

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. N DENGAN DHF DI RUANG
FLAMBOYAN RSI PKU MUHAMMADIYAH PEKAJANGAN
KABUPATEN PEKALONGAN



Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat guna
memperoleh gelar ahli madya keperawatan

Oleh :

Tri Aji Kurniawan

NIM : 13.1705.P

STIKES MUHAMMADIYAH PEKAJANGAN PEKALONGAN
PRODI DIII KEPERAWATAN
TAHUN 2016

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan benar

Pekalongan, Juni 2016
Yang Membuat Pernyataan

Tri Aji Kurniawan
Nim: 13.1705.P

HALAMAN PERSETUJUAN

KTI yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada An.N dengan DHF di ruang Flamboyan RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Kabupaten Pekalongan” yang disusun oleh Tri Aji Kurniawan telah disetujui dan diperiksa oleh dosen pembimbing.

Pekalongan, Juni 2016

Pembimbing

Siti Rofiqoh, M.Kep., Ns.Sp.Kep.An.

NIK : 99.001.023

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah Dengan Judul “Asuhan Keperawatan pada An.N dengan DHF
di ruang Flamboyan RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan “
Kabupaten Pekalongan

Disusun Oleh:

Tri Aji Kurniawan

Nim: 13.1705.P

Telah dipertahankan di depan dewan penguji

Dewan Penguji

Penguji I

Penguji II

Aida Rusmariana, M.A.N

NIK : 92.001.010

Siti Rofiqoh, M.Kep., Ns.Sp.Kep.An.

NIK : 99.001.023

KTI ini telah diterima sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar

Diploma keperawatan. Pekajangan, Juni 2016

Ka. Prodi DIII Keperawatan

Stikes Muhammadiyah Pekajangan

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

NIK : 96.001.016

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr.Wb.

Puji syukur Kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan laporan kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada An.N dengan DHF Di Ruang Flamboyan RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Kabupaten Pekalongan”.

Adapun maksud dari penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, yaitu untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan program studi Diploma III Keperawatan di Stikes Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan. Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan, namun berkat bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak akhirnya karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik. Pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. M. Arifin, Skp. M.kep, selaku ketua STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.
2. Herni Rejeki, M.Kep., Ns.Sp.Kep.Kom, selaku ketua prodi studi DIII Keperawatan.
3. Direktur RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Kabupaten Pekalongan yang telah memberikan ijin kepada penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
4. Siti Rofiqoh, M.Kep., Ns.Sp.Kep.An, selaku pembimbing dan penguji Karya Tulis Ilmiah.
5. Aida Rusmariana, M.A.N, selaku penguji Karya Tulis Ilmiah.
6. Dosen dan seluruh staff di STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan
7. Kedua orang tua tercinta saya bapak Teguh Imam Santosa serta ibu Indah Kekasih yang senantiasa mencurahkan perhatian juga kasih sayangnya, semangat, dan do'a yang selalu menjadi inspirasi hidup saya.
8. Sahabat saya sekaligus teman satu kelompok seperjuangan Annisa Fitriana dan Prenggo Rafsanjani serta M. A'yun mizan najib yang selalu memberi semangat dan bantuan untuk saya dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.

9. Teman-teman Prodi DIII Keperawatan STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan 2013 yang selalu menghibur, membantu dan menyemangati juga memberi motivasi untuk saya.
10. Semua pihak yang telah memberikan kontribusi dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini, penulis telah berusaha semaksimal mungkin dengan segala kemampuan yang ada, namun penulis menyadari sepenuhnya karya tulis ilmiah ini masih jauh dari sempurna, untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari semua pihak. Semoga karya tulis ilmiah ini bermanfaat bagi para pembaca, khususnya bagi penulis.

Wassalamu'alaikum Wr.Wb

Pekalongan, Juni 2016

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	vii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan.....	3
C. Manfaat.....	4
BAB II KONSEP DASAR	
A. Definisi	5
B. Etiologi	5
C. Patofisiologi.....	6
D. Klasifikasi.....	6
E. Manifestasi Klinik.....	7
F. Komplikasi.....	7
G. Pemeriksaan Penunjang.....	7
H. Penatalaksanaan	8
I. Asuhan Keperawatan.....	8
BAB III RESUME KASUS	
A. Pengkajian	14
B. Diagnosa Keperawatan.....	15
C. Intervensi dan Implementasi keperawatan	15
D. Evaluasi	17
BAB IV PEMBAHASAN	
A. Diagnosa Keperawatan yang muncul.....	18
B. Diagnosa Keperawatan yang tidak muncul	22
C. Kekuatan dan Kelemahan.....	23

BAB V PENUTUP

A. Simpulan.....	24
B. Saran.....	25

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

1. Pathway DHF
2. Asuhan Keperawatan pada An.N dengan DHF di ruang Flamboyan
RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Kabupaten Pekalongan

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) atau Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan penyakit virus yang ditularkan oleh nyamuk yang terpenting di dunia yang biasanya ditemukan di daerah tropis termasuk Indonesia. Sekitar 2,5-3 milyar orang berasal dari 112 negara di kawasan tropis dan subtropis hidup dalam resiko tertular infeksi *dengue*. Setiap tahunnya sekitar 50-100 juta penderita *dengue* di seluruh dunia dengan jumlah angka kematian sekitar 22.000 jiwa terutama pada anak-anak. Sebanyak 500.000 penderita (DBD) setiap tahunnya harus dirawat di rumah sakit. Sebagian besar penderita adalah anak berumur lima tahun, dan 2.5% dari antara mereka meninggal dunia (Soedarto 2012, h. 9).

Dengue di Asia Tenggara menyebar ke negara-negara tropis dan subtropis dan sekelilingnya, Cina Selatan dan Taiwan Selatan, lalu menurun ke negara-negara kepulauan Malaysia, Filipina, Guinea Baru, Australia, dan beberapa pulau di Pasifik, antara lain Tahiti, Palau, Toga dan Cook Island. Penularan hiperendemis berlangsung di Vietnam, Thailand, Pakistan, India dan Indonesia. Di Asia Tenggara DBD pada saat ini merupakan penyebab utama rawat inap di rumah sakit dan penyebab kematian tertinggi pada anak-anak. Indonesia merupakan negara di Asia Tenggara yang paling banyak melaporkan penderita DBD pada anak dibawah 15 tahun (Soedarto 2012, h. 34).

Di daerah yang sangat endemik di negara Filipina, Thailand, Myanmar, Malaysia, Singapura, Indonesia, dan Vietnam, musim epidemik terjadi di saat musim hujan yang hampir setiap tahun terjadi. Banyaknya penderita sesuai dengan keadaan curah hujan yang hampir setiap tahun terjadi. Kejadian luar

biasa terjadi pada bulan Oktober. Tetapi pada musim epidemik akhir-akhir ini ditemukan kasus DBD di awal bulan Januari. Di Indonesia tidak seperti negara lain. Epidemik dimulai sesudah bulan September dan mencapai puncaknya pada bulan Desember (Soegijanto 2006, h. 5).

Indonesia adalah salah satu daerah endemis DHF. Faktor lingkungan dengan banyak genangan air bersih yang bisa menjadi sarang nyamuk, mobilitas penduduk yang tinggi, dan cepatnya transportasi antar daerah menyebabkan sering terjadinya epidemi dengue. DHF kemudian menyebar keseluruh Indonesia dengan jumlah 158.912 kasus pada 2009. Kota-kota besar di Jawa misal Jakarta, Surabaya, dan Yogyakarta umumnya merupakan daerah endemis semua serotipe virus dengue. Menurut laporan Departemen Kesehatan RI seluruh propinsi di Indonesia saat ini telah terjangkit penyakit ini (Soedarto, 2012).

Penanganan kasus DHF yang terlambat akan menyebabkan *Dengue Syok Sindrom* (DSS) yang dapat menyebabkan kematian. Hal tersebut disebabkan karena penderita mengalami defisit volume cairan akibat dari meningkatnya permeabilitas kapiler pembuluh darah sehingga penderita mengalami *syok hipovolemik* dan meninggal, sehingga pemberian cairan sangat penting untuk mengatasi masalah itu. Selain itu juga membutuhkan peran petugas kesehatan termasuk untuk menurunkan angka kejadian DHF. Peran perawat dapat melakukan berbagai cara. Peran promotif dilakukan dengan mengadakan penyuluhan melalui pendidikan kesehatan tentang penyakit DHF, peran preventif yaitu mencegah nyamuk berkembang biak di sekitar rumah dan untuk mencegah nyamuk berkembang biak di genangan air jernih atau air hujan dengan 3M yaitu (menguras, menutup, mengubur), peran kuratif dilakukan pemeriksaan setelah itu berkolaborasi dengan tim kesehatan lain dan memberikan terapi obat yang berguna untuk lebih cepat penyembuhan, dan peran rehabilitatif adalah memberitahukan kepada orang tua agar selalu menjaga kebersihan lingkungan sekitar rumah (Soedarto, 2012).

Di Jawa Tengah kasus DBD masih merupakan masalah yang sangat serius, terbukti 35 kabupaten/kota sudah pernah terjangkit penyakit DBD. Angka kesakitan DBD di Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2014 sebesar 32,2/100.000 penduduk, dibanding tahun 2013 sebesar 45,53/100.000 penduduk. Di Kabupaten Pekalongan sendiri diperoleh sebesar 20,63/100.000 penduduk. Tingginya angka kesakitan DBD disebabkan karena adanya iklim tidak stabil dan curah hujan cukup banyak pada musim penghujan yang merupakan perkembangbiakan nyamuk *aedes aegypti* yang cukup potensial (Radar Pekalongan Tahun 2014).

Di daerah Kabupaten Pekalongan, penyakit yang disebabkan oleh gigitan nyamuk *aedes aegypti* ini pada tahun 2015 jumlah kasus mencapai 41 orang, hingga Februari 2016 jumlah kasus DBD mencapai 61 kasus dan yang meninggal ada 5 orang penderita (Radar Pekalongan, 2016). Berdasarkan data yang diperoleh dari RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Kabupaten Pekalongan pada tahun 2014 terdapat 240 kasus penderita sedangkan pada tahun 2015 terdapat 296 kasus penderita penyakit DHF. Total penderita yang terkena penyakit DHF sebagian besar diantaranya adalah anak-anak. Sehingga penulis tertarik untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul asuhan keperawatan DHF pada An.N di ruang Flamboyan RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Kabupaten Pekalongan tahun 2016.

B. Tujuan

1. Tujuan umum

Setelah karya tulis ini selesai diharapkan penulis mampu menerapkan asuhan keperawatan pada anak dengan kasus *Dengue Hemoragic Fever* (DHF).

2. Khusus

Tujuan khusus dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini diharapkan penulis mampu:

- a. Melakukan pengkajian pada klien anak dengan DHF.
- b. Menyusun diagnosa keperawatan klien anak dengan DHF.
- c. Menyusun rencana keperawatan pada klien anak dengan DHF.

- d. Melakukan implementasi keperawatan pada klien anak DHF.
- e. Melakukan evaluasi asuhan keperawatan yang telah di laksanakan pada klien anak dengan DHF.

C. Manfaat

1. Bagi Penulis

- a. Untuk meningkatkan dan menambah pengetahuan tentang asuhan keperawatan DHF pada anak.
- b. Untuk menambah ketrampilan mahasiswa dalam menerapkan manajemen keperawatan DHF pada anak.

2. Bagi Institusi Pendidikan

- a. Sebagai informasi yang dapat digunakan sebagai acuan bagi institusi untuk menilai kegiatan pembelajaran baik sekarang maupun yang akan datang, mengevaluasi kegiatan pembelajaran, dan sebagai acuan untuk meningkatkan mutu institusi pendidikan mengenai kasus DHF pada anak.
- b. Sebagai bahan bacaan untuk menambah wawasan bagi Mahasiswa Stikes Muhammadiyah Pekajangan terutama Diploma III Keperawatan khususnya yang berkaitan dengan kasus DHF pada anak.

3. Bagi Profesi Perawat

Untuk menambah bahan bacaan dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan keperawatan yang lebih optimal, khususnya pada pasien DHF pada anak.

4. Bagi masyarakat

Bagi masyarakat dalam penulisan karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat lebih mengetahui tentang penanganan DHF lebih dini dan dapat menanggulangi lebih awal tanda dan gejala DHF pada anak.

BAB II

KONSEP DASAR

A. Pengertian

Dengue haemorrhagic fever (DHF) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus dengue dan ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti*. Penyakit ini dapat menyerang semua orang dan dapat mengakibatkan kematian, terutama pada anak serta sering menimbulkan wabah. Jika nyamuk *Aedes aegypti* menggigit orang dengan demam berdarah, maka virus dengue masuk ke tubuh nyamuk bersama darah yang diisapnya. Di dalam tubuh nyamuk, virus berkembang biak dan menyebar ke seluruh bagian tubuh nyamuk, dan sebagian besar berada di kelenjar liur. Selanjutnya waktu nyamuk menggigit orang lain, air liur bersama virus dengue dilepaskan terlebih dahulu agar darah yang akan dihisap tidak membeku, dan pada saat inilah virus dengue ditularkan oleh orang lain (Soegijanto 2006, h. 63).

Definisi lain menyebutkan Penyakit demam berdarah adalah penyakit demam akut yang bisa menyebabkan kematian dan disebabkan oleh empat serotipe virus dari genus *flavi virus*, virus RNA dari keluarga *flaviviridae* (Soedarto 2012, h. 2). Menurut (Widagdo, 2011) *Dengue Hemorrhagic Fever* yaitu suatu sindrom bersifat akut dan benigna disebabkan oleh arbovirus yang ditandai oleh demam bifasik, nyeri otot/sendi, ruam kulit, safalgia, dan limfadenopati. Infeksi sekunder oleh virus dengue dengan serotipe berbeda merupakan faktor resiko atas timbulnya demam berdarah dengue atau *Dengue Hemorrhagic Fever*.

B. Etiologi

Menurut Soedarto (2012, h. 4) *Dengue Haemorrhagic Fever* disebabkan oleh virus dengue yang termasuk kedalam family *flaviviridae* genus *flavivirus*. Virus dengue ditularkan oleh seorang penderita ke orang lain melalui gigitan nyamuk genus *Aedes*, yaitu nyamuk *Aedes aegypti* tersebar di daerah tropis dan subtropis yang merupakan vektor utama.

C. Patofisiologis

Virus *dengue* yang telah masuk ke tubuh penderita akan menimbulkan *viremia*. Hal tersebut akan menimbulkan reaksi oleh pusat pengatur suhu tubuh di hipotalamus sehingga menyebabkan terjadinya peningkatan suhu. Selain itu *viremia* menyebabkan hipovilemia, Trombositopenia dapat terjadi akibat dari penurunan produksi trombosit sebagai reaksi dari antibodi melawan virus. Pada pasien dengan trombositopenia terdapat adanya perdarahan baik kulit seperti petekia atau perdarahan pada mukosa di mulut. Hal ini mengakibatkan adanya kehilangan kemampuan tubuh untuk melakukan mekanisme *hemostatis* secara normal. Hal tersebut dapat menimbulkan perdarahan dan jika tidak ditangani maka akan menimbulkan syok. Masa virus *dengue* inkubasi 3-15 hari, rata-rata 5-8 hari (Soegijanto, 2006).

Virus akan masuk ke dalam tubuh melalui nyamuk *aedes aegypti*. Awalnya penderita akan mengalami demam, sakit kepala, mual, nyeri otot pegal-pegal seluruh tubuh, bintik-bintik merah pada kulit, hiperemia tenggorokan dan hal lain yang mungkin terjadi pembesaran kelenjar getah bening, pembesaran hati (hepatomegali). Kemudian virus bereaksi dengan antibodi dan terbentuklah kompleks virus antibodi. Dalam sirkulasi dan akan mengaktifasi sistem komplemen. Akibat aktivasi yang berdaya untuk melepaskan *histamin* dan merupakan mediator kuat sebagai faktor meningkatnya *permeabilitas* dinding kapiler pembuluh darah yang mengakibatkan terjadinya pembesaran plasma ke ruang *ekstraseluler*. Pembesaran plasma ke ekstraseluler mengakibatkan kekurangan volume plasma, terjadi *hipotensi*, *homokonsentrasi* dan *hipoproteinemia* serta efusi dan renjtan (syok). Homokonsentrasi (peningkatan hematokrit >20%) menunjukkan adanya kebocoran sehingga nilai *hematokrit* menjadi penting untuk patokan pemberian cairan intravena (Ngastiyah, 2012).

D. Klasifikasi

Menurut WHO dalam buku Ngastiyah (2012, h. 369) membagi DBD/DHF menjadi 4 derajat yaitu sebagai berikut:

1. Derajat I

Demam disertai gejala tidak khas hanya terdapat manifestasi perdarahan (Uji *torniquet* positif).

2. Derajat II

Seperti dengan derajat I disertai perdarahan spontan di kulit dan perdarahan lain.

3. Derajat III

Ditemukan kegagalan sirkulasi darah dengan adanya nadi cepat dan lemah, tekanan darah menurun atau hipotensi disertai kulit yang dingin.

4. Derajat IV

Renjatan berat, denyut nadi dan tekanan darah tidak dapat diukur.

E. Manifestasi Klinis

Menurut Soegijanto (2006, h. 85), manifestasi klinis dari demam berdarah dengue adalah:

1. Demam tinggi mendadak yang berlangsung selama 2-7 hari.
2. Hepatomegali
3. Renjatan, nadi cepat dan lemah, tekanan nadi menurun atau nadi tidak teraba, kulit dingin, dan anak gelisah.
4. Perdarahan spontan berbentuk *ptekia*, perdarahan gusi

F. Komplikasi

Penyakit dengue dapat berkembang menjadi berat jika terjadi komplikasi-komplikasi berupa ensefalopati, kerusakan hati, kerusakan otak, kejang-kejang dan syok. Untuk menentukan diagnosis dengue dengan cepat, terutama jika berada di daerah rural, digunakan Rapid Diagnostic Test kits yang dapat menentukan juga apakah penderita mengalami infeksi dengue primer atau sekunder. Pemeriksaan serologi dilakukan untuk memastikan diagnosis dengue jika terdapat indikasi klinis (Soedarto 2012, h. 6).

G. Pemeriksaan Penunjang

Langkah-langkah pemeriksaan medis menurut Suriadi dan Yuliani (2010, h. 59) :

1. Pemeriksaan trombosit

Jumlah trombosit mengalami penurunan $<100.000/\text{mm}^3$ ditemukan pada hari ke-3 sampai hari ke-8

2. Pemeriksaan hematokrit

Ada kenaikan bisa sampai 20%, normal pria 40-50%; wanita 35-47%

3. Rontgen thoraks

Pada pemeriksaan ini foto dada didapatkan efusi pleura, terutama pada hemitoraks kanan tetapi apabila terjadi perembesan plasma hebat, efusi pleura dapat dijumpai pada kedua hemitoraks.

4. Uji torniquet

Caranya diukur tekanan darah kemudian diklem antara tekanan systole dan diastole selama 10 menit untuk dewasa dan 3-5 menit untuk anak-anak, apabila positif jika ada butir-butir merah (*ptekie*) kurang 20 pada diameter 2,5 inchi.

5. Tes IgG dan IgM

Berguna dalam diagnosis infeksi virus dengue, kedua antibodi ini muncul 5-7 hari setelah infeksi. Hasil negatif bisa saja muncul mungkin karena pemeriksaan dilakukan pada awalterjadinya infeksi. IgM akan tidak terdeteksi seumur hidup. IgM yang positif memiliki nilai diagnostik bila disertai dengan gejala yang mendukung terjadinya demam berdarah.

H. Penatalaksanaan

Menurut Soedarto (2012, h. 152) Penderita demam dengue dapat berobat jalan, tidak perlu rawat inap. Pada fase demam penderita dianjurkan :

1. Tirah baring selama demam
2. Obat antipiretik untuk menurunkan panas dibawah 39°C
3. Kompres hangat
4. Cairan dan elektrolit diberikan per oral, jus buah , susu, disamping air putih
5. Memonitor suhu badan, trombosit dan hematokrit sampai fase konvalesen.

I. Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Kaji adanya peningkatan suhu tubuh, tanda tanda perdarahan, mual muntah, tidak nafsu makan, nyeri uluh hati, nyeri otot dan sendi, tanda renjatan (denyut nadi cepat dan lemah, hipotensi, kulit dingin dan lembab terutama pada eksteremitas, sianosis, gelisah, penurunan kesadaran) (Suriadi & Yuliani 2010, h. 59).

2. Diagnosa Keperawatan

Terdapat beberapa diagnosa keperawatan yang dapat ditemukan pada klien *dengue hemoragic fever* (DHF) menurut Suriadi dan Yuliani (2010), yaitu:

- a. Resiko perdarahan berlanjut berhubungan dengan trombositopenia.
- b. Resiko tinggi kekurangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan peningkatan *permeabilitas kapiler*, pindahnya cairan *intravaskuler* ke *ekstravaskuler*.
- c. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi virus *dengue* (*viremia*).
- d. Resiko pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan *intake* nutrisi yang tidak adekuat akibat mual, muntah dan tidak nafsu makan.

3. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan pada klien dengan *dengue hemoragic fever* (DHF) menurut Suriadi dan Yuliani (2010), adalah:

- a. Resiko perdarahan berlanjut berhubungan dengan trombositopenia.
 - 1) Batasan karakteristik : kelambatan penyembuhan, nadi arteri lemah, edema, kulit pucat saat elevasi (tidak kembali saat tungkai kembali diturunkan), suhu kulit berubah, nadi lemah atau tidak teraba, Perubahan tekanan darah pada ekstremitas, Perubahan karakteristik kulit (misalnya rambut, kuku, dan kelembaban) (Wilkinson & Ahern 2012, h. 821).
 - 2) Tujuan: tidak terjadi perdarahan
 - 3) Kriteria:
 - a) Tekanan darah dan nadi dalam rentang normal
 - b) Pulsasi kuat
 - c) *Capillary* refill tidak lebih dari 2 detik
 - d) *Trombosit* meningkat
 - 4) Intervensi dan rasional
 - a) Monitor tanda-tanda vital dan penurunan *trombosit* pada klien
Rasional: mencegah timbulnya tanda klinis (*ptekie*)
 - b) Kaji dan catat sirkulasi pada *ekstremitas* (suhu dan warna)
Rasional: perubahan perfusi jaringan *perifer* dimulai dari *ekstremitas*
 - c) Anjurkan klien untuk *bedrest*
Rasional: mengistirahatkan klien untuk mencegah komplikasi
 - d) Kolaborasi dengan monitor *trombosit* setiap hari

Rasional: mengetahui kebocoran *plasma* darah dan kemungkinan terjadinya perdarahan pada klien

- b. Resiko tinggi kekurangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan peningkatan *permeabilitas kapiler*, pindahnya cairan *intravaskuler* ke *ekstravaskuler*.

1) Batasan karakteristik : Kelemahan, penurunan turgor kulit, membran mukosa kering, peningkatan denyut nadi, penurunan tekanan darah, penurunan tekanan nadi, konsistensi urin meningkat, temperatur tubuh meningkat, hematokrit meningkat dan kehilangan berat badan seketika (Wilkinson & Ahern 2012, h. 309)

2) Tujuan: kebutuhan cairan tubuh klien terpenuhi

3) Kriteria:

- a) Wajah klien tampak segar
- b) *Turgor* kulit baik, jika kulit dicubit secara vertikal pada daerah tertentu, jika normal setelah kulit dicubit akan segera kembali, dan jika abnormal kulit kembali dengan lambat.
- c) *Output* urin dalam rentang normal (600-1500 ml/24 jam)

4) Intervensi dan rasional

- a) Kaji keadaan umum klien serta tanda-tanda vital

Rasional: untuk mengetahui penyimpangan dari keadaan normalnya

- b) Observasi adanya tanda-tanda syok

Rasional: untuk mengetahui adanya tanda-tanda pasien mengalami syok

- c) Anjurkan dan berikan klien minum 1000-1500 ml/hari (sesuai toleransi)

Rasional: untuk memenuhi kebutuhan cairan tubuh klien

- d) Kolaborasi pemberian cairan *intravena*

Rasional: meningkatkan jumlah cairan dalam tubuh dan mencegah terjadinya syok *hipovolemik*.

- c. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi virus *dengue* (*viremia*).

1) Batasan karakteristik : Kulit terlihat kemerahan, suhu tubuh naik melebihi batas normal, frekuensi nafas meningkat, kulit teraba hangat (Wilkinson & Ahern 2012, h. 390).

- 2) Tujuan: suhu tubuh klien normal
- 3) Kriteria:
 - a) Suhu tubuh dalam rentang 36-37°C
 - b) Akral tidak teraba hangat
- 4) Intervensi dan rasional
 - a) Kaji suhu tubuh klien
Rasional: mengetahui adanya peningkatan suhu tubuh,
 - b) beri kompres air hangat atau *tepid water sponge*
Rasional: menurunkan panas dengan cara pemindahan panas secara konduksi
 - c) Anjurkan klien untuk banyak minum 1000-1500 cc/hari (sesuai toleransi)
Rasional: untuk mengganti cairan tubuh yang hilang akibat *evaporasi*
 - d) Anjurkan klien untuk menggunakan pakaian yang tipis untuk menyerap keringat
Rasional: pakaian yang tipis tidak merangsang peningkatan suhu tubuh
 - e) Observasi intake dan *output*, tanda vital (suhu, nadi, tekanan darah, pernafasan) tiap 3 jam sekali
Rasional: untuk mendeteksi dini kekurangan cairan dalam tubuh dan tanda vital bertujuan untuk mengetahui keadaan umum klien.
 - f) Kolaborasi pemberian cairan *intravena* dan pemberian obat *antipiretik* sesuai terapi.
Rasional: pemberian cairan sangat penting bagi klien dengan suhu tubuh tinggi, antipiretik sebagai penurun suhu tubuh.
- d. Resiko pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan *intake* nutrisi yang tidak adekuat akibat mual, muntah dan tidak nafsu makan.
 - 1) Batasan karakteristik : Kram abdomen, nyeri abdomen, merasa cepat kenyang, membran mukosa pucat, diare dan Bising usus hiperaktif (Wilkinson & Ahern 2012, h. 821)
 - 2) Tujuan: nutrisi tubuh klien terpenuhi
 - 3) Kriteria:

- a) Berat badan dalam rentang normal sesuai dengan usia
 - b) Tidak ada malnutrisi
- 4) Intervensi dan rasional
- a) Kaji riwayat nutrisi, termasuk makanan yang disukai klien
Rasional: memungkinkan masukan makanan yang adekuat
 - b) Observasi catat *intake* makanan klien
Rasional: memantau masukan makanan klien
 - c) Timbang berat badan secara teratur
Rasional: memantau efektifitas dari intervensi
 - d) Ajarkan klien makan sedikit tapi sering
Rasional: mencegah *distensi* lambung
 - e) Hindari makanan yang merangsang pencernaan
Rasional: mencegah klien mual dan muntah

BAB III

RESUME KASUS

A. Pengkajian

Klien bernama An.N berjenis kelamin perempuan, berumur 12 tahun, beragama Islam, bertempat tinggal di Desa Karangsari RT 01 RW 01 Karanganyar Pekalongan. Nomor registrasi 250596 dengan diagnosa medis *dengue hemoragic fever*. Penanggungjawab klien adalah Tn.K berusia 43 tahun, bekerja sebagai buruh tani, pendidikan terakhir SMP, Tn.K adalah ayah kandung An.N dan ibu klien adalah Ny.A dan bekerja sebagai ibu rumah tangga.

An.N dibawa ke RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan pada tanggal 17 Januari 2016 pukul 11:00 WIB di ruang Flamboyankamar 14/A.

Penulis melakukan pengkajian pada tanggal 18 Januari 2016 pada pukul 07:10 WIB dan didapatkan keluhan utama berdasarkan keterangan dari ibu klien yang mengatakan bahwa klien mengalami panas 3 hari sebelum masuk rumah sakit. Klien mengatakan merasa panas, tidak nafsu makan dan disertai mual dan muntah timbul bintik-bintik merah di lengan tangan dan terdapat perdarahan digusi.

Hasil pemeriksaan fisik didapatkan suhu klien 39°C, tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 110 kali /menit, pernapasan 20 kali /menit, berat badan sebelum sakit 34 kg, berat badan sekarang 33 kg, tinggi badan 136 cm, klien tampak pucat, tubuh klien terasa hangat, uji tourniquet positif dan terdapat perdarahan digusi. Hasil pemeriksaan penunjang diperoleh data dari hasil cek laboratorium pada tanggal 18 Januari 2016 trombosit klien 61.000 mm³, hemoglobin 11.0 g/dl, hematokrit 36%. Pada tanggal 18 Januari 2016 terapi yang diberikan adalah cairan intravena RL 20 tetes per menit makro drip, norages 3x125 mg IV dan cefotaxime 2x1 gr IV, paracetamol 3x ½

tablet bila panas, dan diit yang diberikan yaitu diit tinggi kalori dan tinggi protein.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ditegakkan penulis berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada tanggal 18 Januari 2016 yaitu:

1. Resiko perdarahan lanjut berhubungan dengan trombositopenia
2. Resiko kekurangan volume cairan dan elektrolit berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler.
3. Hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi virus dengue
4. Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia

C. Intervensi dan implementasi keperawatan

Berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan pada saat pengkajian penulis menyusun intervensi sebagai berikut:

1. Resiko perdarahan berhubungan dengan trombositopenia

Tujuan dan kriteria hasil intervensi yang diberikan adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x7 jam diharapkan tidak terjadi perdarahan dengan kriteria hasil: tidak ada tanda perdarahan seperti mimisan, bintik-bintik merah pada kulit, trombosit dalam rentang 150.000-450.000 mm³. Intervensi keperawatan yang dilakukan yaitu observasi keadaan umum klien monitor tanda-tanda perdarahan seperti mimisan, monitor hasil trombosit klien setiap hari, anjurkan klien untuk banyak beristirahat dan lakukan tindakan kolaborasi untuk pemberian cairan intravena.

Implementasi keperawatan yang dilakukan adalah memonitor hasil trombosit klien setiap hari, menganjurkan klien untuk beristirahat. Tindakan yang lainnya adalah melakukan tindakan kolaborasi terapi cairan intravena RL 20 tetes per menit makro, ceftriaxone 2x400 mg IV.

2. Resiko kekurangan volume cairan dan elektrolit berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler

Tujuan dan kriteria hasil intervensi keperawatan yang diberikan adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tidak terjadi kekurangan cairan dengan kriteria hasil: wajah klien tampak segar, turgor kulit baik. Intervensi keperawatan yang dilakukan yaitu mengkaji keadaan umum klien serta tanda-tanda vital, observasi tanda-tanda syok, kolaborasi pemberian cairan intravena. Implementasi keperawatan yang dilakukan mengkaji tanda-tanda vital, observasi tanda-tanda syok, memberikan cairan intravena RL 20 tetes per menit dan memonitor hasil hematokrit..

3. Hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi virus dengue

Tujuan dan kriteria hasil intervensi keperawatan yang diberikan adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x7 jam diharapkan suhu tubuh dalam rentang normal dengan kriteria hasil: suhu 36-37 C, akral tidak terasa hangat. Intervensi keperawatan yang dilakukan yaitu mengkaji tanda-tanda vital (suhu, nadi, pernapasan), beri kompres air hangat bila suhu tubuh >38°C atau tindakan *tepid water sponge*, anjurkan klien untuk menggunakan pakaian yang tipis dan menyerap keringat, kolaborasi untuk pemberian cairan intravena dan pemberian obat *antipiretik* sesuai terapi.

Implementasi yang dilakukan adalah mengkaji keadaan umum dan tanda-tanda vital (suhu, nadi, pernapasan) klien, memberikan kompres air hangat atau *tepid water sponge* dan mengajarkan kepada keluarga klien, menganjurkan klien untuk menggunakan pakaian yang tipis dan menyerap keringat. Tindakan yang lainnya adalah melakukan tindakan kolaborasi pemberian terapi cairan intravena RL 20 tetes per menit makro, norges 3x250 mg IV dan peroral parasetamol 3x1 mg bila panas.

4. Resiko

ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia

Tujuan dan kriteria hasil intervensi keperawatan yang diberikan adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi klien terpenuhi dengan kriteria hasil: berat badan klien dalam rentang normal, tidak ada mal nutrisi. Intervensi keperawatan yang dilakukan yaitu kajiriwayat nutrisi termasuk makan kesukaannya klien, observasi intake makan klien, timbang berat badan setiap hari, anjurkan klien untuk makan sedikit namun sering. Implementasi keperawatan yang dilakukan adalah mengkaji keluhan mual klien, mengobservasi intake makanan klien, menganjurkan klien untuk tetap makan walaupun sedikit tetapi sering atau makan diantar waktu makan, menimbang berat badan klien.

D. Evaluasi

Evaluasi keperawatan pada keempat diagnosa yang telah ditegakkan dan diperoleh evaluasi keperawatan pada tanggal 20 Januari 2016 bahwa masalah resiko perdarahan lanjut berhubungan dengan trombositopeni teratasi dikarenakan uji tourniquet negatif dan sudah tidak terpat perdarahan digusi dan hasil pemeriksaan trombosit 157.000 mm^3 , dan rencana tindakan yang dilakukan adalah pertahankan kondisi klien. Masalah resiko kekurangan cairan berhubungan dengan permeabilitas kapiler, perdarahan dan demam teratasi dengan didukung dengan data Uji tourniquet negatif, sudah tidak terdapat perdarahan digusi, Trombosit 157.000 mm^3 , hematokrit 40%. Setelah selama 4 hari pasien dirawat di rumah sakit, pasien memperoleh tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat dan pada tanggal 20 Januari 2016 pasien telah diperbolehkan untuk pulang. Masalah hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi virus dengue sudah teratasi dikarenakan suhu klien $36,5^\circ\text{C}$, nadi 105 kali per menit, Rr 20x/menit, Trombosit: $157.000 /\text{mm}^3$, Hematokrit: 40%,

dan rencana tindakan keperawatan yang dilakukan adalah pertahankan intervensi, dan Masalah resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia juga teratasi yang didukung dengan klien mengatakan sudah tidak mual dan nafsumakannya telah kembali, makan dari rumah sakit habis 1 porsi, dan rencana tindakan yang dilakukan adalah pertahankan kondisi klien

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas kesenjangan antara tinjauan kasus dengan tinjauan teori mengenai asuhan keperawatan pada An. N dengan DHF di ruang Flamboyan RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan. Adapun pembahasan yang penulis gunakan berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul pada klien kelolaan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

A. Diagnosa keperawatan yang muncul

Beberapa diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien kelolaan yaitu;

1. Resiko perdarahan lanjut berhubungan dengan trombositopenia

Resiko perdarahan lanjut adalah akibat interaksi 3 komponen yaitu faktor pembuluh darah, faktor – faktor pembekuan, dan trombosit. Trombositopenia adalah satu penyebab terjadinya perdarahan, ptekie merupakan tanda perdarahan yang sering di temukan terutama pada dahi dan ekstremitas distal (Suriadi & Yuliani, 2010). Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 18 Januari 2016 didapatkan hasil pemeriksaan trombosit 61.000 mm^3 , hematokrit 36% dan terlihat bintik-bintik merah dilengan tangan klien.

Menurut Ngastiyah (2012), resiko perdarahan ditandai dengan menurunnya fungsi trombosit dan menurunnya jumlah trombosit kurang dari normal. Perdarahan dapat terjadi sebelum syok atau tidak disertai syok, tetapi jika perdarahan itu hebat sukar diatasi. Masalah ini muncul karena terjadi trombositopenia atau jumlah trombosit menurun yang mengakibatkan terjadinya permeabilitas kapiler meningkat sehingga terjadi kebocoran plasma yang berakibat pada infiltrasi plasma dalam kulit maka terjadi perdarahan bawah kulit. Trombositopenia dapat terjadi akibat dari penurunan produksi trombosit sebagai reaksi dari antibodi melawan virus, pada pasien dengan trombositopenia akan mengakibatkan pedarahan pada

kulit seperti petekia atau perdarahan pada mukosa dimulut hal ini mengakibatkan adanya kehilangan kemampuan tubuh untuk melakukan mekanisme *hemostatis* secara normal sehingga dapat menimbulkan perdarahan dan jika tidak segera ditangani akan menimbulkan syok. Hal tersebut membuat penulis memprioritaskan resiko perdarahan lanjut sebagai prioritas pertama.

Intervensi keperawatan yang dilakukan seperti kaji keadaan umum dan tanda-tanda perdarahan dengan rasionalnya mencegah timbulnya tanda klinis seperti petekie. Intervensi lainnya adalah monitor trombosit tiap hari dengan rasionalnya mengetahui kebocoran plasma darah dan kemungkinan terjadinya perdarahan klien. Intervensi yang juga direncanakan adalah anjurkan klien untuk banyak istirahat dengan rasionalnya mengistirahatkan klien untuk mencegah komplikasi, kolaborasi untuk pemberian cairan intravena dengan rasionalnya meningkatkan jumlah cairan tubuh dan mencegah terjadinya syok hipovolemik (Suriadi & Yuliani, 2010).

Implementasi keperawatan yang dilakukan mengkaji keadaan umum dan adanya tanda-tanda perdarahan, mengajurkan klien untuk banyak istirahat, monitor hasil pemeriksaan trombosit klien setiap hari. Intervensi lainnya melakukan kolaborasi untuk pemberian cefotaxime 2x 1gr IV. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama tiga hari, evaluasi yang didapatkan bahwa masalah resiko perdarahan lanjut berhubungan dengan trombositopenia teratasi dengan hasil pemeriksaan trombosit pada tanggal 20 Januari 2016 dalam nilai normal (150.000-450.000) yaitu 157.000 mm³.

2. Resiko kekurangan volume cairan dan elektrolit berhubungan dengan permeabilitas kapiler

Resiko penurunan secara cepat cairan intravaskuler, interstisial dan intraseluler satu ke yang lain yang merujuk pada kehilangan cairan tubuh atau cairan pengganti (Wilkinson & Ahern 2012, h. 322). Masalah ini muncul dikarenakan permeabilitas kapiler meningkat sehingga mengakibatkan terjadinya pembesaran plasma keruang ekstraseluler dan

akan menyebabkan kekurangan volume plasma dan akan terjadi peningkatan hematokrit sehingga pemberian cairan intravena sangatlah penting sehingga penulis memprioritaskan resiko kekurangan cairan ke prioritas kedua (Ngastiyah, 2012).

Intervensi untuk diagnosa ini yaitu Intervensi keperawatan yang dilakukan yaitu kaji keadaan umum klien serta tanda-tanda vital dengan rasional untuk mengetahui penyimpangan dari keadaan normalnya, observasi tanda-tanda syok dengan rasional untuk mengetahui adanya tanda-tanda pasien mengalami syok, kolaborasi pemberian cairan intravena dengan rasional meningkatkan jumlah cairan dalam tubuh dan mencegah terjadinya syok hipovolemik (Suriadi & Yuliani, 2010).

Implementasi yang dilakukan sesuai rencana yaitu Implementasi keperawatan yang dilakukan mengkaji tanda-tanda vital, observasi tanda-tanda syok, memberikan cairan intravena RL 20 tetes permenit. Evaluasi hasil akhir dari diagnosa keperawatan resiko kekurangan volume cairan dan elektrolit berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler teratasi ditandai dengan uji torniquet negatif, tidak terdapat perdarahan digusi, trombosit 157.000 mm³, hematokrit 40%.

3. Hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi virus *dengue*

Hipertermi adalah suatu keadaan dimana individu mengalami atau berisiko mengalami kenaikan suhu tubuh $>37,8^{\circ}\text{C}$ *per oral* atau $38,8^{\circ}\text{C}$ *per rektal* yang sifatnya menetap karena adanya faktor eksternal (Capernito 2013, h. 54). Masalah ini muncul dalam kasus ditandai dengan Data subjektif : menurut keterangan ibu klien panas sudah 3 hari, klien merasa panas. Data obyektif : akral teraba panas, suhu: 39°C , dan data hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 18 Januari 2016, yaitu trombosit 61.000/mm³, hematokrit 36%. . Sesuai dengan (Wilkinson & Ahern 2012, h. 390) hipertermi ditandai dengan kulit kemerahan, peningkatan suhu tubuh diatas kisaran normal, takikardia, kulit teraba hangat.

Masalah ini muncul disebabkan proses peradangan infeksi akibat virus dengue yang masuk kedalam tubuh klien sehingga akan menimbulkan

reaksi oleh pusat pengatur suhu tubuh di hipotalamus sehingga menyebabkan peningkatan suhu tubuh. Hal tersebut membuat penulis memprioritaskan hipertermia sebagai prioritas ketiga (Ngastiyah, 2012).

Intervensi yang dilakukan yaitu kaji tanda-tanda vital klien (nadi, suhu, pernapasan) dengan rasionalnya mengetahui adanya peningkatan suhu tubuh, berikan kompres air hangat bila suhu tubuh $>38^{\circ}\text{C}$ dengan rasionalnya mengurangi panas dengan pemindahan panas secara konduksi, anjurkan pada ibu untuk memakaikan pakaian yang tipis dapat menyerap keringat dengan rasionalnya memberikan rasa nyaman dan pakaian yang tipis tidak merangsang peningkatan suhu tubuh, dan lakukan tindakan kolaborasi untuk pemberian cairan intravena dan memberikan obat antipiretik dengan rasionalnya pemberian cairan sangat penting bagi klien dengan suhu tubuh tinggi, antipiretik sebagai penurun suhu tubuh (Suriadi & Yuliani, 2010).

Implementasi keperawatan yang dilakukan adalah melakukan pengkajian tentang keluhan, dan tanda-tanda vital klien. Penulis juga menganjurkan klien untuk menggunakan pakaian yang menyerap keringat, mengajarkan kompres air hangat dan kolaborasi untuk pemberian paracetamol $3 \times \frac{1}{2}$ tablet peroral dan injeksi norges 2x250 mg IV. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama tiga hari, evaluasi keperawatan yang didapatkan adalah masalah hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi virus *dengue* teratasi pada hari ketiga ditandai dengan ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak demam dan suhu klien $36,5^{\circ}\text{C}$.

4. Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, mual dan tidak nafsu makan

Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yaitu suatu keadaan individu yang tidak puasa mengalami atau beresiko mengalami berat badan yang berhubungan dengan masukan yang tidak adekuat untuk kebutuhan metabolik (Carpenito 2006. h.346). Masalah ini muncul karena didapatkan data saat pengkajian yang mendukung ditegakannya diagnosa ini yaitu klien mengatakan tidak nafsu makan, klien

mengatakan mual, hemoglobin 11 gr/ml, klien tampak pucat, klien makan hanya habis ½ porsi, BB sebelum sakit 34 kg dan BB selama sakit 33 kg. Masalah ini muncul sebagai dampak proses dari penyakit yang mempengaruhi dari gastrointestinal. Masalah ketidakseimbangan nutrisi muncul akibat intake nutrisi yang tidak adekuat yang dapat disebabkan karena gejala muntah yang dapat timbul sebelum atau sesudah diare dan dapat disebabkan karena lambung turut meradang atau akibat dari gangguan asam basa dan elektrolit, sehingga penulis memprioritaskan masalah resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh sebagai prioritas keempat (Ngastiyah, 2012).

Intervensi untuk diagnosa ini yaitu kaji keluhan mual klien dengan rasional memungkinkan masukan makanan yang adekuat, observasi intake makanan klien dengan rasional memantau masukan makanan klien, timbang berat badan klien memantau efektifitas dari intervensi, anjurkan klien untuk makan sedikit tapi sering dengan rasional mencegah *distensi* lambung (Suriadi dan Yuliani, 2010). Implementasi yang dilakukan sesuai rencana yaitu mengkaji keluhan mual klien, mengobservasi intake makanan klien, menganjurkan klien untuk makan walaupun sedikit tapi sering. Menimbang berat badan klien. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama tiga hari, evaluasi hasil akhir dari diagnosa resiko pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, mual dan tidak nafsu makan teratasi. Ditandai dengan klien mengatakan sudah tidak mual, klien mengatakan nafsu makan sudah kembali, klien terlihat sudah tidak lemas, klien terlihat makan habis 1 porsi yang diberikan oleh rumah sakit.

B. Diagnosa Keperawatan yang Tidak Muncul

Pada kasus ini diagnosa muncul semua sesuai teori, seperti resiko perdarahan berlanjut, hipertermi, resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dan resiko kekurangan cairan.

C. Kekuatan dan Kelemahan

1. Kekuatan

Kekuatan dari implementasi 4 diagnosa adalah klien dan ibu termasuk aktif dan kooperatif dalam upaya perawatan klien selama 3 hari di rumah sakit. Selain itu keluarga juga bisa diajak kerjasama dalam melakukan tindakan keperawatan dan keluarga klien juga selalu mendampingi dan menyediakan kebutuhan klien serta mengikuti saran dokter dan perawat di ruangan.

2. Kelemahan

Kelemahan dari implementasi 4 diagnosa adalah klien terkadang sulit untuk diajak berkomunikasi dan banyaknya pengunjung yang menjenguk klien pada saat dilakukan tindakan keperawatan sehingga dalam upaya pencapaian implementasi keperawatan kurang maksimal.

BAB V

PENUTUP

A. Simpulan

1. Berdasarkan hasil pengkajian terhadap An. N dan keluarga didapatkan data, Subjektif : klien mengatakan anaknya panas 3 hari sebelum masuk rumah sakit, dan klien mengatakan merasa panas, tidak nafsu makan disertai mual, mendadak timbul bintik-bintik merah di lengan tangan dan terdapat perdarahan digusi. Tanda-tanda vital didapatkan data tekanan darah 110/70 mmhg, suhu 39°C, nadi 110 kali permenit, pernapasan 20 kali permenit, klien tampak pucat, akral teraba panas. Data penunjang dari hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 18 Januari 2016 trombosit klien sebesar 61.000 mm³, hematokrit 36%, hemoglobin 11.0 gr/ml.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada klien adalah resiko perdarahan lanjut berhubungan dengan trombositopenia, resiko kekurangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan peningkatan permeabilitas, hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi virus dengue, resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia
3. Dibuat rencana asuhan keperawatan DHF pada anak dibuat secara menyeluruh dengan tepat dan rasional berdasarkan keputusan yang dibuat pada langkah-langkah sebelumnya dan disesuaikan dengan kondisi klien.
4. Implementasi keperawatan DHF pada anak dengan memperhatikan efektifitas, kenyamanan dan juga keamanan tindakan yang dilakukan. Dalam melakukan perawatan pada An. N penulis berusaha melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana dan perawatan digunakan untuk memecahkan masalah yang dialami klien.

5. Evaluasi selama tiga hari dari keempat diagnosa yang muncul semua masalah teratasi semua.

B. Saran

Adapun saran penulis karya tulis ini adalah :

1. Bagi mahasiswa

Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan menjadi sumber bacaan dan referensi mahasiswa dalam peningkatan ilmu keperawatan, sehingga bisa meningkatkan ketrampilan mahasiswa dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada DHF..

2. Bagi klien

Sebaiknya klien ketika sudah berada di rumah harus mematuhi aturan untuk minum obat, apabila obat yang diperoleh telah habis, klien harus segera minta obat kembali kepada dokter agar mempercepat pemulihan serta rutin mengontrolkan keadaannya di rumah sakit.

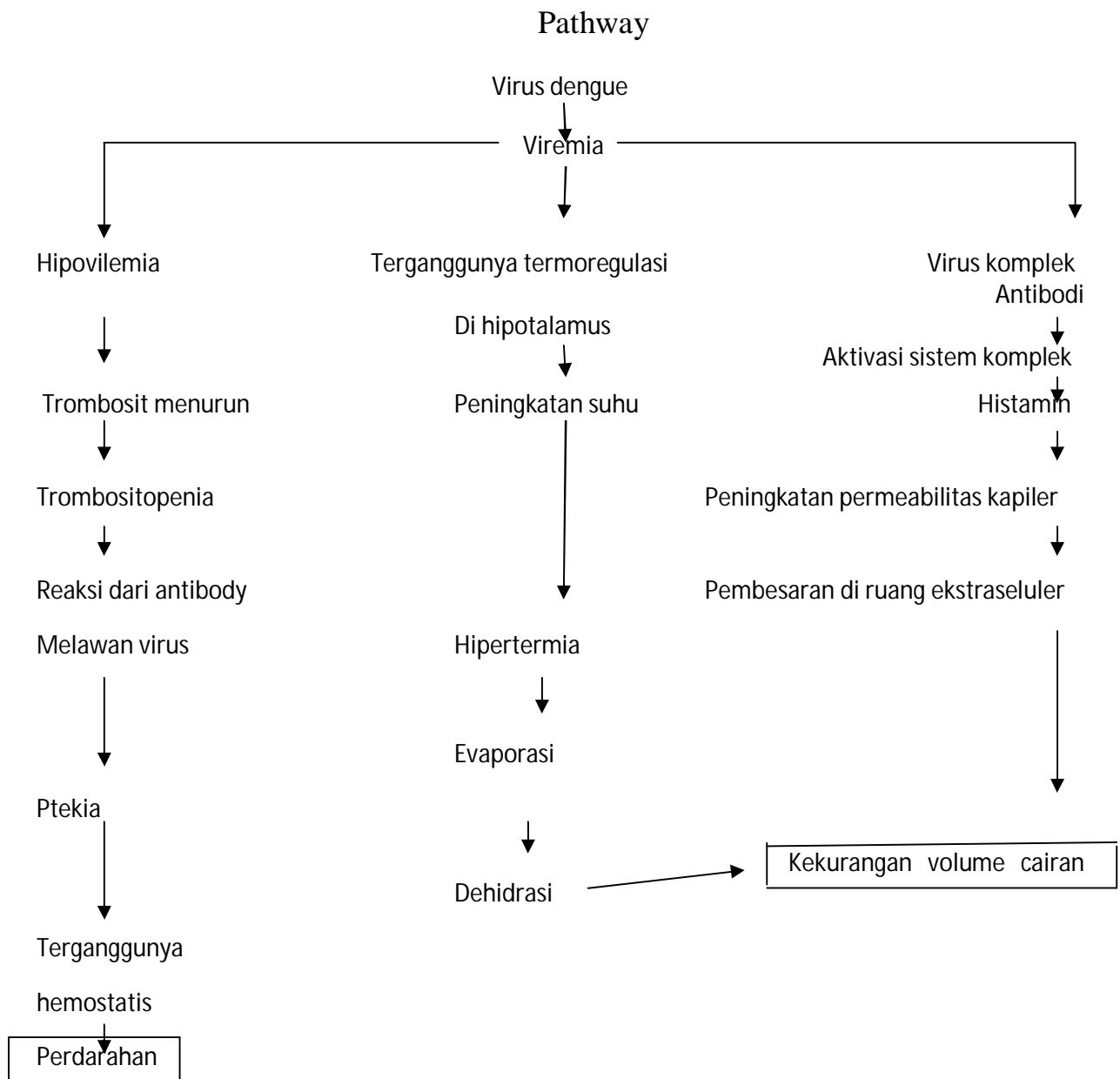
3. Bagi lahan praktek

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien anak dengan DHF hendaknya menggunakan pendekatan proses keperawatan secara komprehensif dan perawat diharapkan ketika berkomunikasi dengan pasien dengan nada yang lembut supaya pasien tidak takut saat berkomunikasi dengan baik dengan perawat. Untuk mengatasi banyaknya pengunjung diharapkan petugas keamanan rumah sakit supaya membatasi atau melarang penjenguk masuk keruangan ketika pasien sedang dilakukan tindakan keperawatan sehingga implementasi yang diberikan lebih efektif .

DAFTAR PUSTAKA

- Capernito, L. J., 2013, *Buku Saku Diagnosis Keperawatan, Edisi 7*. Jakarta: EGC.
- Hidayat, A., 2006, *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak*. Jakarta: Salemba Medika
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2015, *Laporan Tribun Jateng*. Diakses pada Tanggal 15 Februari 2016, <http://Jateng.Tribunnews.co/2016/01/30.html>.
- Ngastiyah, 2012, *Perawatan Anak Sakit, Edisi 2*. Jakarta: EGC.
- Nurarif, A.H.A & Kusuma, H., 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & Nanda*. Jogya: Mediaction.
- Radar Pekalongan, 2014, *Penyakit yang Disebabkan oleh Nyamuk*. Diakses pada tanggal 15 Februari 2016, <http://pppl.depkes.go.id/focus?id=1374>.
- Rekam Medik RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Kabupaten Pekalongan. Data Prevalensi Dengue Hemoragic Fever (DHF)Npada Anak yang dirawat di Ruang Flamboyan RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Kabupaten Pekalongan 2014-2015. Tidak dipublikasikan
- Soedarto, 2012, *Demam Berdarah Dengue*. Jakarta: CV Sagung Seto
- Soegijanto, S., 2006, *Demam Berdarah Dengue, Edisi 2*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Suriadi & Yuliani, R., 2010. *Asuhan Keperawatan pada Anak, Edisi 2*. Jakarta: Penebar Swadaya.
- Widagdo, 2011, *Masalah dan Tatalaksana Penyakit Infeksi pada anak*. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Wilkinson, J.M. & Ahern, N.R., 2012. *Buku Saku Diagnosa Keperawatan : diagnosis NANDA, intervensi NIC, kriteria hasil NO/penulis, Judith M. Wilkinson, Nancy R. Ahern : alih bahasa. Esty Wahyuningsih: editor edisi bahasa Indonesia, Dwi Widiarti. Edisi 9*, Jakarta : EGC.

LAMPIRAN 1



**ASUHAN KEPERAWATAN
PADA An. N DENGAN DIAGNOSA MEDIS DHF
DI RUANG FLAMBOYAN RSI PKU MUHAMMADIYAH PEKAJANGAN
KABUPATEN PEKALONGAN**



Disusun Oleh:

Tri Aji Kurniawan

13.1705.P

**PRODI DIII KEPERAWATAN
STIKES MUHAMMADIYAH PEKAJANGAN PEKALONGAN
TAHUN 2016**

LAMPIRAN 2

ASUHAN KEPERAWATAN

PENGKAJIAN

A. Pengkajian

Nama Mahasiswa : Tri Aji Kurniawan
Tempat Praktek : RSI PKU Muhammadiyah pekajangan
Tanggal pengkajian : 18 Januari 2016

1. IDENTITAS DATA

Nama : An.N
Alamat : Karangsari Karanganyar,Pekalongan
TTL : Pekalongan, 8 Agustus 2004
Agama : Islam
Usia : 12 Tahun
Suku bangsa : Jawa
Nama Ayah/Ibu : Tn.K/Ny.A
Pendidikan Ayah : SMP
Pekerjaan Ayah : Buruh
Pendidikan Ibu : SMP
Pekerjaan Ibu : Ibu rumah tangga

2. KELUHAN UTAMA

DS :Ibu klien mengatakan anaknya demam

3. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

DS: Sejak 3 hari sebelum klien masuk rumah sakit, ibu klien mengatakan anaknya panas tinggi, klien mengeluh mual, lemes, dan tidak nafsu makan, dan juga mendadak timbul bintik-bintik merah dilengan tangan klien dan terjadi perdarahan di gusi, di rumah ibu mengompres anaknya dengan air hangat tetapi panasnya tidak turun-turun, dan oleh keluarganya klien langsung dibawa ke RSI Pekajangan pada tanggal 17 januari 2016 pada jam 11.00 WIB. Klien masuk ke IGD terlebih dahulu dan setelah itu klien masuk di ruang Flamboyan kamar 14A. Pada saat pengkajian tanggal 18 januari 2016 ditemukan data:

DS:

- Ibu klien mengatakan anaknya demam
- Ibu klien mengatakan adanya bintik-bintik merah pada lengan tangan anaknya dan terjadi perdarahan di gusi
- Klien mengatakan mual
- Klien mengatakan tidak nafsu makan

DO:

-TD: 110/70 mmhg

-Suhu:39°C

-Nadi : 110x/menit

-RR : 20X/MENIT

-Tubuh klien teraba hangat

- klien tampak pucat

- Terlihat bintik-bintik merah dilengan tangan klien

- Klien tampak lemas

4. RIWAYAT PENYAKIT DAHULU

a. Penyakit pada waktu kecil

DS: Ibu klien mengatakan anaknya baru pertama kali ini dirawat di rumah skit

b. Obat-obatan yang digunakan

DS: Ibu klien mengatakan saat anaknya di rumah sakit demam biasanya hanya diberi obat penurun panas biasa yang dibeli di warung.

c. Tindakan operasi

DS: : Ibu klien mengatakan anaknya belum pernah mengalami tindakan operasi

d. Riwayat Imunisasi

DS: ibu klien mengatakan bahwa imunisasi anaknya lengkap

e. Kecelakaan

DS: Ibu klien mengatakan bahwa klien belum pernah mengalami kecelakaan

5. RIWAYAT PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN

a. Kemandirian dan bergaul

DS: Ibu klien mengatakan anaknya senang bergaul, berteman dan mempunyai sahabat .

b. Motorik halus

DS: Ibu klien mengatakan klien tumbuh dan berkembang sesuai usianya.

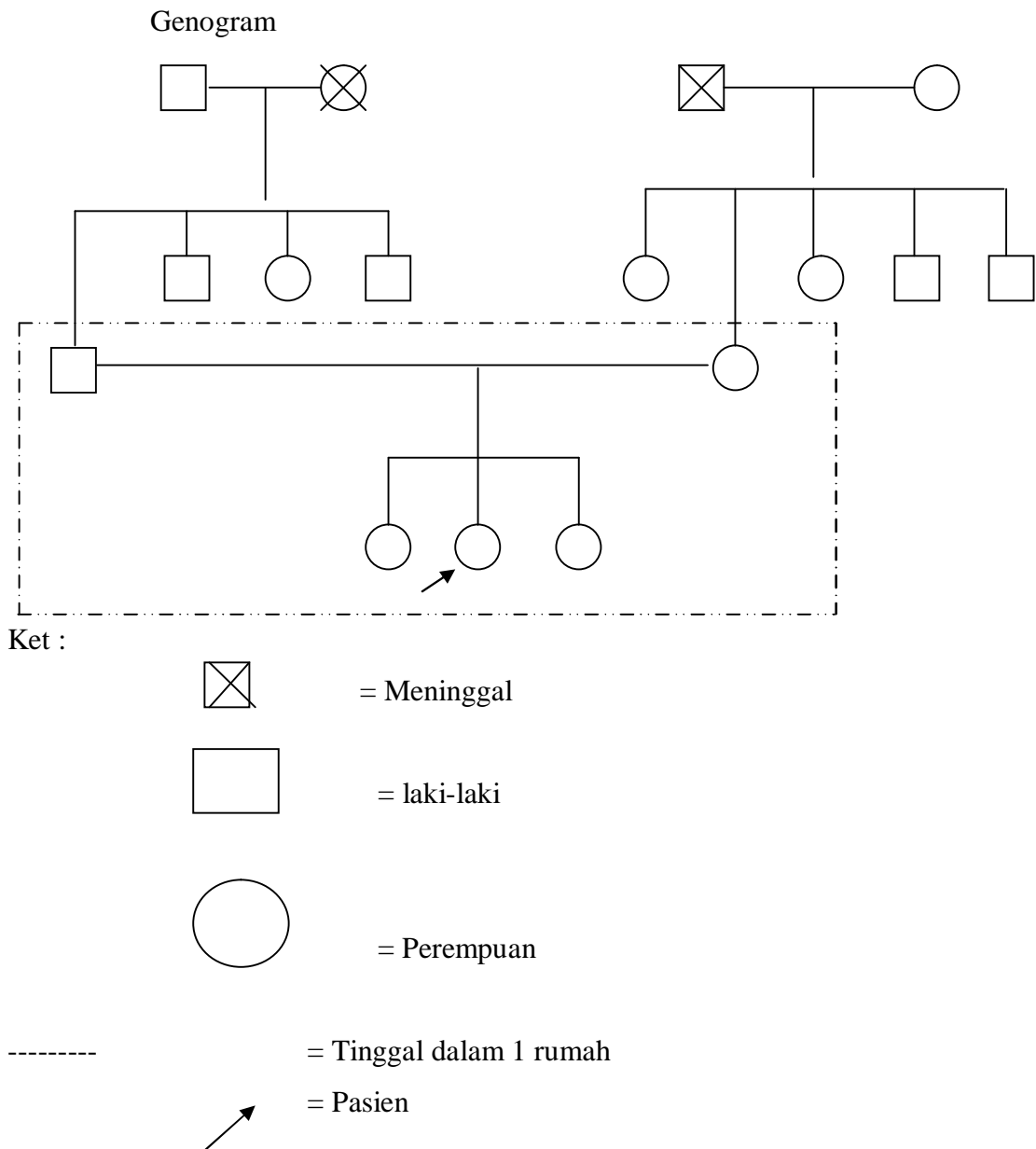
c. Kognitif dan Bahasa

DS: Ibu klien mengatakan bahwa anaknya dirumah sehari-hari menggunakan bahasa jawa.

d. Motorik kasar

Klien mengatakan dirumah sudah biasa melakukan aktivitas rumah tangga seperti mencuci dan menjemur pakaian sendiri.

6. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA (DISERTAI GENOGRAM)



DS : Ibu klien mengatakan klien tinggal serumah dengan orang tuanya dan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama dengan klien atau penyakit lain yang dianggap berbahaya.

7. POLA KESEHATAN FUNGSIONAL MENURUT GORDON

a. Pola persepsi kesehatan-manajemen (pemeliharaan kesehatan)

DS: Ibu klien mengatakan saat dirumah ketika anaknya demam ibu klien melakukan kompres air hangat.

b. Pola metabolisme nutrisi

DS : Klien mengatakan tidak nafsu makan

	Sebelumsakit	Selamasakit
Makanpagi	: 1 porsi	½ porsi
Makansiang	: 1 porsi	½ porsi
Makanmalam	:1 porsi	½ porsi
Kudapan	: -	-
Minum	: 4 gelas	3 gelas
DO : TB	137 cm, BB sebelum sakit 34 kg	BB selama sakit 33 kg

Masalah: klien tidak nafsu makan dan mual

c. Pola eliminasi

DS: -

Sebelumsakit

BAK

Frekuensi : 4x sehari

Jumlah urine : -

Warna :kuning

Bau : khas urin

Masalah : tidak ada keluhan

BAB

Frekuensi : 1 hari sekali

Jumlahfeses : -

Warna :coklat

Konsistensi :padat

Masalah :tidak ada

Selamasakit

BAK

Frekuensi :4x sehari

Jumlah urine : -

Warna :kuning

kecoklatan

BAB

Frekuensi :1 hari sekali

Jumlahfeses :-

Warna : kuning

Bau	:khas urin	Konsistensi	: lembek
Masalah	:tidak ada keluhan	Masalah	: tidak ada

d. Pola aktivitas latihan

DS : Ibu klien mengatakan dalam kehidupan sehari-hari anak kedua dari tiga bersaudara dan klien masih sekolah. Klien suka berolahraga pada sore hari dan tidak ada keluhan selama beraktivitas. Sedangkan pada saat dirumah sakit klien hanya beristirahat dan berbaring ditempat tidur.

e. Pola istirahat tidur

DS :

Sebelum sakit

Tidur siang :2 jam

Tidur malam :8 jam

Selama sakit

Tidur siang : 3 jam

Tidur malam :8 jam

Keluhan :tidak ada

DO :Lidung, tenggorokan, dan dada :tidak ada

f. Pola persepsi kognitif

DS:Ibu klien mengatakan belum tau cara penanganan penyakit yang diderita anaknya.

g. Pola hubungan sosial

DS: Ibu klien mengatakan klien paling dekat dengan kakaknya, dan klien sering jalan-jalan bersama temannya.

h. Pola seksual

DS: Klien adalah seorang perempuan 12 tahun, klien berpenampilan sehari-hari layaknya anak perempuan.

i. Pola pemecahan masalah mengatasi stres

DS: klien mengatakan ingin cepat sembuh agar bisa pulang dan bisa bersekolah lagi karena takut ketinggalan pelajaran.

j. Sistem kepercayaan nilai-nilai

DS: Keluarga klien selain memberikan motivasi agar anaknya cepat sembuh tetapi juga dengan cara spiritual yaitu berdoa

8. PEMERIKSAAAN FISIK

a. Temperatur

39 °C

b. Denyut jantung /nadi

110x/menit

c. Respiratiri rate

20x/menit

d. Tekanan darah

110/70 mmhg

e. Keadaan umum

Compos mentis

f. Pertumbuhan

TB: 137 cm

BB sebelum sakit: 34 kg

BB selama sakit : 33 kg

g. Kepala

Bentuk kepala bulat, simetris, tidak ada luka, dan tidak ada nyeri tekan

h. Mata

Mata simetris, tidak ada luka, tidak ada benjolan, warna iris hitam.

i. Hidung

I:Lubang hidung bersih,tidak ada kotoran,tidak ada pembesaran polip

P: tidak ada pembengkokan tulang hidung

j. Mulut

I: Tidak ada lesi, bibir tidak sianosis, mulut bersih, tidak ada gigi palsu

k. Telinga

I: Tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, tidak ada peradangan, tidak ada penumpukan serumen

l. Tengukuk

I: tidak ada luka

m. Dada

Bentuk dada normal, tidak ada luka

n. Jantung

I: tidak ada pembesaran jantung (iktus cordis pada ics 5 kiri)

P: tidak ada benjolan

P: pekak

A: suara jantung normal

o. Paru

I: bentuk dada simetris

P: getaran antara kanan dan kiri teraba sama

P: sonor

A: suara vesikuler

p. Perut

I: bentuk abdomen cembung, simetris, tidak ada benjolan

A: terdengar bising usus dikuadran ke empat 27x/m

P: tidak ada benjolan

P: bunyi tympani

q. Punggung

Tidak ada kelainan

r. Genitalia

Tidak terpasang kateter

s. Ekstremitas

Tidak ada luka, tangan kiri terpasang infus RL

t. Kulit

I:kulit bersih

P:tekstur halus,tidak edema, turgor kulit baik dicubit kembali

<1 detik ,tidak ada luka,dan tidak ada nyeri tekan

PEMERIKSAAN PENUNJANG

Lab : Tanggal 18 Januari 2016

Jam: 09.11 WIB

Parameter	Hasil	Nilai Normal	Satuan
Darah Rutin			
HB	11	12-16	g/dl
Lekosit	3.500	4.800-10.800	/mm ³
Trombosit	61.000	150.000-450.000	/mm ³
Hematokrit	36	37-47	%
LED 1 Jam	17	0-20	mm/Jam
LED 2 Jam	18	0-20	mm/Jam
Eosinofil	0	2-4	%
Basofil	0	0-1	%
Netrofil Batang	0	2-6	%
Netrofil Segmen	64	50-70	%
Limfosit	30	25-40	%
Monosit	6	2-8	%

Monitor Trombosit Paket :

Parameter	18 Januari 2016	19 Januari 2016	20 Januari 2016
Trombosit	61.000 /mm ³	81.000 /mm ³	157.000 /mm ³

Hematokrit	36%	40%	40%
Lekosit	3.500 /mm ³	5.570 /mm ³	5.500 /mm ³
Hb	11 g/dl	11 g/dl	13 g/dl

Terapi :

Injeksi

Medical	Penjelasan	Indikasi
Infus RL 20 tpm macro drip	Untuk mengganti cairan intravaskuler	Memenuhi kebutuhan cairan dan elektrolit
Norages 3x125 mg IV	Antipiretik	Menurunkan panas demam
Cefotaxime 2x1 gr IV	Antibiotik	Antibiotik secara umum, anti inflamasi

Obat oral

Nama obat	Penjelasan
Paracetamol 3x 1 tablet	Menurunkan demam

Diet

Jenis Diet	Tgl Terapi	Penjelasan Umum	Indikasi Dan Tujuan	Makanan Spesifik	Respon Pasien
------------	------------	-----------------	---------------------	------------------	---------------

Tinggi kalori tinggi protein	18-20 januari 2016	Makanan dengan tinggi kalori, tinggi protein dan mudah untuk dicerna	Supaya kebutuhan nutrisi klien terpenuhi	Bubur, telur, sayur-sayuran, daging	Klien makan hanya sedikit
------------------------------	--------------------	--	--	-------------------------------------	---------------------------

PENGELOMPOKAN DATA

Data Subyektif :

- Ibu klien mengatakan anaknya demam
- Ibu klien mengatakan adanya bintik-bintik merah pada lengan tangan anaknya dan terjadi perdarahan digusi
- Klien mengatakan mual
- Klien mengatakan tidak nafsu makan

Data Obyektif:

- Nadi: 110x/menit
- Suhu 39°C
- TD: 110/80 mmhg
- RR: 20X/MENIT
- Tubuh klien teraba hangat
- klien tampak pucat
- Uji torniquet positif dan terlihat perdarahan digusi

- A: 17,58 (kurus), B: Hb: 11 g/dl, C: klien tampak pucat, D: diet tinggi kalori tinggi protein
- Trombosit: 61.000 /mm³
- Ht: 36%
- Klien makan hanya habis ½ porsi
- Klien tampak lemas

Analisa Data

NO	TANDA DAN GEJALA	PROBLEM	ETIOLOGI
1	DS: Ibu klien mengatakan adanya bintik-bintik merah pada lengan tangan anaknya. DO: -Terlihat bintik-bintik merah dilengan tangan klien -Trombosit: 61.000	Resiko perdarahan berlanjut	Trombositopenia
2	DS: -ibu klien mengatakan terdapat perdarahan digusi klien, -Ibu klien mengatakan anaknya demam. DO: -Uji torniquet positif -Terdapat perdarahan digusi klien - Suhu 39 c - Trombosit: 61.000 mm ³ -Hematokrit: 36 %	Resiko kekurangan cairan	Peningkatan permeabilitas kapiler, perdarahan dan demam

3	<p>DS: Ibu klien mengatakan anaknya demam</p> <p>DO: -Tubuh klien terasa hangat</p> <p>-Suhu: 39 C</p> <p>-Nadi: 110x/menit</p> <p>-RR: 20x/ Menit</p> <p>-Trombosit: 61.000 mm³</p> <p>-Hematokrit: 36%</p>	, Hipertermi	Proses inflamasi virus dengue
4	<p>DS: -Klien mengatakan tidak nafsu makan</p> <p>-Klien mengatakan mual</p> <p>DO: - A:17,58 (kurus) B: Hb:11 g/dl C: klien tampak pucat D: Klien makan hanya habis ½ porsi</p> <p>- Klien tampak lemas</p>	, Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	Anoreksia
	-		

Daftar Masalah

NO	Tgl ditemukan	DIAGNOSA KEPERAWATAN	Paraf	Tgl teratasi	Paraf
1	18 januari 2016	Resiko perdarahan berlanjut berhubungan dengan trombositopenia		20 Januari 2016	
2	18 Januari 2016	Resiko kekurangan cairan berhubungan dengan permeabilitas kapiler, perdarahan dan demam		20 Januari 2016	
3	18 januari 2016	, Hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi virus dengue		20 Januari 2016	
4	18 Januari 2016	Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, mual tidak nafsu makan		20 Januari 2016	

Rencana Keperawatan

Nama :An.N

Umur : 10 Tahun

Dx

:DHF

Hari/Tgl	DIAGNOSA	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
Senin,18 januari 2016	Resiko perdarahan berlanjut berhubungan dengan trombositopeni a	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x8 jam diharapkan tidak terjadi perdarahan dengan kriteria hasil: ➤ Tidak ada tanda perdarahan seperti mimisan,bintik -bintik merah pada kulit ➤ Trombosit dalam rentang 150.000-450.000 mm3	1.Observasi keadaan umum klien dan monitor tanda-tanda perdarahan 2. Monitor hasil trombosit klien setiap hari 3. Anjurkan klien untuk banyak istirahat 4.Kolaborasi cairan intravena	1.Mencegah timbulnya tanda klinis(ptekia) 2. Dengan trombosit yang dipantau setiap hari dapat diketahui tingkat kebocoran pembuluh darah dan kemungkinan perdarahan yang dialami klien 3. Mengistirahatkan klien untuk mencegah komplikasi 4.pemberian cairan sangat penting untuk kesembuhan dn kenaikan trombosit agar dalam rentang normal

	Resiko kekurangan cairan berhubungan dengan permeabilitas kapiler, perdarahan dan demam.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tidak terjadi kekurangan cairan dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Wajah klien tampak segar Turgor kulit baik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji tanda tanda vital 2. Observasi adanya tanda-tanda syok 3. Anjurkan dan berikan klien minum 1000-1500 ml 4. Kolaborasi cairan intravena 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui penyimpangan dari keadaan normalnya 2. Untuk mengetahui adanya tanda-tandanya pasien mengalami syok 3. Untuk mengetahui kebutuhan cairan klien 4. Meningkatkan cairan dalam tubuh dan mencegah terjadinya syok hipovolemik
Senin, 18 Januari 2016	Hipertemi berhubungan dengan proses inflamasi virus dengue	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x8 jam diharapkan suhu tubuh dalam rentang normal dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Suhu: 36-37 c ➤ Akral tidak teraba hangat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji tanda-tanda vital (suhu, nadi, pernafasan) 2. Beri kompres air hangat bila suhu tubuh > 38 c 3. Anjurkan klien untuk menggunakan pakaian yang tipis untuk menyerap keringat 4. Kolaborasi cairan intravena dan memberikan obat antipiretik 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui adanya peningkatan suhu tubuh 2. Mengurangi panas secara konduksi 3. Memberikan rasa nyaman dan pakaian yang tipis tidak merangsang peningkatan suhu tubuh 4. Pemberian cairan sangat penting bagi klien dengan suhu tubuh tinggi antipiretik sebagai

				penurun suhu tubuh
Senin,18 januari 2016	Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia,mual dan tidak nafsu makan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi klien terpenuhi dengan kriteria hasil: ➤ BB klien dalam rentang normal ➤ Tidak ada mal nutrisi	1.Kaji keluhan mual klien 2. Observasi intake makanan klien 3.Timbang berat badan klien setiap hari 4.Anjurkan klien makan sedikit tapi sering /makan diantara waktu makan	1. Untuk mengetahui apakah klien masih mual atau tidak 2.Mmemantau masukan makanan klien 3. memantau efektifitas dari intervensi 4. untuk memperbaiki pola makan klien

IMPLEMENTASI

Tgl/Hari/Jam	NO. DX	Tindakan keperawatan	Respon	Paraf
Senin,18 januari 2016 07.30	2, 3 3	-Mengkaji tanda-tanda vital (suhu,nadi,pernafaan) -Menganjurkn klien untuk menggunakan	S: Ibu klien mengatakan anaknya demam O: TD: 110/70 mmhg Suhu: 39° c N: 110x/menit Rr: 20x/menit S: Klien mengatakan akan mengikuti	

		<p>pakaian tipis untuk menyerap keringat</p>	<p>anjuan perawat O:klien terlihat memakai pakaian yang tipis</p>	
08.00	1,2	<p>-Mengobservasi keadaan umum klien dan memonitor tanda-tanda perdarahan</p>	<p>S: Ibu mengatakan bahwa anaknya tidak mimisan tetapi timbul bintik-bintik merah dilengan tangannya. O:Uji torniquet positif dan terdapat perdarahan digusi</p>	
	3	<p>-Melakukan tindakan kolaborasi injeksi norages 250 mg IV dan cefotaxime 1 gr iv</p>	<p>S:Klien bersedia di injeksi O: Obat masuk melalui IV dan 15 menit setelah injeksi norages, klien diukur suhu nya dan suhu tubuh klien mengalami penurunan menjadi 38,8°C yang awalnya 39° C</p>	
08.30	3	<p>-Memberikan kompres air hangat dan mengajarkan teknik Water tepid sponge kepada ibu klien</p>	<p>S: Ibu klien bersedia diajarkan O:-Ibu klien terlihat memperhatikan. -suhu tubuh klien sebelum di kompres WTS 38,8 C Dan 10 menit sesudah di</p>	

11.00	1	-Memonitor hasil trombosit setiap hari	kompres turun menjadi 38,5 C S:- O: Trombosit pada hari senin, 18 januari 2016 yaitu 61.000 mm ³	
12.00	3	-Melakukan tindakan kolaborasi memberikan obat oral paracetamol ½ tablet.	S: klien bersedia di berikan obat O: -	
	4	-Mengobservasi intake makanan klien	S: Klien mengatakan tidak nafsu makan O: Klien terlihat hanya habis ½ porsi yang diberikan oleh rumah sakit	
	4	-Mengkaji keluhan mual klien	S: Klien mengatakan mual O: Klien terlihat lemas	
13.00	4	-Menimbang berat badan klien	S: Klien mengatakan mau ditimbang O:BB :33 kg	
	1,2	-Mengkaji tanda tanda	S: Ibu klien	

Selasa,,19 januari 2016		vital	<p>mengatakan anaknya masih demam</p> <p>O:TD: 115/80 mmhg</p> <p>Suhu:38,5°Cc</p> <p>Nadi: 100x/menit</p> <p>Rr: 20x/menit</p>	
	1,2	-Mengobservasi keadaan umum klien dan memonitor tanda-tanda perdarahan	<p>S: Ibu mengatakan bahwa anaknya tidak mimisan dan bintik-bintik merah dilengan tangannya belum hilang</p> <p>O:Uji torniquet positif dan terdapat perdrahan digusi.</p>	
		-		
07.30	2,3	Mengkaji tanda-tanda vital (suhu,nadi,pernafaan)	<p>S: Ibu klien mengatakan anaknya demam</p> <p>O: TD: 100/70 mmhg</p> <p>Suhu: 38,3° c</p> <p>N: 109x/menit</p> <p>Rr: 22x/menit</p>	
08.00	3	Melakukan tindakan kolaborasi injeksi norages 250 mg IV dan cefotaxime 1 gr IV	<p>S:Klien bersedia di injeksi</p> <p>O: Obat masuk melalui IV dan 15</p>	

08.20	3	-Memberikan kompres air hangat	<p>menit setelah injeksi diukur suhu nya dan suhu tubuh klien mengalami penurunan menjadi 38,3 yang awalnya 38,5 c</p> <p>S: Ibu klien mengatakan bersedia mengompres anaknya dengan teknik water tepid sponge yang sudah diajarkan perawat</p> <p>O: Ibu klien terlihat sudah bisa melakukan mengompres dengan teknik water tepid sponge.</p> <p>-suhu tubuh klien sebelum di kompres WTS 38,3 C Dan 10 menit sesudah di kompres turun menjadi 38 C</p>	
11.20	1	-Memonitor hasil trombosit setiap hari	<p>S:-</p> <p>O: Trombosit pada hari Selasa, 19 Januari 2016 yaitu 81.000 mm³</p>	

12.00	3	- Melakukan tindakan kolaborasi pemberian obat oral paracetamol ½ tablet	S: klien bersedia minum onat O: klien terlihat mau minum obat	
	4	Mengobservasi intake makanan klien	S: Klien mengatakan tidak nafsu makan O: Klien terlihat hanya habis ½ porsi yang diberikan oleh rumah sakit	
13.00	4	-Mengkaji keluhan mual klien	S: Klien mengatakan mual O: Klien terlihat lemas	
	4	-Menimbang berat badan klien	S: Klien mengatakan mau ditimbang O:BB :33 kg	
13.10	2,3	-Mengkaji tanda tanda vital	S: Ibu klien mengatakan anaknya masih demam O:TD: 112/70 mmhg Suhu:38°C Nadi: 102x/menit Rr: 20x/menit	

08.00	3	-Melakukan tindakan kolaborasi injeksi norages 250 mg IV dan cefotaxime 1 gr IV	hilang O: Uji torniquet negatif dan tidak terdapat perdarahan digusi S:Klien bersedia di injeksi O: Obat masuk melalui IV	
	1	-Memonitor hasil trombosit setiap hari	S:- O: Trombosit pada hari rabu,20 januari 2016 yaitu 157.000 mm ³	
12.00	4	-Mengobservasi intake makanan klien	S: Klien mengatakan sudah nafsu makan O: Klien terlihat habis 1 porsi yang diberikan oleh rumah sakit	
12.15	4	-Mengkaji keluhan mual klien	S: Klien mengatakan sudah tidak mual O: Klien terlihat sudah bugar	
12.30	4	-Menimbang berat badan klien	S: Klien mengatakan mau ditimbang O:BB :33,2 kg	

13.00	2,3	-Mengkaji tanda tanda vital	<p>S: Ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak demam</p> <p>O:TD: 110/70 mmhg</p> <p>Suhu:36.6°C</p> <p>Nadi: 105x/menit</p> <p>Rr: 20x/menit</p>	
-------	-----	-----------------------------	---	--

EVALUASI

Hari/Tgl/Jam	NO.DX	CATATAN PERKEMBANGAN	PARAF
Senin,18 januari 2016 Jam 14.00	1	<p>S: Ibu mengatakan bahwa anaknya tidak mimisan tetapi timbul bintik-bintik merah dilengan tangannya.</p> <p>O:-Terlihat bintik-bintik merah dilengan tangan klien.</p> <p>-Trombosit:61.000 mm³</p> <p>A:Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	
	2	<p>S: -Ibu klien mengatakan anaknya demam dan timbul bintik-bintik merah dilengan tangannya</p> <p>-Ibu klien mengatakan terdapat perdarahan digusi</p>	

		<p>O: -Uji torniquet positif dan terdapat perdarahan di gusi</p> <p>-Trombosit:61.000 mm³</p> <p>-Hematokrit 36%</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	
	3	<p>S:Ibu klien mengatakan anaknya demam</p> <p>O: TD: 115/80 mmhg</p> <p>Suhu:38,5°Cc</p> <p>Nadi: 100x/menit</p> <p>Rr: 20x/menit</p> <p>Trombosit:61.000 /mm³</p> <p>Hematokrit:36%</p> <p>A:Masalah belum teratasi</p> <p>P:Lanjutkan intervensi</p>	
	4	<p>S:Klien mengatakan mual</p> <p>Klien mengatakan tidak nafsu makan</p> <p>O:Klien terlihat lemas</p> <p>Klien terlihat hanya habis ½ porsi yang diberikan oleh rumah sakit</p> <p>Hb:11 g/dl</p> <p>BB:33 kg</p> <p>A:Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	

Selasa, 19 januari 2016 14.00	1	<p>S: Ibu mengatakan bahwa anaknya tidak mimisan tetapi bintik-bintik merah dilengan tangannya belum hilang</p> <p>O:-masih terlihat bintik-bintik merah dilengan tangan klien.</p> <p>-Trombosit:61.000 mm³</p> <p>A:Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	
	2	<p>S: -Ibu klien mengatakan anaknya demam dan timbul bintik-bintik merah dilengan tangannya</p> <p>-Ibu klien mengatakan terdapat perdarahan digusi</p> <p>O: -Uji torniquet positif dan terdapat perdarahan di gusi</p> <p>-Trombosit:81.000 mm³</p> <p>-Hematokrit 40%</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	
	3	<p>S: Ibu klien mengatakan anaknya masih demam</p> <p>O: TD: 112/70 mmhg</p> <p>Suhu:38°C</p> <p>Nadi: 102x/menit</p> <p>Rr: 20x/menit</p> <p>Trombosit:81.000 /mm³</p> <p>Hematokrit:40 %</p> <p>A:Masalah belum teratasi</p> <p>P:Lanjutkan intervensi</p>	
	4	<p>S:Klien mengatakan mual</p> <p>Klien mengatakan tidak nafsu makan</p> <p>O:Klien terlihat lemas</p> <p>Klien terlihat hanya habis ½ porsi yang diberikan</p>	

		<p>oleh rumah sakit</p> <p>Hb: 11g/dl</p> <p>BB:33 kg</p> <p>A:Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	
<p>Rabu,20 januari 2016</p> <p>14.00</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>	<p>S: Ibu mengatakan bahwa anaknya tidak mimisan tetapi bintik-bintik merah dilengan tangannya sudah hilang</p> <p>O:-sudah tidak terlihat bintik-bintik merah dilengan tangan klien.</p> <p>-Trombosit:157.000 mm3</p> <p>A:Masalah teratasi</p> <p>P: pertahankan kondisi klien</p> <p>S: -Ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak demam dan bintik-bintik merah dilengan tangannya sudah hilang</p> <p>-Ibu klien mengatakan sudah tidak ada perdarahan digusi</p> <p>O: Uji torniquet negatif dan tidak terdapat perdarahan di gusi</p> <p>-Trombosit:157.000 mm3</p> <p>-Hematokrit 40%</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Pertahankan intervensi</p> <p>S: Ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak demam</p> <p>O: TD: 110/70 mmhg</p> <p>Suhu:36.6°C</p> <p>Nadi: 105x/menit</p>	

	4	<p>Rr: 20x/menit</p> <p>Trombosit:157.000 /mm³</p> <p>Hematokrit:40%</p> <p>A:Masalah teratasi</p> <p>P:pertahankan kondisi klien</p> <p>S:Klien mengatakan sudah tidak mual</p> <p>Klien mengatakan nafsu makan sudah kembali</p> <p>O:Klien terlihat sudah tidak lemas</p> <p>Klien terlihat habis 1 porsi yang diberikan oleh rumah sakit</p> <p>Hb: 13 g/dl</p> <p>BB: 33,2 kg</p> <p>A:Masalah teratasi</p> <p>P: pertahankan kondisi klien</p>	
--	---	---	--