

## KARYA TULIS ILMIAH

### ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA Tn. S KHUSUSNYA PADA An. M DENGAN DEMAM HEMORAGIC FEVER (DHF) DI DESA AMBOKEMBANG KECAMATAN KEDUNGWUNI KABUPATEN PEKALONGAN



Diajukan Guna Memenuhi Persyaratan Menyelesaikan Program Studi Diploma III  
Keperawatan STIKES Muhammadiyah Pekajangan - Pekalongan

Disusun oleh :

Ady Nur Asikin

NIM. 13.1637.P

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
STIKES MUHAMMADIYAH PEKAJANGAN  
PEKALONGAN  
2016**

## **LEMBAR PERSETUJUAN**

Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Keluarga Pada An.M dengan Demam Hemoragic Fever (DHF) di Desa Ambokebang Kecamatan Kedungwuni Kabupaten Pekalongan” yang disusun Ady Nur Asikin telah disetujui dan diperiksa oleh dosen pembimbing Karya Tulis Ilmiah untuk dipertahankan didepan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah.

Pekalongan, 24 Juni 2016

Pembimbing

Herni Rejeki, M.Kep.,Ns. Sp.Kep.Kom

NIK. 96.001.016

**LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS**

**Karya Tulis Ilmiah adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber yang  
dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar**

Pekalongan, 24 Juni 2016

Yang Membuat Pernyataan

Ady Nur Asikin

NIM: 13.1637.P

## LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Keperawatan Keluarga Tn. S khususnya An. M dengan Demam Hemoragic Fever (DHF) di Desa Ambokembang Kecamatan Kedungwuni Kabupaten Pekalongan” yang disusun Ady Nur Asikin telah disetujui dan diperiksa oleh dosen pembimbing Karya Tulis Ilmiah untuk dipertahankan didepan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah.

Pekalongan, 26 Juli 2016

Dewan Penguji

Penguji I

Penguji II

Sigit Prasojo, S.KM..M.Kep  
NIK.90.001.007

Herni Rejeki, M.Kep.,Sp.Kep.Kom  
NIK.96.001.016

Mengetahui,  
Ketua Prodi DIII Keperawatan  
Stikes Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan

Herni Rejeki, M.Kep.,Sp.Kep.Kom  
NIK.96.001.016

## **KATA PENGANTAR**

Assalamu'alaikum Wr.Wb

Alhamdulillah penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan segala rahmat, nikmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Keluarga khusunya pada An. M dengan Demam Hemoragic Fever (DHF) di Desa Ambokembang Kecamatan Kedungwuni Kabupaten Pekalongan”.

Terselesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan ini tidak lepas dari bantuan dan bimbingan dari semua pihak. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Mokhamad Arifin, S.Kep, M.Kep, Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.
2. Herni Rejeki, M.Kep.,Ns. Sp.Kep.Kom Ketua Prodi DIII Keperawatan STIKes Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan dan selaku dosen pembimbing yang telah memberikan bimbingan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
3. Keluarga tercinta yang senantiasa memberikan doa dan dukungan moril serta materil sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari semua pihak sehingga hasil dari penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pembaca pada khususnya dan masyarakat pada umumnya.

Wassalamu'alaikumWr.Wb

Pekalongan, 24 Juni2016

Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
DAFTAR ISI .....	vi
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	2
C. Manfaat.....	3
<b>BAB II KONSEP DASAR .....</b>	<b>4</b>
A. Tinjauan Medis .....	4
1. Pengertian .....	4
2. Etiologi.....	4
3. Penularan.....	5
4. Patofisiologi .....	5
5. Gambaran klinis .....	6
6. Penatalaksanaan.....	7
7. Komplikasi .....	9
B. Konsep Keperawatan Keluarga .....	10
1. Pengertian .....	10
2. Tipe keluarga.....	10
3. Tahap dan tugas perkembangan keluarga .....	12
4. Fungsi keluarga .....	17
5. Struktur keluarga .....	18
6. Tahapan keluarga sejahtera.....	18
7. Keluarga sebagai suatu system.....	20
8. Peran keluarga .....	21
C. Asuhan KeperawatanKeluarga .....	22

1.	Pengkajian keperawatan .....	22
2.	Diagnose keperawatan keluarga.....	23
3.	Rencana keperawatan keluarga .....	24
4.	Tindakan keperawatan keluarga.....	24
5.	Evaluasi.....	25
<b>BAB III</b>	<b>RESUME KASUS .....</b>	<b>22</b>
A.	Pengkajian.....	26
B.	Analisa dan Diagnosa keperawatan.....	28
C.	Prioritas diagnose .....	29
D.	Intervensi .....	32
E.	Implementasi.....	34
F.	Evaluasi .....	35
<b>BAB IV</b>	<b>PEMBAHASAN .....</b>	<b>37</b>
A.	Pengkajian.....	37
B.	Diagnose keperawatan.....	38
C.	Intervensi .....	40
D.	Implementasi.....	41
E.	Evaluasi .....	42
<b>BAB V</b>	<b>PENUTUP .....</b>	<b>45</b>
A.	Kesimpulan .....	45
B.	Saran .....	46
	<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>48</b>
	<b>LAMPIRAN</b>	

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang Masalah**

Demam berdarah dengue (DBD) merupakan penyakit infeksi oleh virus dengue yang masih menjadi masalah kesehatan masyarakat dan perhatian internasional. DBD pertama kali terjadi di dunia pada tahun 1780-an yang terjadi serentak di Asia, Afrika, dan Amerika Utara(Widyanto & Triwibowo, 2013).

*WHO* memperkirakan jumlah yang beresiko terkena infeksi DBD lebih dari 2,5 milyar orang terutama penduduk yang tinggal di daerah tropis dan subtropis dengan perkiraan 500.000 orang memerlukan rawat inap setiap tahunnya dan 90% dari penderitanya adalah anak-anak yang berusia kurang dari 15 tahun. Asia menempati urutan pertama dalam jumlah penderita demam dengue tiap tahun(*WHO*, 2011).

Tahun 2014, tercatat penderita DBD di 34 provinsi di Indonesia sebanyak 71.668 orang, dan 641 diantaranya meninggal dunia. Angka tersebut lebih rendah dibandingkan tahun sebelumnya, yakni tahun 2013 dengan jumlah penderita sebanyak 112.511 orang dan jumlah kasus meninggal sebanyak 871 penderita (Kemenkes RI, 2015)

Penyakit DBD merupakan permasalahan serius di provinsi Jawa Tengah, terbukti 35 kabupaten/kota sudah pernah terjangkit DBD. Angka kesakitan DBD di provinsi Jawa Tengah pada tahun 2012 sebesar 19,29/100.000 penduduk, meningkat bila dibandingkan dengan tahun 2011 15,27/100.000 penduduk dan masih masih dalam target nasional yaitu <20/100.000 penduduk (Buku Profil Kesehatan Jawa Tengah, 2012).

Tahun 2014 kasus DBD di Kabupaten Pekalongan mencapai 179 penderita dengan angka kematian 5 kasus,pada tahun 2015 total kasus 199 penderita dengan 5 diantaranya meninggal dunia dan pada tahun 2016 sampai dengan bulan Mei total kasus 182 penderita dengan angka kematian 2 kasus (Dinkes Kabupaten Pekalongan 2016).

Tahun 2015 kasus DBD di wilayah kerja puskesmas kedungwuni 2 mencapai 11 penderita dengan tidak ada angka kematian dan tahun 2016 sampai dengan bulan mei mencapai 11 penderita dengan 1 kasus kematian (Dinkes Kabupaten Pekalongan 2016).Berdasarkan data di atas penulis tertarik untuk membuat Karya Tulis Ilmiah yang berjudul Asuhan Keperawatan Keluarga pada An. M dengan Demam Berdarah Dengue di Desa Ambokembang Kecamatan Kedungwuni Kabupaten Pekalongan.

## **B. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Memberikan informasi tentang asuhan keperawatan keluarga dengan Demam Hemoragic Fever di Desa Ambokembang.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Teridentifikasinya masalah keluarga dengan Demam Hemoragic Feverdi Desa Ambokembang**
- b. Ditegakkannya diagnose keperawatan keluarga dengan Demam Hemoragic Feverdi Desa Ambokembang.**
- c. Tersusunnya rencana keperawatan keluarga keluarga dengan Demam Hemoragic Fever di Desa Ambokembang**
- d. Terlaksananya tindakan keperawatan keluarga keluarga dengan Demam Hemoragic Feverdi Desa Ambokembang.**
- e. Terlaksananya evaluasi keperawatan keluarga keluarga dengan Demam Hemoragic Feverdi Desa Ambokembang.**

### **C. Manfaat**

#### **1. Bagi ilmu pengetahuan**

Diharapkan dapat digunakan sebagai bahan pembelajaran dalam asuhan keperawatan kasus demam berdarah dengue

#### **2. Bagi penulis**

Diharapkan menambah pengetahuan, pemahaman, dan pengalaman bagi penulis tentang asuhan keperawatan kasus demam berdarah dengue.

#### **3. Bagi pendidikan**

a. Bagi institusi kesehatan agar dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan pada umumnya dan meningkatkan mutu pelayanan pada klien demam berdarah dengue sehingga dapat mengurangi komplikasi.

b. Bagi institusi pendidikan agar dapat mencetak generasi perawat yang profesional.

## **BAB II**

### **KONSEP DASAR**

#### **A. Tinjauan Medis**

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

Demam berdarah dengue/DBD adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus dengue dengan manifestasi klinis demam, nyeri otot/nyeri sendi yang disertai lekopenia, ruam, *limfadenopati*, *trombositopenia* dan diatesis hemoragik (Sudoyo, 2007, hal 1709). Demam berdarah dengue (DBD) merupakan penyakit infeksi akut yang disebabkan oleh virus dengue dan ditularkan melalui vektor nyamuk *Aedes Aegypti* dan *Aedes Albopictus* (Widyanto & Triwibowo, 2013, hal 94-95). Demam berdarah dengue adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh virus dengue (arbovirus) yang masuk kedalam tubuh melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti* (Suriadi & Yuliani, 2006, hal 57).

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

Demam berdarah dengue disebabkan oleh virus dengue, yang termasuk dalam genus *Flavivirus*, keluarga *Flaviviridae*. *Flavivirus* merupakan virus dengan diameter 30 nm terdiri dari asam ribonukleat rantai tunggal dengan berat molekul  $4 \times 10^6$ . Terdapat 4 serotype virus yaitu DEN-1, DEN-2, DEN-3, DEN-4 yang semuanya dapat menyebabkan demam dengue atau demam berdarah dengue. Keempat serotype ditemukan di Indonesia dengan DEN-3 merupakan serotype terbanyak (Sudoyo dkk, 2007, hal 1709).

### **3. Penularan**

Virus dengue yang termasuk grup B arthropod borne virus (arbovirus) ditularkan ke manusia melalui gigitan nyamuk aides aigepty atau juga nyamuk aedes albocpictus namun bukan vektor utama. Sekali terinfeksi albovirus, selama hidupnya nyamuk akan terinfeksi dan dapat terus menularkan virus tersebut ke manusia. Nyamuk betina yang terinfeksi juga dapat menularkan virus ke generasi berikutnya dengan cara transofarial. Virus dengue bersirkulasi dalam tubuh manusia selama 2–7 hari hari atau selama terjadi demam. Selama 4-7 hari virus dengue di tubuh penderita dalam keadaan viremia dan pada masa itulah penularan terjadi. Sehingga apabila pada masa itu penderita digigit nyamuk, maka virus dengue juga terhisap oleh nyamuk. Virus tersebut akan masuk ke lambung nyamuk kemudian berkembang biak dan akan berpindah ke kelenjar ludah nyamuk. Proses tersebut terjadi selama 8-10 hari sebelum virus dengue ditularkan kembali ke manusia melalui gigitan nyamuk yang terinfeksi.

### **4. Patofisiologi**

Virus dengue akan masuk kedalam tubuh melalui gigitan nyamuk aedes aegypti dan kemudian akan bereaksi dengan antibodi dan terbentuklah kompleks virus antibodi, dalam sirkulasi akan mengaktifasi sistem komplement. Akibat aktivasi C3 dan C5 akan dilepas C3a dan C5a, dua peptida yang berdaya untuk melepaskan histamin dan merupakan mediator kuat sebagai faktor meningginya permeabilitas dinding pembuluh darah dan menghilangkan plasma melalui endotel dinding itu.

Terjadinya trombositopenia, menurunnya trombosit dan menurunnya faktor koagulasi (protrombin, faktor V, VII, IX, X dan fibrinogen) merupakan faktor penyebab terjadinya perdarahan hebat, terutama perdarahan saluran gastrointestinal pada DHF.

Yang menentukan beratnya penyakit adalah meningginya permeabilitas dinding pembuluh darah, menurunnya volume plasma, terjadinya hipotensi, trombositopenia dan diatesis hemoragik. Nilai hematokrit meningkat bersamaan dengan hilangnya plasma melalui endotel dinding pembuluh darah. Dan dengan hilangnya plasma klien mengalami hypovolemik. Apabila tidak diatasi bisa terjadi anoreksia jaringan, asidosis metabolik dan kematian (Suriadi & Yuliani, 2006, hal 57).

## 5. Gambaran Klinis

Pasien penyakit DBD pada umumnya disertai dengan tanda tanda demam selama 2-7 hari tanpa sebab yang jelas, manifestasi perdarahan dengan tes Rumpel Leede (+), mulai dari petekie (+) sampai perdarahan spontan seperti mimisan, muntah darah, atau berak darah, hasil pemeriksaan trombosit menurun (normal 150.000-300.000  $\mu$ L), hematokrit meningkat (normal pria <45, wanita < 40), akral dingin, gelisah, tidak sadar (Widoyono, 2005, hal 63).

Adapun keparahan penyakit DBD dapat dibagi menjadi 4 tingkatan yaitu :

Derajat I (ringan) : apabila demam mendadak terjadi selama 2-7 hari disertai gejala klinis lain dengan manifestasi perdarahan paling ringan yaitu uji torniquet (rumple leed) menunjukan hasil yang positif.

Derajat II (sedang) : apabila terjadi gejala yang lebih berat dari derajat I disertai manifestasi klinis perdarahan kulit, epistaksis, perdarahan gusi, hematemesis atau melena. Terjadi pula gangguan sirkulasi darah perifer ringan berupa kulit dingin dan lembab, ujung jari dan hidung dingin.

Derajat III (berat) : apabila terjadi perdarahan perifer ditandai dengan nadi cepat dan lemah serta penyempitan tekanan nadi atau hipotensi, kulit dingin, lembab dan gelisah.

Derajat IV (berat sekali) : apabila terjadi syok berat dengan tensi yang tidak terukur dan andi tidak dapat teraba (Widyanto & Triwibowo, 2013, hal 95).

## 6. Penatalaksanaan

### a. Penatalaksanaan Medis

#### 1) Penatalaksanaan pasien DBD derajat I

Pada pasien derajat I ini keadaan umumnya seperti pada pasien influenza biasa dengan gejala demam, lesu, sakit kepala, dan sebagainya, tetapi terdapat juga gejala perdarahan atas hasil uji torniquet positif. Pasien perlu istirahat mutlak, observasi tanda vital setiap 3 jam (terutama tekanan darah dan nadi), periksa Ht, Hb dan trombosit secara periodik (4 jam sekali). Berikan air minum 1 – 2 liter dalam 24 jam. Catatlah hasil pemeriksaan Ht, Hb dan trombosit secara teratur dan adakan penilaian apakah terjadi kenaikan yang melebihi normal atau tidak.

#### 2) Penatalaksanaan pasien DBD derajat II

Umumnya pasien dengan DBD derajat II, ketika datang sudah dalam keadaan lemah, malas minum (gejala klinis derajat I ditambah adanya perdarahan spontan) dan tidak jarang setelah dalam perawatan baru beberapa saat pasien jatuh kedalam keadaan renjatan. Oleh karena itu, lebih baik jika pasien segera dipasang infus sebab jika sudah terjadi renjatan vena-vena sudah menjadi kolaps sehingga susah untuk memasang infus. Pengawasan tanda vital, pemeriksaan hematokrit dan hemoglobin serta trombosit seperti derajat I, dan harus diperhatikan gejal – gejala

renjatan seperti nadi menjadi mengecil dan cepat, tekanan darah menurun, anuria atau mengeluh sakit perut sekali dan lain sebagainya. Jika hal-hal tersebut terjadi segera hubungi dokter. Pada pasien ini selain diberi infus juga diberi minum serta makan sebanyak yang ia mau.

3) Penatalaksanaan pasien DBD derajat III dan IV (DSS)

Pasien DSS adalah pasien gawat maka jika tidak mendapatkan penanganan yang cepat dan tepat akan menjadi fatal sehingga memerlukan perawatan yang intensif. Masalah utama adalah akibat kebocoran plasma pada pasien. DSS ini mencapai puncaknya dengan ditemuinya tubuh pasien sembab, aliran darah sangat lambat karena menjadi kental sehingga mempengaruhi curah jantung. Pertolongan utama adalah mengganti plasma yang keluar dengan memberikan cairan dan elektrolit (RL). Akibat terjadinya kebocoran plasma pada paru terjadi engumpulan cairan didalam rongga pluera dan menyebabkan pasien dispnea; untuk meringankan pasien dibaringkan semi Fowler dan diberikan O<sub>2</sub>. Penilaian tanda vital dan infus masih diteruska sampai 24-48 jam setelah syok teratasi, pemeriksaan Ht, Hb dan trombosit masih perlu dilakukan (Ngastiyah, 2005, hal 372-374).

b. Penatalaksanaan Non Medis

1) Pencegahan

- a) Pengasapan/fogging berguna untuk mengurangi kemungkinan penularan sampai batas waktu tertentu.
- b) Memberikan bubuk abate pada tempat-tempat penampungan air.
- c) Melaksanakan 3M + (menutup, menguras, mengubur). Selain itu juga melakukan beberapa plus seperti

memelihara ikan pemakan jentik, menggunakan kelambu pada waktu tidur, memasang obat nyamuk, memriksa jentik berkala dan disesuaikan dengan kondisi setempat.

## 2) Pendidikan kesehatan

Pendidikan kesehatan pada dasarnya untuk meningkatkan derajat kesehatan; menurunkan ketergantungan; dan memberikan kesempatan pada individu, keluarga, kelompok, dan komunitas untuk mengaktualisasikan dirinya dalam mempertahankan keadaan sehat yang optimal. Tujuan pendidikan kesehatan adalah meningkatkan perilaku sehat individu maupun masyarakat, pengetahuan yang relevan dengan intervensi dan strategi pemeliharaan derajat kesehatan, pencegahan penyakit, serta mengelola (memberikan perawatan) di rumah (Nursalam& Efendi, 2012 hal 193-194).

## 7. Komplikasi

Penyakit dengue dapat berkembang biak menjadi berat jika terjadi komplikasi-komplikasi berupa enselopati, kerusakan hati, kerusakan otak, kejang-kejang dan syok (Soedarto, 2012, hal 6)

## **B. Konsep KeperawatanKeluarga**

### **1. Pengertian**

Keluarga adalah perkumpulan dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan atau adopsi, dan tiap tiap anggota keluarga selalu berinteraksi satu sama lain (Mubarak dkk, 2011, hal 67).

### **2. Tipe Keluarga**

Menurut Mubarak (2011 hal 70-71) keluarga dibagi beberapa tipe yaitu:

- a. *Traditional nuclear* adalah keluarga inti yang terdiri atas ayah, ibu, dan anak yang tinggal dalam satu rumah ditetapkan oleh sanksi sanksi legal dalam suatu ikatan perkawinan, satu/keduanya dapat bekerja diluar rumah.
- b. *Extended family* adalah keluarga inti ditambah dengan sanak saudara, misalnya nenek, kakek, keponakan, saudara sepupu, paman, bibi dan sebagainya.
- c. *Reconstituted nuclear* adalah pembentukan baru dari keluarga inti melalui perkawinan kembali suami/istri, tinggal dalam pembentukan satu rumah dengan anak anaknya, baik itu bawaan dari perkawinan lama maupun hasil dari perkawinan yang baru.
- d. *Middle Age/Aging Couple* adalah suami sebagai pencari uang, istri dirumah/keduanya bekerja di rumah, anak anak sudah meninggalkan rumah karena sekolah/perkawinan/meniti karier.

- e. *Dyadic Nuclear* adalah suami istri yang sudah berumur dan tidak mempunyai anak, keduanya/salah satunya bekerja diluar rumah.
- f. *Single Parent* adalah satu orang tua sebagai akibat perceraian/kematian pasangannya dan anak anaknya dapat tinggal dirumah/di luar rumah.
- g. *Dual Varrrier* adalah suami istri berkarir dan tanpa anak.
- h. *Commuter Married* adalah suami istri orang karir dan tinggal terpisah pada jarak tertentu, keduanya saling mencari pada waktu waktu tertentu.
- i. *Single Adult* adalah wanita atau pria dewasa yang tinggal sendiri dengan tidak adanya keinginan untuk menikah.
- j. *Three Generation* adalah tiga generasi atau lebih tinggal dalam satu rumah.
- k. *Institutional* adalah anak anak atau orang dewasa tinggal dalam suatu panti panti.
- l. *Comunal* adalah satu rumah terdiri atas dua/lebih pasangan yang monogami dengan anak anaknya dan bersama sama dalam penyediaan fasilitas.
- m. *Group Marriage* adalah satu perumahan terdiri atas orang tua dan keturunannya di dalam satu kesatuan keluarga dan tiap individu adalah menikah dengan yang lain dan semua adalah orang tua dari anak anak.
- n. *Unmaried parent and Child* adalah ibu dan anak dimana perkawinan tidak dikehendaki, anaknya diadopsi.
- o. *Cohibing couple* adalah dua orang/satu pasangan yang tinggal bersama tanpa pernikahan.

### **3. Tahap dan tugas perkembangan keluarga**

Briikut adalah tahap tahap perkembangan keluarga menurut (Mubarak dkk, 2011, hal 86-92) disertai dengan tugas pada setiap perkembangannya.

- a. Tahap I pasangan baru atau keluarga baru (*beginning family*)

Keluarga baru dimulai pada saat masing masing individu, yaitu sumai dan istri membentuk keluarga melalui perkawinan yang sah dan meninggalkan keluarga masing masing, secara psikologis keluarga tersebut memiliki keluarga baru.

Tugas perkembangan pada keluarga ini antara lain :

- 1) Membina hubungan intim dan kepuasan bersama
- 2) Menetapkan tujuan bersama.
- 3) Membina hubungan dengan keluarga lain
- 4) Merencanakan anak
- 5) Menyesuaikan diri dengan kehamilan dan mempersiapkan diri untuk kehamilan.

- b. Tahap II keluarga dengan kehamilan anak pertama (*child bearing family*)

Kelahiran bayi pertama memberi perubahan yang besar dalam keluarga, sehingga pasangan harus beradaptasi dengan perannya untuk memenuhi kebutuhan bayi.

Tugas perkembangan pada tahap ini antara lain :

- 1) Persiapan menjadi orang tua.
- 2) Membagi peran dan tanggung jawab.

- 3) Menata ruang untuk anak atau mengembangkan suasana rumah yang menyenangkan.
- 4) Mempersiapkan biaya bayi.
- 5) Memfasilitasi role learning anggota keluarga.
- 6) Bertanggung jawab memenuhi kebutuhan bayi sampai balita.
- 7) Mengadakan kegiatan keagamaan.

c. Tahap III keluarga dengan anak prasekolah (*families with preschool*)

Tahap ini dimulai saat kelahiran anak berusia 2,5 tahun berakhir saat usia 5 tahun.

Tugas perkembangan pada keluarga ini antara lain :

- 1) Memenuhi kebutuhan anggota keluarga.
- 2) Membantu anak untuk bersosialisasi.
- 3) Bearadaptasi dengan anak yang baru lahir, sementara kebutuhan anak yang lain juga harus terpenuhi.
- 4) Mempertahankan keluarga yang sehat.
- 5) Pembagian waktu untuk pasangan dan anak.
- 6) Pembagian tanggung jawab anggota keluarga.
- 7) Kegiatan dan waktu untuk stimulasi tumbuh dan kembang anak.

d. Tahap IV keluarga dengan anak usia sekolah (*families with school children*)

Tahap ini dimulai pada saat anak yang tertuamemasuki sekolah pada usia 6 tahun dan berakhir pada usia 12 tahun.

Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah :

- 1) Memberikan perhatian tentang kegiatan sosial anak, pendidikan, dan semangat belajar.
- 2) Tetap mempertahankan hubungan yang harmonis dalam perkawinan.
- 3) Mendorong anak untuk mencapai pengembangan daya intelektual.
- 4) Menyediakan aktivitas untuk anak.
- 5) Menyesuaikan pada aktivitas komunitas dengan mengikutsertakan anak.

e. Tahap V keluarga dengan anak remaja (*families with teenagers*)

Tahap ini dimulai pada saat anak pertama berusia 13 tahun dan biasanya berakhir sampai pada usia 19-20 tahun, pada saat anak meninggalkan rumah orang tuanya.

Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah :

- 1) Memberikan kebebasan yang seimbang dengan tanggung jawab meningat remaja yang sudah bertambah dewasa dan meningkat otonominya.

- 2) Mempertahankan hubungan yang intim dengan keluarga.
- 3) Mempertahankan komunikasi terbuka antar anak dan orang tua, hindari perdebatan, kecurigaan, dan permusuhan.
- 4) Perubahan sistem peran dan peraturan untuk tumbuh kembang keluarga.

- f. Tahap VI keluarga dengan anak dewasa atau pelepasan (*launching center families*)

Tahap ini dimulai pada saat anak terakhir meninggalkan rumah. Lamanya tahap ini bergantung pada jumlah anak dalam keluarga atau jika anak yang belum berkeluarga dan tetap tinggal bersama orang tua.

Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini antara lain :

- 1) Meperluas keluarga inti menjadi keluarga besar.
- 2) Mempertahankan keintiman pasangan.
- 3) Membantu orang tua yang sedang memasuki masa tua.
- 4) Mempersiapkan anak untuk hidup mandiri dan menerima kepergian anaknya.
- 5) Menata kembali fasilitas dan sumber yang ada pada keluarga.
- 6) Berperan suami istri, kakek, dan nenek.
- 7) Menciptakan lingkungan rumah yang dapat menjadi contoh bagi anak-anaknya.

g. Tahap VII keluarga usia pertengahan (*middle age families*)

Tahapan ini dimulai pada saat anak yang terakhir meninggalkan rumah dan berakhir saat pensiun atau salah satu pasangan meninggal.

Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini antara lain :

- 1) Mempertahankan kesehatan.
- 2) Mempunyai lebih banyak waktu dan kebebasan dalam arti mengolah minat sosial dan waktu santai.
- 3) Memulihkan hubungan antara generasi muda dan generasi tua.
- 4) Keakraban dengan pasangan.
- 5) Memelihara hubungan/kontak dengan anak dan keluarga.
- 6) Persiapan masa tua atau pensiun dan meningkatkan keakraban pasangan.

h. Tahap VII keluarga usia lanjut

Tahap terakhir perkembangan keluarga dimulai pada saat salah satu pasangan pensiun, berlanjut sampai salah satu pasangan meninggal, sampai keduanya meninggal.

Tugas perkembangan pada tahap ini antara lain :

- 1) Mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan.
- 2) Adaptasi dengan perubahan kehilangan pasangan, teman, kekuatan fisik, dan pendapatan.

- 3) Mempertahankan keakraban suami istri dan saling merawat.
- 4) Mempertahankan hubungan dengan anak dan sosial masyarakat.
- 5) Menerima kematian pasangan, kawan, dan mempersiapkan kematian.

#### **4. Fungsi keluarga**

Fungsi keluarga menurut (Mubarak dkk, 2011, hal 76) adalah sebagai berikut :

- a. Fungsi biologis, yaitu fungsi meneruskan keturunan, memelihara dan membesarkan anak, serta memenuhi kebutuhan gizi keluarga.
- b. Fungsi psikologis, yaitu memberikan kasih sayang dan rasa aman bagi keluarga, memberikan perhatian, memberikan kedewasaan kepribadian anggota keluarga, serta memberikan identitas pada keluarga.
- c. Fungsi sosialisasi, yaitu membina sosialisasi pada anak, membentuk norma norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan masing masing, dan meneruskan nilai nilai budaya.
- d. Fungsi ekonomi, yaitu mencari sumber sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan saat ini dan menabung untuk keluarga dimasa yang akan datang.
- e. Fungsi pendidikan, yaitu menyekolahkan anak untuk memberikan pengetahuan, ketrampilan, memberikan perilaku anak sesuai dengan bakat dan minat yang dimilikinya, mempersiapkan anak untuk kehidupan dewasa yang akan datang dalam memenuhi peranannya sebagai orang dewasa, serta mendidik anak sesuai dengan tingkat perkembangannya.

## **5. Struktur keluarga**

Struktur keluarga oleh Fredman dikuti dari (Mubarak dkk, 2011, hal 69-70) digambarkan sebagai berikut:

a. Struktur komunikasi

Komunikasi dalam keluarga dikatakan berfungsi apabila dilakukan secara jujur, terbuka, melibatkan emosi, konflik selesai, dan ada hierarki kekuatan.

b. Struktur peran

Struktur peran adalah serangkain perilaku yang diharapkan sesuai dengan posisi sosial yang diberikan.

c. Struktur kekuatan

Struktur kekuatan adalah kemampuan dari individu untuk mengontrol, mempengaruhi, atau mengubah perilaku orang lain.

d. Struktur niali dan norma

Nilai adalah sistem ide ide, sikap kenyakinan yang mengikat anggota keluarga dalam budaya tertentu.

Sedangkan norma adalah pola perilaku yang diterima pada lingkungan sosial tertentu, lingkungan keluarga, dan lingkungan masyarakat sekitar keluarga.

## **6. Tahapan keluarga sejahtera**

Tahapan dari keluarga sejahtera menurut (Mubarak dkk, 2011, hal 80-82) adalah sebagai berikut :

a. Keluarga prasejahtera

Keluarga prasejahtera adalah keluarga yang belum dapat memenuhi kebutuhan dasarnya secara minimal yaitu kebutuhan pengajaran agama, pangan, sandang, papan, dan kesehatan, atau keluarga yang

belum dapat memenuhi salah satu atau lebih indikator keluarga sejahtera tahap I.

b. Keluarga sejahtera tahap I

Keluarga sejahtera tahap I adalah keluarga yang telah dapat memenuhi kebutuhan dasarnya secara minimal, tetapi belum dapat memenuhi kebutuhan psikologisnya, kebutuhan psikologis keluarga meliputi : kebutuhan pendidikan, keluarga bencana, interaksi dalam keluarga, interaksi dengan lingkungan sekitar, dan transportasi.

c. Keluarga sejahtera tahap II

Keluarga sejahtera tahap II adalah keluarga yang disamping telah memenuhi kebutuhan dasarnya secara minimal serta telah dapat memenuhi kebutuhan psikologinya, tetapi belum dapat memenuhi kebutuhan pengembangannya, seperti kebutuhan untuk menabung dan memperoleh informasi.

d. Keluarga sejahtera tahap III

Keluarga sejahtera tahap III adalah keluarga yang telah dapat memenuhi seluruh kebutuhan dasarnya, sosial psikologis, dan pengembangan keluarganya, tetapi belum dapat memberikan sumbangannya maksimal terhadap masyarakat yang teratur dalam bentuk material, keuangan untuk sosial kemasyarakatan, dan belum berperan aktif dalam kegiatan kemasyarakatan.

e. Keluarga sejahtera tahap III plus

Keluarga sejahtera tahap III plus adalah keluarga yang telah memenuhi seluruh kebutuhan dasar, sosial psikologis, dan pengembangannya telah

terpenuhi, serta memiliki kepedulian sosial yang tinggi pada masyarakat (mubarak dkk, 2011, hal 80-82)

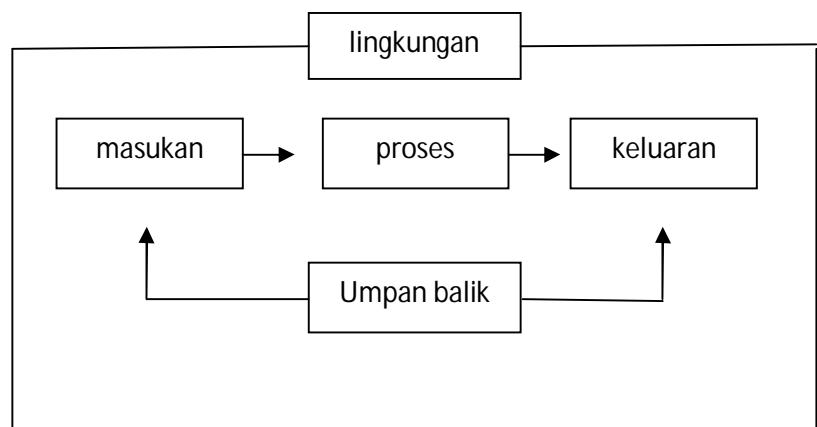
## 7. Keluarga sebagai suatu sistem

Sistem adalah kumpulan dari beberapa bagian fungsional yang saling berhubungan dan bergantung satu dengan yang lain dalam waktu tertentu untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Alasan keluarga disebut sistem menurut (Mubarak dkk, 2011, hal 82-83) adalah sebagai berikut :

- a. Keluarga mempunyai subsistem, yaitu terdapat anggota, fungsi, peran, aturan, budaya, dan lainnya yang dipelajari dan dipertahankan dalam kehidupan keluarga.
- b. Terdapat saling berhubungan dan ketergantungan antar subsistem.
- c. Merupakan unit (bagian) terkecil dari masyarakat yang dapat mempengaruhi supra sistem.

Seperti pada umumnya suatu sistem, keluarga juga mempunyai komponen-komponen sistem.



Gambar diatas dapat diuraikan sebagai berikut :

- 1) Masukan (*input*) terdiri atas: anggota keluarga, struktur keluarga, fungsi keluarga, aturan dari lingkungan (masyarakat) sekitar (luas), budaya, agama dan sebagainya.
- 2) Proses (*throughput*) merupakan proses yang terjadi dalam melaksanakan fungsi keluarga.
- 3) Keluaran (*output*) adalah hasil dari proses yang berbentuk perilaku keluarga yang terdiri atas perilaku sosial, perilaku kesehatan, perilaku keagamaan, perilaku sebagai warga negara, dan lain lain.
- 4) Umpang balik (*feedback*) adalah pengontrol dalam masukan dan proses yang berasal dari perilaku keluarga yang ditampakan pada lingkungan/masyarakat di sekitarnya.

## 8. Peran Keluarga

Keluarga membagi peran secara merata kepada para anggotanya, seperti cara masyarakat membagi peran – perannya menurut pentingnya pelaksanaan peran bagi berfungsinya suatu sistem. Menurut Mubarak (2011, hal 72-73) peran keluarga adalah sebagai berikut:

- a. Peran sebagai *provider* atau penyedia.
- b. Sebagai pengatur rumah tangga.
- c. Perawatan anak, baik yang sakit maupun yang sehat.
- d. Sosialisasi anak.
- e. Rekreasi.
- f. Persaudaraan (*kinship*), memelihara hubungan keluarga paternal dan maternal.

- g. Peran teraupetik (memenuhi kebutuhan afektif dari pasangan).
- h. Peran seksual.

### **C. Asuhan keperawatan keluarga**

Asuhan keperawatan keluarga menurut (Mubarak, dkk, 2011, hal 95-110) adalah sebagai berikut :

#### **1. Pengkajian keperawatan**

Pengkajian adalah tahapan seorang perawat mengumpulkan informasi secara terus menerus terhadap anggota keluarga yang dibinanya.

Data data yang perlu dikaji adalah sebagai berikut :

- a. Data umum
  - 1) Nama kepala keluarga, umur, alamat, pekerjaan dan pendidikan, jenis kelamin, hubungan, dan genogram.
  - 2) Tipe keluarga, menjelaskan jenis tipe keluarga beserta kendala atau masalah yang terjadi dengan jenis tipe keluarga tersebut.
  - 3) Suku bangsa atau latar belakang budaya, mengkaji asal suku bangsa keluarga tersebut.
  - 4) Agama.
  - 5) Status sosial ekonomi keluarga.
  - 6) Aktivitas rekreasi keluarga dan waktu luang.
- b. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga
  - Tahap perkembangan keluarga adalah pengkajian keluarga berdasarkan tahap kehidupan keluarga.
- c. Pengkajian lingkungan
  - 1) Karakteristik rumah
  - 2) Karakteristik lingkungan dan komunitas tempat tinggal

- d. Struktur keluarga
  - 1) Pola pola komunikasi keluarga
  - 2) Struktur kekuatan keluarga
  - 3) Struktur peran
  - 4) Struktur nilai dan norma keluarga
- e. Fungsi keluarga
  - 1) Fungsi afektif
  - 2) Fungsi sosialisasi
  - 3) Fungsi perawatan kesehatan
  - 4) Fungsi reproduksi
  - 5) Fungsi ekonomi
- f. Stres dan coping keluarga
  - 1) Stresor jangka pendek
  - 2) Stresor jangka panjang
  - 3) Kemampuan keluarga berespons terhadap stresor
  - 4) Strategi coping yang digunakan
  - 5) Strategi adaptasi fungsional
- g. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan pada semua anggota keluarga.
- h. Harapan keluarga

Pada akhir pengkajian, perawat menanyakan harapan keluarga terhadap petugas kesehatan yang ada.

## **2. Diagnosis keperawatan keluarga**

Diagnosis keperawatan adalah keputusan klinis mengenai individu, keluarga, atau masyarakat yang diperoleh melalui suatu proses pengumpulan data dan analisis data secara cermat, memberikan dasar untuk menetapkan tindakan

tindakan dimana perawat bertanggung jawab untuk melaksanakannya. diagnosis keperawataan keluarga diaanalisis dari hasil pengkajian terhadap masalah dalam tahap perkembangan keluarga, lingkungan keluarga, struktur keluarga, fungsi keluarga, koping keluarga, baik yang bersifat aktual, resiko, maupun sejahtera dimana perawat memiliki kewenangan dan tanggung jawab untuk melakukan tindakan keperawatan bersama sama dengan keluarga berdasarkan kemampuan, dan sumber daya keluarga. Komponen diagnosis keperawatan meliputi problem, etiologi, dan sign atau tanda yang selanjutnya dikenal dengan PES.

### **3. Rencana keperawatan keluarga**

Rencana keperawatan keluarga adalah kumpulan tindakan yang direncanakan oleh perawat untuk dilaksanakan dalam menyelesaikan atau mengatasi masalah kesehatan/masalah keperawatan yang telah diidentifikasi.

### **4. Tindakan keperawatan keluarga**

Tindakan keperawatan keluarga mencakup hal hal dibawah ini :

- a. Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan.
- b. Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat.
- c. Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit.
- d. Membantu keluarga untuk menemukan cara membuat lingkungan menjadi sehat.

- e. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan.

## **5. Evaluasi**

Langkah langkah dalam mengevaluasi pelayanan keperawatan yang diberikan kepada indivu maupun keluarga adalah sebagai berikut :

- a. Tentukan garis besar masalah kesehatan yang dihadapi dan bagaimana keluarga mengatasi masalah tersebut.
- b. Tentukan bagaimana rumusan tujuan perawatan yang akan dicapai.
- c. Tentukan kriteria dan standar untuk evaluasi.
- d. Tentukan metode atau teknik evaluasi yang sesuai.
- e. Bandingkan keadaan yang nyata dengan kriteria standar untuk evaluasi.
- f. Identifikasi penyebab.
- g. Perbaiki tujuan berikutnya

## **BAB III**

### **RESUME KASUS**

Bab ini penulis membahas tentang Asuhan keperawatan DHF pada keluarga Tn.S khususnya An.M di desa Ambokembang Kecamatan Kedungwuni Kabupaten Pekalongan.

#### **A. Pengkajian**

Penulis melakukan pengkajian pada tanggal 14 maret 2016 pukul 10.00 WIB di rumah keluarga Tn. S dikelurahan Ambokembang kecamatan kedungwuni. Dari hasil wawancara diperoleh data identitas klien yaitu nama An. M, usia10 tahun, alamat desa ambokembang kecamatan kedungwuni pendidikan terakhir klien Sekolah Dasar, klien beragama islam, klien adalah seorang pelajar. Dirumah klien tinggal bersama Bapaknya yaitu Tn. S yang berumur 44 tahun yang merupakan buruh dan ibunya Ny. S berumur 30 tahun, dan An. C berumur 15 tahun. Klien belum menikah.

Tipe keluarga Tn.S adalah Keluarga Inti (*Nuclear Family*) karena terdiri dari seorang suami, istri, dan anak kandung yang tinggal dalam satu rumah. Klien dan semua anggota keluarganya beragama islam. Pendapatan keluarga Tn. S kira-kira Rp.1.500,000,- perbulan sebagai buruh, untuk biaya kebutuhan hidup dan anaknya yang bersekolah.

- a. Tahap perkembangan keluarga saat ini adalah : Keluarga Tn. S mempunyai 2 orang anak dan tinggal bersama Tn.S dalam satu rumah. Saat ini keluarga Tn. S berada pada tahap perkembangan keluarga tahap IV yaitu, keluarga dengan anak usia sekolah (mencakup kedua anaknya yang masih bersekolah). Tahap perkembangan keluarga Tn. S saat ini sudah terpenuhi, tidak ada perkembangan keluarga yang belum terpenuhi.
- b. Komunikasi sehari-hari An.M menggunakan bahasa jawa, jika didalam keluarga ada suatu masalah akan dimusyawarahkan.

Pengambilan keputusan ada ditangan Tn. S selaku kepala rumah tangga. Ny. S menjalankan peran sebagai ibu rumah tangga. Nilai-nilai yang dianut keluarga saling menghormati antar anggota keluarga yang satu dengan yang lain, menghormati yang lebih tua dan menyayangi yang lebih muda. Nilai yang ada di keluarga merupakan gambaran diri dar agama yang dianut, tidak terlihat adanya konflik dalam nilai.

c. Riwayat kesehatan keluarga inti saat ini didalam keluarga Tn. S dan Ny.S tidak ada riwayat penyakit menular lainnya. Anggota keluarga ada yang menderita penyakit yang lainnya yaitu An.M pernah menderita DBD. Apabila dalam keluarga Tn. S ada yang sakit langsung dibawa ke puskesmas. Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya tidak mempunyai riwayat penyakit keturunan dari keluarga Tn. S maupun Ny. S. Sistem pendukung keluarga yaitu pada waktu An.M sakit atau ada anggota keluarga yang sakit, pihak keluarga langsung membawanya ke Puskesmas.

Fungsi perawatan kesehatan : Keluarga belum mampu mengenal masalah perawatan keluarga yaitu, cara mengenali penyakit DBD dan belum mampu memutuskan perawatan yang akan diberikan kepada An.M. Keluarga sudah mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada didesanya. Saat ditanya Ny. S selaku ibu dari An.M belum tahu tentang apa itu penyakit DBD dan belum mengerti penyebab dan pengobatannya. Dari hasil pengkajian yang dilakukan pada tanggal 14 maret 2016 pukul 13.00 WIB pada An.M diperoleh data : Keluarga mengatakan An.M sedang demam, suhu 38,2 C, kulit teraba panas, keluarga selalu berharap agar An.M dan anggota keluarga lainnya tidak terkena DBD lagi dan keluarga berharap petugas kesehatan memberikan informasi tentang penyakit hipertensi dan cara pengobatan serta pencegahannya.

## **B. Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan**

Analisa Data :

Data Subjektif :

Keluarga Tn.S bertanya tanya tentang penyakit DBD

Keluarga mengatakan tidak tahu tentang pentingnya ventilasi terhadap kesehatan.

Keluarga mengatakan tidak tahu pencegahan DBD

Keluarga mengatakan An.M sedang demam

Data Objektif :

Kurang informasi tentang penyakit DBD

Jarang membuka ventilasi rumah

Banyak pakaian yang menggantung ditembok

Banyak kain berserakan didalam rumah

Ada genangan air dikamar mandi

Suhu 38,2 C

Kulit teraba panas

An.M menggigil

Dari hasil pengkajian yang dilakukan pada tanggal 12 maret 2016 dan analisa data yang ada didapatkan beberapa masalah keperawatan yang muncul pada keluarga Tn.S khususnya An.M yaitu sebagai berikut :

- 1) Defisiensi pengetahuan tentang penyakit DBD ditandai dengan keluarga Tn.S yang bertanya tanya tentang penyakit DBD, kurangnya informasi tentang penyakit DBD.
- 2) Hipertermi ditandai dengan keluarga mengatakan An.M sedang demam, suhu 38,2 c, kulit teraba panas dan An.M terlihat menggigil.
- 3) Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan ditandai dengan keluarga tidak mengetahui pencegahan DBD, ventilasi jarang dibuka, banyak pakaian bergantungan ditembok, membiarkan

kain yang berserakan dan banyak air menggenang di sekitar rumah.

### C. Prioritas Diagnosa Keperawatan Sesuai Skoring

#### 1. Defisiensi pengetahuan tentang penyakit DBD

No	Kriteria	Skore	Bobot	Skore	Pembenaran
1.	Sifat Masalah : - Aktual - Resiko - Potensial	3 2 1	1	3/3x1 = 1	Keluarga mengatakan An.M pernah menderita DBD Data Objektif : keluarga menanyakan tentang DBD
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah : Skala : - Mudah - Sebagian - Sulit		2	2/2x2 = 2	Keluarga kurang kooperatif dalam mendukung dalam proses penyembuhan klien
3.	Potensial masalah untuk dicegah : - Tinggi - Sedang - Rendah	3 2 1	1	1/3x1 = 1/3	Klien sudah dilakukan pengobatan klinik desa, keluarga belum bisa melakukan perawatan
4.	Menonjolnya masalah : - Masalah dirasakan dengan upaya - Masalah dirasakan dengan tanpa upaya	0 1	1	2/2x1 = 1	Keluarga tidak merasakan kesusahan karena klien masih bisa aktivitas

	- Masalah tidak dirasakan	2			
	Total			4 1/3	

## 2. Hipertermi

No	Kriteria	Skor e	Bobot	Skore	Pembenaran
1.	Sifat Masalah : - Aktual - Resiko - Potensial	3 2 1	1	3/3x1 = 1	An.M menggigil, suhu 38,2 C, kulit teraba panas
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah : Skala : - Mudah - Sebagian - Sulit		2	2/2x2 = 2	Pemberian kompres air hangat
3.	Potensial masalah untuk dicegah : - Tinggi - Sedang - Rendah	3 2 1	1	1/3x1 = 1/3	Keluarga belum mengetahui kompres air hangat

4.	Menonjolnya masalah : - Masalah dirasakan dengan upaya - Masalah dirasakan dengan tanpa upaya - Masalah tidak dirasakan	0 1 2	1	1/2x1 = 1/2	Keluarga mengetahui An.M demam tetapi tidak tahu upaya untuk menurunkan suhu
	Total			3 5/6	

### 3. Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan

No	Kriteria	Skore	Bobot	Skore	Pembenaran
1.	Sifat Masalah : - Aktual - Resiko - Potensial	3 2 1	1	2/3x1 = 2/3	Kasur hanya dijemur sewaktu waktu, banyak kain berserakan
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah : Skala : - Mudah - Sebagian - Sulit		2	2/2x2 = 2	Pemberian penjelasan yang tepat tentang pentingnya sanitasi lingkungan dan pencegahan DBD
3.	Potensial masalah untuk dicegah : - Tinggi - Sedang - Rendah	3 2 1	1	1/3x1 = 1/3	Menjelaskan pada keluarga agar tidak membiarkan ventilasi tertutup dan kain yang berserakan

4.	Menonjolnya masalah :				
	- Masalah dirasakan dengan upaya	0		1	1/2x1 = 1/2
	- Masalah dirasakan dengan tanpa upaya	1			
	- Masalah tidak dirasakan	2			
	Total			3 5/6	

#### D. Intervensi

##### 1. Defisiensi pengetahuan tentang penyakit DBD

**Tujuan Umum :** setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keluarga mengetahui tentang penyakit DBD.

**Tujuan Khusus :**

Klien dan keluarga mampu mengenal masalah DBD

Keluarga mampu mengambil keputusan

Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit

Keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang aman

Keluarga mampu melakukan pelayanan kesehatan

**Intervensi Keperawatan**

Bina hubungan saling percaya

Pilih metode dan strategi penyuluhan yang benar

Beri waktu pada keluarga untuk mengajukan pertanyaan

Memberikan penjelasan dan pendidikan kesehatan kepada keluarga tentang penyakit DBD

Dokumentasikan materi yang dipresentasikan

Ikutsertakan keluarga atau orang terdekat

## 2. Hipertermi

**Tujuan Umum :** Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan panas An.M menurun.

**Tujuan Khusus :**

Suhu dalam batas normal

Klien tidak menggigil

Kulit tidak panas

**Intervensi keperawatan**

Pantau tanda tanda vital

Terapi demam

Regulasi suhu

Ajarkan pasien/keluarga dalam mengukur suhu.

## 3. Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan

**Tujuan Umum :** Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keluarga mampu mengubah perilaku menjadi lebih sehat dan mengetahui pencegahan DBD.

**Tujuan Khusus :**

Keluarga tidak banyak menggantung pakaian ditembok

Keluarga tidak membiarkan kain berserakan di dalam rumah

Keluarga mampu menerapkan pemahaman tentang pencegahan DBD.

Keluarga mampu melatih cara pencegahan DBD

**Intervensi Keperawatan**

Jelaskan tentang system penawaran kesehatan, bagaimana cara kerjanya dan apa yang diharapkan pasien atau keluarga

Informasikan kepada keluarga resiko yang timbul dari perilaku tersebut

Berikan penjelasan dan mempraktikkan pada keluarga tentang cara dan manfaat sanitasi rumah.

## **E. Implementasi Keperawatan**

1. Defisiensi pengetahuan tentang penyakit DBD.

### **Implementasi**

Tanggal 16 Maret 2016 membina hubungan saling percaya dengan klien dan keluarga, memilih metode dan strategi penyuluhan yang benar, memberikan waktu pada keluarga untuk mengajukan pertanyaan, memberikan penjelasan dan pendidikan kesehatan kepada keluarga tentang penyakit DBD, mendokumentasikan materi yang dipresentasikan. Tanggal 17 Maret 2016 mengevaluasi pendidikan kesehatan keluarga pada keluarga Tn.S khususnya An.M tentang penyakit DBD. Tanggal 19 Maret 2016 penulis melakukan implementasi memberikan pendidikan kesehatan ulang tentang penyakit DBD.

2. Hipertermi

### **Implementasi**

Tanggal 16 Maret 2016 memantau tanda tanda vital, melakukan terapi demam dengan cara kompres air hangat, mengajarkan pasien/keluarga dalam mengukur suhu dan mengajarkan keluarga melakukan kompres hangat. Tanggal 17 Maret 2016 penulis melakukan kunjungan pada klien untuk mengetahui kondisi klien

3. Perilaku kesehatan cenderung beresiko.

### **Implementasi**

Tanggal 16 Maret 2016 menjelaskan tentang system penawaran kesehatan, bagaimana cara kerjanya dan apa yang diharapkan pasien atau keluarga , menginformasikan kepada keluarga resiko yang timbul dari perilaku tersebut, memberikan penjelasan dan mempraktikan pada keluarga tentang cara dan manfaat sanitasi rumah. Tanggal 18 Maret 2016 melakukan kunjungan dan evaluasi tentang implementasi yang telah diberikan.

## **F. Evaluasi**

### **1. Defisiensi pengetahuan tentang penyakit DBD**

Evaluasi pada tanggal 16 maret 2016 pada diagnose defisiensi pengetahuan tentang penyakit DBD yaitu **S**: keluarga bertanya tanya tentang penyakit DBD, **O**: keluarga tampak bingung, **A**: masalah belum teratasi karena keluarga lupa ingat tentang pendidikan kesehatan yang sudah diberikan, **P**: Lanjutkan intervensi. Rencana tindak lanjut dari masalah ini adalah memberikan pendidikan kesehatan ulang tentang penyakit DBD kepada keluarga Tn.S khususnya An.M. Tanggal 17 Maret 2016 **S**: keluarga sedikit mengetahui tentang penyakit DBD, **O**: keluarga mampu menyebutkan pengertian dan tanda gejala, **A**: masalah belum teratasi karena keluarga lupa ingat tentang pendidikan kesehatan yang sudah diberikan, **P**: Lanjutkan intervensi. Rencana tindak lanjut dari masalah ini adalah memberikan pendidikan kesehatan ulang tentang penyakit DBD kepada keluarga Tn.S khususnya An.M. Tanggal 19 Maret 2016 **S**: keluarga mengetahui tentang penyakit DBD, **O**: keluarga mampu menyebutkan pengertian, penyebab, tanda gejala dan pencegahan penyakit DBD, **A**: masalah, **P**: pertahankan kondisi. Rencana tindak lanjut dari masalah ini adalah motivasi keluarga khususnya An.M untuk mengingat/memahami tentang penyakit DBD.

### **2. Hipertermi**

Evaluasi pada tanggal 16 maret 2016 pada diagnose hipertermi yaitu **S**: keluarga mengatakan An.M sedang demam, **O**: suhu 38,2 c, kulit teraba panas, An.M menggigil, **A**: masalah belum teratasi karena setelah dilakukan kompres suhu belum berada dalam batas normal, **P**: lanjutkan intervensi. Rencana tindak lanjut dari masalah ini adalah melakukan kompres air hangat dan pantau suhu. Tanggal 17 maret 2016 pada diagnose hipertermi yaitu **S**: keluarga mengatakan keadaan An.M membaik, **O**: suhu 36,5 C, **A**: masalah

teratasi, **P**: pertahankan kondisi. Rencana tindak lanjut dari masalah ini adalah motivasi An.M untuk banyak minum air putih, memotivasi keluarga untuk kompres air hangat jika An.M panas lagi.

### 3. Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan

Evaluasi pada tanggal 16 maret 2016 pada diagnose ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan yaitu **S**: keluarga mengatakan belum mengetahui cara pencegahan DBD, **O**: ada kain berserakan di dalam rumah, pakaian bergantungan ditembok, ventilasi jarang dibuka, **A**: masalah belum teratasi karena keluarga belum megetahui pencegahan DBD, **P**: lajutkan intervensi. Rencana tindak lanjut dari masalah ini adalah motivasi keluarga untuk selalu menjaga kebersihan lingkungan sehingga akan menunjang peningkatan kesehatan keluarga Tn.S khususnya An.M, memberikan pendidikan kesehatan tentang pencegahan DBD. Tanggal 18 maret 2016 pada diagnose ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan yaitu **S**: keluarga mengatakan sudah mengetahui cara pencegahan DBD, **O**: tidak ada kain berserakan di dalam rumah, pakaian tertata rapi di lemari, ventilasi sering dibuka, **A**: masalah teratasi, **P**: pertahankan kondisi. Rencana tindak lanjut dari masalah ini adalah pantau kebersihan dan kerapihan rumah, motivasi keluarga untuk selalu menjaga kebersihan lingkungan sehingga akan menunjang peningkatan kesehatan keluarga Tn.S khususnya An.M.

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Penulis akan membahas tentang asuhan keperawatan pada keluarga Tn.S khususnya An.M di Desa Ambokebang yang telah diberikan selama 6 hari mulai tanggal 14 Maret 2016 sampai tanggal 19 Maret 2016. Dimana sebelumnya sudah dilakukan pengkajian pada tanggal 14Maret 2016. Pada kasus ini, penulis akan membahas mengenai hasil pengkajian sampai evaluasi.

#### **A. Pengkajian**

Pengkajian dimasukan untuk mendapatkan data yang dilakukan secara terus menerus terhadap anggota keluarga yang dibina. Selama aspek pengumpulan data penulis menggunakan metode:

- a. Wawancara atau anamnesa yaitu menanyakan atau tanya jawab sebagai bentuk komunikasi yang direncanakan berkaitan dengan masalah yang dihadapi.
- b. Pengamatan atau observasi yaitu dengan mengamati perilaku dan keadaan untuk memperoleh data berkaitan dengan masalah kesehatan dan keperawatan.
- c. Pemeriksaan fisik adalah data untuk memperoleh data secara fisik (Setiadi 2008, h.46).

Metode pengumpulan data yang penulis gunakan saat melakukan pengkajian pada tanggal 14 Maret 2016 sudah sesuai dengan teori, yaitu menggunakan metode wawancara, pengamatan atau observasi dan pemeriksaan fisik. Namun dalam melakukan pemeriksaan fisik dan mengkaji perkembangan keluhan pada setiap pertemuan, penulis hanya melakukan pada An.M, kendalanya yaitu pada saat penulis melakukan kunjungan rumah untuk melakukan pemeriksaan hanya ada Ny.S dan An.M, sedangkan Tn.S susah untuk ditemui karena sibuk bekerja.

Hasil pengkajian pada keluarga Tn.S yaitu An.M mengatakan pernah menderita penyakit DBD sudah 3 hari yang lalu. Keluarga Tn.S belum mengetahui tentang penyakit DBD, dan pencegahan DBD .

## **B. Diagnosa Keperawatan**

Sesuai dalam tinjauan teori diatas diagnose keperawatan Demam Hemoragic Fever dalam NANDA Nic-Noc muncul 8 diagnosa yaitu:

1) ketidakefektifan pola nafas; 2) hipertermi; 3) nyeri akut; 4) kekurangan volume cairan; 5) resiko syok; 6) ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh ; 7) resiko perdrahan; 8) ketidakefektifan perfisi jaringan perifer; tetapi sesuai dengan data yang diperoleh saat dilakukan pengkajian pada tanggal 14 Maret 2016, penulis memunculkan 3 diagnosa keperawatan yaitu : 1) defisiensi pengetahuan; 2) hipertermi; 3) perilaku kesehatan cenderung beresiko;

Diagnose keperawatan yang muncul pada keluarga Tn.S khususnya An.M dengan DBD yang disusun sesuai prioritas keperawatan, yaitu sebagai berikut:

### **1. Defisiensi pengetahuan tentang penyakit DBD**

Defisiensi pengetahuan adalah ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topic tertentu (NANDA 2012-2014, h. 362). Hasil pengkajian didapatkan data keluarga bertanya tanya tentang penyakit DBD, kurangnya informasi tentang penyakit DBD.

Etiologi dari diagnose defisiensi pengetahuan yaitukeluarga Tn.S yang bertanya tanya tentang penyakit DBD, kurangnya informasi tentang penyakit DBD. Prioritas masalah dijadikan sebagai prioritas pertama sesuai hasil skorsing yaitu 4 1/3

### **2. Hipertermi**

Hipertermi adalah peningkatan suhu tubuh di atas rentang normal (NANDA 2012-2014, h. 593). Hasil pengkajian didapatkan data keluarga mengatakan An.M sedang demam, suhu 38,2 c, kulit teraba panas dan An.M terlihat menggigil.

Etiologi dari hipertermiyaitu keluarga mengatakan An.M sedang demam, suhu 38,2 c, kulit teraba panas dan An.M terlihat menggigil. Prioritas masalah dijadikan sebagai prioritas kedua sesuai hasil skorsing yaitu 3 5/6

### 3. Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan

Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan adalah ketidakmampuan untuk mengidentifikasi, mengelola, atau mencari bantuan untuk memelihara kesehatan (Nanda, 2012-2014 h. 233).Hasil pengkajian pada keluarga tidak mengetahui pencegahan DBD, ventilasi jarang dibuka, banyak pakaian bergantungan ditembok, membiarkan kain yang berserakan dan banyak air menggenang di sekitar rumah.

Etiologi dari diagnose perilaku kesehatan cenderung beresiko yaitu keluarga tidak mengetahui pencegahan DBD, ventilasi jarang dibuka, banyak pakaian bergantungan ditembok, membiarkan kain yang berserakan dan banyak air menggenang di sekitar rumah. Prioritas masalah dijadikan sebagai prioritas ketiga sesuai hasil skorsing yaitu 3 5/6

Sedangkan diagnose yang tidak muncul yaitu :

1. ketidakefektifan pola nafas
2. nyeri akut
3. kekurangan volume cairan
4. resiko syok
5. ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
6. resiko perdrahan
7. ketidakefektifan perfisi jaringan perifer

Diagnosa diatas tidak dimunculkan karena saat pengkajian tidak ada data yang menunjang untuk menegakan diagnose tersebut.

## C. Intervensi

Tahap selanjutnya setelah memutuskan diagnose keperawatan adalah melakukan perencanaan. Intervensi yang sudah disusun penulis dengan diagnose keperawatan yaitu:

### 1. Defisiensi pengetahuan

Sesuai dengan (NIC-NOC hal 447) intervensi untuk diagonosa defisiensi pengetahuan yaitu: Bina hubungan saling percaya, ciptakan lingkungan yang kondusif, pilih metode dan strategi penyuluhan yang benar, beri waktu pada keluarga untuk mengajukan pertanyaan, memberikan penjelasan dan pendidikan kesehatan kepada keluarga tentang penyakit DBD, dokumentasikan materi yang dipresentasikan, Iksutsertakan keluarga atau orang terdekat. Tetapi penulis tidak mencantumkan intervensi ciptakan lingkungan yang kondusif karena lingkungan rumah Tn.S sudah kondusif sehingga penulis tidak merencanakan untuk mengkondusifkan lingkungan.

### 2. Hipertermi

Sesuai dengan (NIC-NOC hal 392) intervensi untuk diagonosa hipertermi yaitu: Pantau tanda tanda vital, terapi demam, kewaspadaan hipertermia maligna, regulasi suhu, ajarkan pasien/keluarga dalam mengukur suhu. Tetapi penulis tidak mencantumkan intervensi kewaspadaan hipertermia maligna karena intervensi ini untuk pencegahan atau penurunan respons hipermetabolik terhadap obat-obat farmakologis yang dilakukan selama pembedahan sehingga menurut penulis intervensi kurang tepat untuk di rencanakan dalam asuhan keperawatan keluarga.

### 3. Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan

Sesuai dengan (NIC-NOC hal 363) intervensi untuk diagonosa ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan yaitu : jelaskan tentang system penawaran kesehatan, bagaimana cara kerjanya dan apa

yang diharapkan pasien atau keluarga , informasikan kepada keluarga resiko yang timbul dari perilaku tersebut, berikan penjelasan dan mempraktikan pada keluarga tentang cara dan manfaat sanitasi rumah, informasikan kepada keluarga tentang sumber komunitas di lingkungan sekitar. Tetapi penulis tidak mencantumkan intervensi informasikan kepada keluarga tentang sumber komunitas di lingkungan sekitar karena tidak adanya sumber komunitas di lingkungan sekitar.

#### **D. Implementasi**

##### **1. Defisiensi pengetahuan**

Pada diagnose ini implementasi yang dilakukan penulis pada tanggal 16 Maret 2016 yaitu membina hubungan saling percaya dengan klien dan keluarga, memilih metode dan strategi penyuluhan yang benar, memberikan waktu pada keluarga untuk mengajukan pertanyaan, memberikan penjelasan dan pendidikan kesehatan kepada keluarga tentang penyakit DBD, mendokumentasikan materi yang dipresentasikan. Tanggal 17 Maret 2016 mengevaluasi pendidikan kesehatan keluarga pada keluarga Tn.S khususnya An.M tentang penyakit DBD. Tanggal 19 Maret 2016 penulis melakukan implementasi memberikan pendidikan kesehatan ulang tentang penyakit DBD agar keluarga lebih mengetahui tentang penyakit DBD. Hambatan dalam mengimplementasikan intervensi yang sudah ada yaitu mengikutsertakan keluarga atau orang terdekat dikarenakan Tn.S selaku kepala rumah tangga jarang dirumah.

##### **2. Hipertensi**

Pada diagnose ini implementasi yang dilakukan penulis pada tanggal 16 Maret 2016 yaitu memantau tanda tanda vital, melakukan terapi demam dengan cara kompres air hangat, regulasi suhu, mengajarkan pasien/keluarga dalam mengukur suhu dan

mengajarkan keluarga melakukan kompres hangat. Tanggal 17 Maret 2016 penulis melakukan kunjungan pada klien untuk mengetahui kondisi klien dan keadaan klien membaik, suhu 36,5 C. Hambatan dalam mengimplementasikan intervensi yang sudah ada yaitu regulasi tubuh/mempertahankan suhu dalam batas normal karena keterbatasan waktu sehingga penulis tidak dapat mempertahankan suhu dalam batas normal.

### 3. Ketidakefektifan pemeliharaan rumah

Pada diagnose ini implementasi yang dilakukan penulis pada tanggal 16 Maret 2016 yaitu menjelaskan tentang system penawaran kesehatan, bagaimana cara kerjanya dan apa yang diharapkan pasien atau keluarga , menginformasikan kepada keluarga resiko yang timbul dari perilaku tersebut, memberikan penjelasan dan mempraktikan pada keluarga tentang cara dan manfaat sanitasi rumah. Tanggal 18 Maret 2016 melakukan kunjungan dan evaluasi tentang implementasi yang telah diberikan. Hambatan dalam mengimplementasikan intervensi yang sudah ada yaitu , menginformasikan kepada keluarga resiko yang timbul dari perilaku tersebut karena meskipun penulis sudah menginformasikan/memberi penjelasan masih ada kain yang berserakan di dalam rumah.

## E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan kegiatan yang dilakukan untuk menilai keberhasilan rencana tindakan yang telah dilaksanakan. Apabila tidak atau belum berhasil perlu disusun rencana baru yang sesuai. Semua tindakan keperawatan mungkin tidak dapat dilaksanakan dalam satu kali kunjungan rumah ke keluarga. Untuk itu dapat dilaksanakan secara bertahap sesuai waktu dan kesediaan keluarga yang telah disepakati keluarga. Evaluasi yang digunakan yaitu evaluasi berjalan (formatif) yaitu evaluasi yang dikerjakan dalam bentuk pengisian

catatan perkembangan berprioritas pada masalah yang dialami klien. Format yang digunakan dalam evaluasi formatif adalah SOAP. Evaluasi yang penulis gunakan sudah sesuai dengan teori yaitu menggunakan evaluasi formatif dengan menggunakan format SOAP. Hasil evaluasi adalah sebagai berikut:

1. Defisiensi pengetahuan tentang penyakit DBD

Evaluasi pada tanggal 16 maret 2016 pada diagnose defisiensi pengetahuan tentang penyakit DBD yaitu **S**: keluarga bertanya tanya tentang penyakit DBD, **O**: keluarga tampak bingung, **A**: masalah belum teratasi karena keluarga lupa ingat tentang pendidikan kesehatan yang sudah diberikan, **P**: Lanjutkan intervensi. Rencana tindak lanjut dari masalah ini adalah memberikan pendidikan kesehatan ulang tentang penyakit DBD kepada keluarga Tn.S khususnya An.M. Tanggal 17 Maret 2016 **S**: keluarga sedikit mengetahui tentang penyakit DBD, **O**: keluarga mampu menyebutkan pengertian dan tanda gejala, **A**: masalah belum teratasi karena keluarga lupa ingat tentang pendidikan kesehatan yang sudah diberikan, **P**: Lanjutkan intervensi. Rencana tindak lanjut dari masalah ini adalah memberikan pendidikan kesehatan ulang tentang penyakit DBD kepada keluarga Tn.S khususnya An.M. Tanggal 19 Maret 2016 **S**: keluarga mengetahui tentang penyakit DBD, **O**: keluarga mampu menyebutkan pengertian, penyebab, tanda gejala dan pencegahan penyakit DBD, **A**: masalah, **P**: pertahankan kondisi. Rencana tindak lanjut dari masalah ini adalah motivasi keluarga khususnya An.M untuk mengingat/memahami tentang penyakit DBD.

2. Hipertermi

Evaluasi pada tanggal 16 maret 2016 pada diagnose hipertermi yaitu **S**: keluarga mengatakan An.M sedang demam, **O**: suhu 38,2 c, kulit teraba panas, An.M menggigil, **A**: masalah belum teratasi karena setelah dilakukan kompres suhu belum berada dalam batas

normal, **P**: lanjutkan intervensi. Rencana tindak lanjut dari masalah ini adalah melakukan kompres air hangat dan pantau suhu. Tanggal 17 maret 2016 pada diagnose hipertermi yaitu **S**: keluarga mengatakan keadaan An.M membaik, **O**: suhu 36,5 C, **A**: masalah teratas, **P**: pertahankan kondisi. Rencana tindak lanjut dari masalah ini adalah motivasi An.M untuk banyak minum air putih, memotivasi keluarga untuk kompres air hangat jika An.M panas lagi.

### 3. Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan

Evaluasi pada tanggal 16 maret 2016 pada diagnose ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan yaitu **S**: keluarga mengatakan belum mengetahui cara pencegahan DBD, **O**: ada kain berserakan di dalam rumah, pakaian bergantungan ditembok, ventilasi jarang dibuka, **A**: masalah belum teratas karena keluarga belum mengetahui pencegahan DBD, **P**: lanjutkan intervensi. Rencana tindak lanjut dari masalah ini adalah motivasi keluarga untuk selalu menjaga kebersihan lingkungan sehingga akan menunjang peningkatan kesehatan keluarga Tn.S khususnya An.M, memberikan pendidikan kesehatan tentang pencegahan DBD. Tanggal 18 maret 2016 pada diagnose ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan yaitu **S**: keluarga mengatakan sudah mengetahui cara pencegahan DBD, **O**: tidak ada kain berserakan di dalam rumah, pakaian tertata rapi di lemari, ventilasi sering dibuka, **A**: masalah teratas, **P**: pertahankan kondisi. Rencana tindak lanjut dari masalah ini adalah pantau kebersihan dan kerapihan rumah, motivasi keluarga untuk selalu menjaga kebersihan lingkungan sehingga akan menunjang peningkatan kesehatan keluarga Tn.S khususnya An.M.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada keluarga Tn.S serta hasil pembahasan kasus BAB terdahulu, maka dapat diambil kesimpulan dan saran sebagai berikut :

#### **A. Kesimpulan**

##### **1. Pengkajian**

Penulis melakukan pengkajian sudah sesuai dengan teori yaitu dengan menggunakan metode wawancara, pengamatan atau observasi dan pemeriksaan fisik. Pengkajian dilakukan pada tanggal 14 Maret 2016. hasil pengkajian pada keluarga Tn.S yaitu An.M mengatakan pernah menderita penyakit DBD. Keluarga Tn.S belum mengetahui tentang penyakit DBD.

##### **2. Diagnose Keperawatan**

Diagnose yang muncul pada kasus ada 3 diagnosa yaitu defisiensi pengetahuan, hipertermi, ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan. Intervensi Keperawatan

Dari ketiga diagnosa diatas, penulis melakukan intervensi sebagai berikut. Diagnose pertama defisiensi pengetahuan: Bina hubungan saling percaya, ciptakan lingkungan yang kondusif, pilih metode dan strategi penyuluhan yang benar, beri waktu pada keluarga untuk mengajukan pertanyaan, memberikan penjelasan dan pendidikan kesehatan kepada keluarga tentang penyakit DBD, Ikutsertakan keluarga atau orang terdekat.

Diagnose kedua hipertermi: Pantau tanda tanda vital, terapi demam, regulasi suhu, ajarkan pasien/keluarga dalam mengukur suhu.

Diagnose ketiga ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan: Jelaskan tentang system penawaran kesehatan, bagaimana cara kerjanya dan apa yang diharapkan pasien atau keluarga, Informasikan kepada keluarga resiko yang timbul dari perilaku tersebut, berikan penjelasan dan mempraktik<sup>45</sup> a keluarga tentang cara dan manfaat sanitasi rumah.

### 3. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan terhadap keluarga sebagian besar penulis arahkan pada pendidikan kesehatan karena sebagian besar masalah yang dialami keluarga adalah kurangnya pengetahuan dari keluarga tentang penyakit DBD, sedangkan untuk mengubah sikap, penulis hanya bisa menganjurkan dan memotivasi untuk hidup sehat agar terhindar dari penyakit dengan selalu menjaga lingkungan rumah/rumah yang bersih.

### 4. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi yang penulis lakukan sudah sesuai dengan teori yaitu menggunakan evaluasi formatif dengan format SOAP.

## B. Saran

### 1. Bagi Keluarga

Kesehatan keluarga sangatlah penting untuk meningkatkan kesejahteraan keluarga dalam bidang kesehatan, oleh karena itu tingkatkan kesehatan anggota keluarga dengan penyakit DBD. Keluarga dapat meningkatkan kesehatan dengan memahami tentang penyakit DBD dan mampu merawat anggota keluarga yang menderita DBD, mengkondisikan lingkungan yang sehat, mengatur pola makan dan jenis makanan yang sehat serta memanfaatkan fasilitas-fasilitas kesehatan yang ada dengan berobat secara teratur dengan cara segera memeriksakan kepada pelayanan kesehatan apabila ada anggota keluarga yang sakit.

2. Bagi Mahasiswa Keperawatan

Diharapkan setelah membaca Karya Tulis Ilmiah ini mahasiswa dapat mengembangkan dan memperbarui hal-hal yang kurang dalam asuhan keperawatan yang dilakukan penulis.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai referensi perpustakaan yang dapat digunakan pembaca untuk menambah pengetahuan dan sebagai masukan untuk penelitian selanjutnya.

## DAFTAR PUSTAKA

*Buku Profil Kesehatan Jawa Tengah*, 2012, dilihat 23 Januari 2015  
<http://www.depkesjateng.go.id>

*Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan*, 2016. Data Kasus Penyakit Menular

Herdman, T, Heather.2012. *Nanda Internasional Diagnosis Keperawatan definisi dan klasifikasi*.EGC:Jakarta

*Kementrian Kesehatan Republik Indonesia*, 2015, dilihat 23 Januari 2016  
<http://www.depkes.go.id>

Mubbarak, Wahid Iqbal.2009. *Ilmu Keperawatan Komunitas Pengantar dan Teori*.Salemba Medika:Jakarta

Nagstiyah.2005.*Perawatan Anak Sakit*.EGC:Jakarta

Setiadi.2008. *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*.GrahaIlmu:Yogyakarta

Sudarto.2012.*Demam Berdarah Dengue*. CV SagungSeto:Jakarta

Sudoyo, dkk.2007.*Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*.Fakultas kedokteran Universitas Indonesia:Jakarta

Suriadi, Yuliani.2006.*Asuhan Keperawatan Pada Anak*.Penebar swadaya:Jakarta

Widyanto, Triwibowo.2013.*Trend Disease*.CV.Trans Info Media: Jakarta

Wilkinson, M judith.2013.*Buku Saku Diagnosis Keperawatan*.EGC:Jakarta