapkan peneliti selanjutnya dapat mengelola waktu dengan efisien dan memberikan perawatan yang optimal kepada klien serta melaksanakan kegiatan penelitian dengan berfokus pada diagnosa keperawatan yang beragam seperti defisit nutrisi, ketidakefektifan perfusi jaringan dan intoleransi aktivitas.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, N. (2023). Tanda dan Gejala Demam Berdarah Dengue. *Retrieved from* https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/10/tanda-dan-gejala-demam-berdarah-dengue.
- Ambara, P., & Didith. (2023). *Asesmen Pendidikan Anak Usia Dini. Jurnal Ilmiah Pendidikan Agama Islam*, 10(2).
- Budiono, Pertami. (2024). *Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta : Bumi Medika*
- Brunner ,dan suddarth.(2023). *Keperawatan medical bedah, edisi 12. Jakarta :EGC*
- Chen, H., Xu, H., Yenti Sumarni, Siaha Widodo, A., Pujayanti, D. A., Ishatono, I., Raharjo, S. T., Aristi, N. M., & Pratama, A. R. (2024). M 2 -1,2-. *Al Intaj: Jurnal Ekonomi Dan Perbankan Syariah*, 6(2), 159. <http://jurnal.umt.ac.id/index.php/nyimak>
- DinKes. (2023). *angka-kesakitan-penderita-deman-berdarah-dengue-dbd kabupaten-jombang-2018-s*
- Farid Ma'ruf, A. R. (2020). Pencegahan Demam Berdarah Pada Masyarakat Dusun Mongkrong Gunung Kidul.
- H, N. (2023). *Buku Ajar Keperawatan Anak. May 2020, 293–296.*
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). *Situasi DBD di Indonesia.*
- Muhammad, N. (2023). *Ada 35 Ribu Kasus Demam Berdarah sampai Mei 2023, Mayoritas di Jawa Barat. Retrieved from* <https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2023/06/19/ada-35-ribu-kasus-demam-berdarah-sampai-mei-2023-mayoritas-di-jawa-barat>.
- Musyayyadah, E. (2023). *Asuhan Keperawatan Kekurangan Volume Cairan Pada Klien Dengan Dhf (Dengue Hemorrhagic Fever) Di Ruang Az-Zahra Rumah Sakit Islam Jemursari Surabaya. Jurnal Keperawatan. Retrieved from* http://digilib.unusa.ac.id/data_pustaka-12314.html
- Ningrum, D. (2023). *Kajian Pengobatan Dengue Haemorigic Fever (DHF) di Rumah Sakit Pendidikan Universitas Mataram*, 4(1), 1–6.
- Rizki, T. (2022). *Karya tulis ilmiah asuhan keperawatan pada klien anak dengan dengue hemorrhagic fever (dhf) yang di rawat di rumah sakit.*
- Salim, M. F., Syairaji, M., Wahyuli, K. T., & Muslim, N. N. A. (2023). *Pengembangan Sistem Informasi Surveilans Demam Berdarah Dengue Berbasis Mobile sebagai Sistem Peringatan Dini Outbreak di Kota*

- Yogyakarta. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 6(2), 99.
<https://doi.org/10.22146/jkesvo.61245>
- Saudi, L., Mutiara Rahmah, S., & Komara Putri, G. (2023). Asuhan keperawatan pada an. Z dan an. S dengan Demam Berdarah Dengue grade I di ruang Amarylis RSUD Khidmat Sehat Afiat Kota Depok. *Indonesian Journal of Nursing Scientific*, 3(2), 22–30.
<https://doi.org/10.58467/ijons.v3i2.110>
- Septiani, S. (2023). Proses Keperawatan Pada Area Keperawatan Gawat
- Setyadevi, S. N., & Rokhaidah, R. (2022). Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Dengue Hemorrhagic Fever (Dhf): Sebuah Study Kasus. *Jurnal Keperawatan Widy Gantari Indonesia*, 4(2), 67.
<https://doi.org/10.52020/jkwgi.v4i2.1825>
- Siregar, R. S. (2022). Implementasi keperawatan sebagai wujud dari perencanaan keperawatan guna meningkatkan status kesehatan klien.
- Soedarto. (2023). Demam berdarah dengue: *Dengue haemorrhagic fever*. Retrieved from <https://inlislite.uin-suska.ac.id/opac/detail-opac?id=3124>
- Suriadi, R. Y. (2023). Buku pegangan praktik klinik : Asuhan keperawatan pada anak. (N. S. Haryanto, Ed.). Retrieved from <https://library.unismuh.ac.id/opac/detail-opac?id=8747>
- Suwarsa, O. (2023). Terapi Cairan dan Elektrolit pada Keadaan Gawat Darurat Penyakit Kulit (Fluids and Electrolyte Therapy in Emergency Skin Diseases). *Periodical of Dermatology and Venereology*, 30(2), 162–170.
- Tamara, J. (2020). Faktor-faktor yang mempengaruhi kelengkapan dokumentasi keperawatan.
- Tampubolon, T. R. (2023). Pentingnya Pendokumentasian Askep Beserta Kesalahan –Kesalahan Yang Sering Terjadi Dalam Pendokumentasian Askep. Retrieved from <https://osf.io/ytdnh>
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2019. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Edisi 1. Cetakan II. Jakarta : Dewan Pengurus Pusat PPNI
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2019. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Edisi 1. Cetakan III. Jakarta : Dewan Pengurus Pusat PPNI
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2019. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Edisi 1. Cetakan III. Jakarta : Dewan Pengurus Pusat PPNI

WHO. (2019). Dengue and severe dengue. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>

WHO. (2022). *Humantech* jurnal ilmiah multi disiplin indonesia, 1(8), 1077-1082.



Asuhan keperawatan pada klien dengan Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) Di Ruang Mawar Kuning RSUD RT. NOTOPURO SIDOARJO

ORIGINALITY REPORT

12%	11%	1%	3%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	repository.itskesicme.ac.id Internet Source	7%
2	repository2.unw.ac.id Internet Source	1%
3	repository.universitalirsyad.ac.id Internet Source	1%
4	repo.stikesicme-jbg.ac.id Internet Source	1%
5	repository.poltekkes-kaltim.ac.id Internet Source	<1%
6	text-id.123dok.com Internet Source	<1%
7	Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Tengah Student Paper	<1%
8	Submitted to Konsorsium PTS Indonesia - Small Campus II Student Paper	<1%
9	Submitted to Exeed College Student Paper	<1%
10	Submitted to LL DIKTI IX Turnitin Consortium Part III Student Paper	<1%

11	Submitted to Ateneo de Manila University Student Paper	<1 %
12	Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Student Paper	<1 %
13	Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Timur Student Paper	<1 %
14	pdfcoffee.com Internet Source	<1 %
15	123dok.com Internet Source	<1 %
16	bajangjournal.com Internet Source	<1 %
17	core.ac.uk Internet Source	<1 %
18	Submitted to Sultan Agung Islamic University Student Paper	<1 %

Exclude quotes On

Exclude matches Off

Exclude bibliography On