

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. S DENGAN *DENGUE HEMORAGIC FEVER* (DHF) DI RUANG FLAMBOYAN RSI PKU MUHAMMADIYAH PEKAJANGAN - PEKALONGAN



Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat guna memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan

Oleh :

Annisa Fitriana
NIM : 13.1641.P

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

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Pekalongan, Juni 2016
Yang membuat pernyataan

Annisa Fitriana
NIM 13.1641.P

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “**Asuhan Keperawatan Pada An. S dengan Dengue Hemoragic Fever (DHF) di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Islam PKU Muhammadiyah Pekajangan**”, yang disusun oleh Annisa Fitriana telah disetujui dan diperiksa oleh Dosen Pembimbing Karya Tulis Ilmiah untuk dipertahankan di depan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah sebagai salah satu syarat yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi DIII Keperawatan STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.

Pekajangan, Juni 2016

Pembimbing

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

NIK 99.001.023

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul “Asuhan Keperawatan pada An.S dengan *Dengue Hemoragic Fever* (DHF) di Ruang Flamboyan RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan” yang disusun oleh Annisa Fitriana telah berhasil dipertahankan dihadapan penguji dan diterima sebagai salah satu syarat yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D III Keperawatan STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.

Pekalongan, Juni 2016
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

Mengetahui,
Ka Prodi DIII Keperawatan
STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan

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

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah penulis panjatkan kehadiran Allah SWT atas rahmat, nikmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan DHF pada An.S di Ruang Flamboyan RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan Tahun 2016”. Terselesaikannya penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini tidak lepas dari bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih dan mohon maaf atas segala kesalahan yang penulis lakukan kepada :

1. Mokhammad Arifin, S.Kp, M.Kep, selaku ketua STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.
2. Direktur RSI PKU MUHAMMADIYAH PEKAJANGAN yang telah memberikan ijin kepada penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
3. Herni Rejeki, M.Kep., Ns. Sp.Kep.Kom, selaku Kepala Prodi DIII Keperawatan STIKES Muhammadiyah Pekajangan.
4. Siti Rofiqoh,M.Kep., Ns.Sp.Kep.An, selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
5. Aida Rusmariana, M.A.N , selaku penguji dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
6. Seluruh dosen dan karyawan STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan
7. Pasien An. S dan keluarga pasien yang telah membantu dan bekerjasama dengan penulis dalam proses pembuatan Karya Tulis Ilmiah
8. Kedua orang tua yang telah membantu dan memberikan dukungan penuh dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
9. Seluruh pihak yang telah memberikan bantuan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

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

Pekajangan, Juli 2016

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR ORISINALITAS	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
BAB I. PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan.....	4
C. Manfaat.....	4
BAB II. KONSEP DASAR DHF	
A. Medis	6
B. Asuhan Keperawatan.....	10
BAB III. RESUME KASUS	
A. Pengkajian.....	17
B. Diagnosa Keperawatan.....	18
C. Intervensi	18
D. Implementasi.....	20
E. Evaluasi	22
BAB IV. PEMBAHASAN	
A. Diagnosa Keperawatan yang muncul	25
B. Diagnosa Keperawatan yang tidak muncul	32
C. Kekuatan dan kelemahan	33

BAB V. PENUTUP

A. Kesimpulan	34
B. Saran	35

DAFTAR PUSTAKA	ix
----------------------	----

LAMPIRAN

1. Pathways DHF
2. Asuhan Keperawatan pada An.S dengan *Dengue Hemoragic Fever* (DHF) di Ruang Flamboyan RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan 2016

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit demam berdarah *dengue* (DBD) merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di Indonesia yang jumlah penderitanya cenderung meningkat dan penyebarannya semakin luas. Penyakit DBD merupakan penyakit menular yang terutama menyerang anak-anak. *World Health Organization* (WHO) memperkirakan ada sekitar 50 – 100 juta dan 500.000 penderita demam berdarah setiap tahunnya, dengan jumlah kematian sekitar 22.000 jiwa, terutama anak – anak, pada masa 50 tahun terakhir, insiden dengue disebut dunia meningkat 30 kali, hal ini disebabkan oleh sanitasi lingkungan yang tidak bagus (Soedarto, 2012).

Kementerian kesehatan menyebutkan bahwa di Indonesia masih banyak kasus demam berdarah. Indonesia mengalami epidemi sekali dalam 4 – 5 tahun dengan puncak epidemi berulang setiap 9-10 tahun. DBD pertama kali dilaporkan di Surabaya pada tahun 1968 dengan penderita sebanyak 58 orang, dan 24 orang diantaranya meninggal dunia atau sekitar 41,3%. Pada tahun 2009 menyebar ke seluruh Indonesia dengan jumlah 158,912 kasus. Menurut laporan Departemen Kesehatan RI seluruh propinsi di Indonesia saat ini telah terjangkit penyakit ini. Propinsi-propinsi dengan indens lebih dari 10 per 100.000 penduduk, diantaranya adalah propinsi Sumatera Barat, Riau, Jambi, Sumatera Selatan, DKI, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, Kalimantan Barat, Kalimantan Selatan dan Nusa Tenggara Timur. Angka kematian tertinggi terjadi pada tahun 1968 sebesar 41,3% pada tahun 2009 menurun menjadi 0,89%, tetapi jumlahnya kembali meningkat dari 24 pada tahun 1968 menjadi 1.420 pada tahun 2009. Perubahan iklim dan buruknya penanganan lingkungan menyebabkan kasus demam berdarah meluas di masyarakat. Iklim yang sulit diprediksi, membuat hujan terus terjadi

sepanjang tahun. Kucuran air dari langit inilah yang membuat genangan semakin banyak. Parahnya kepedulian masyarakat akan kebersihan cenderung menurun (Soedarmo, 2013)

Di provinsi Jawa Tengah, penyakit DBD masih menjadi masalah serius. Dinas Kesehatan Jawa Tengah (Dinkes Jateng) mencatat, sampai bulan Mei 2014, angka kasus penyakit Demam Berdarah *Dengue* (DBD) di wilayah Jawa Tengah sebanyak 10 ribu kasus mengalami kenaikan dibanding tahun 2013 yang hanya 12 ribu kasus per tahun. Dari 10 ribu kasus tersebut, sekitar 48 warga Jawa Tengah meninggal dunia akibat serangan DBD.

Wabah yang disebabkan gigitan nyamuk *Aedes Aegypti* ini mengalami peningkatan pada tahun 2015 di Kabupaten Pekalongan, dengan total kasus 192 penderita dan 5 diantaranya meninggal dunia. Sementara ditahun 2014, total kasus 179 penderita dengan angka kematian sebanyak 5 kasus. Oleh karena itu, Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan mengimbau masyarakat untuk mewaspada penyakit demam berdarah dan berupaya menekan tingkat serangan dengan mencanangkan pemberantasan sarang nyamuk. Pencanangan gerakan pemberantasan sarang nyamuk dilakukan setiap tahun dan akan dilakukan secara bergilir ditiap kecamatan yang ada di Kabupaten Pekalongan. Sementara delapan dari sembilan belas kecamatan yang ada dinilai *endemis* penyakit demam berdarah yaitu kecamatan Kedungwuni, Buaran, Tirto, Bojong, Wiradesa, Kesesi, Sragi, dan Kajen (Dinkes Kabupaten Pekalongan, 2015).

Tingginya kasus maupun kematian akibat penyakit DBD disebabkan karena pengaruh kualitas lingkungan yang merupakan *endemis* di wilayah tropis dan subtropis. Vektor penyakit DBD yaitu nyamuk *Aedes Aegypti* dapat bertahan hidup dan berkembangbiak sampai ketinggian 1.000 m di atas permukaan laut (dpl). Tempat perkembangbiakan yang paling disukai nyamuk adalah air jernih yang tidak berhubungan langsung

dengan tanah dan berwarna gelap. Angka kasus DBD akan meningkat bertepatan dengan mulainya musim penghujan karena kondisi iklim dan temperatur cocok untuk perkembangbiakan vektor. Curah hujan yang tinggi akan mempengaruhi kelembaban dimana kondisi tersebut sangat berpengaruh pada perkembangbiakan vector. Oleh karena itu, upaya pemberantasan DBD berfokus pada pemutusan mata rantai penularan dengan memberantas vektor penularannya (Soedarto, 2012).

Perlu diperhatikan terjadinya perdarahan yang sering ditemukan seperti mimisan, terutama jika anak sering menderita mimisan sebelumnya kemudian demam tinggi maka perlu diwaspadai. Kebanyakan orang tua menganggap hal tersebut biasa terjadi pada anak, berikutnya perdarahan pada saluran cerna diikuti muntah darah dan *melenia*, syok bisa saja terjadi jika perdarahan mencapai paru-paru dan otak hingga menimbulkan kematian. Proses pertolongan pertama pada anak penderita DBD dinilai tidak optimal dikarenakan banyak diantara masyarakat yang belum memahami daruratnya *prognosis* penderita DBD. Untuk itu perlu menerapkan pengetahuan kepada masyarakat tentang *prognosis* penyakit DBD pada anak melihat kasus tersebut maka dibutuhkan peran dan fungsi perawat dalam melakukan asuhan keperawatan dengan benar meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilakukan secara komprehensif dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan, antara lain dengan memberikan pendidikan kesehatan untuk meningkatkan status kesehatan klien, memeriksa kondisi secara dini sesuai dengan jangka waktu tertentu untuk mengobati penyebab dasar dan dalam perawatan diri klien secara optimal, sehingga muncul pentingnya asuhan keperawatan dalam menanggulangi klien dengan DBD (Maharani, 2012).

Data rekam medis yang didapatkan penulis di ruang Flamboyan Rumah Sakit Islam Pekajangan, tercatat sepanjang tahun 2014 terdapat 240, sedangkan pada tahun 2015 terdapat 296 kasus terdiagnosa DHF.

Oleh karena itu penulis tertarik untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah tentang Asuhan Keperawatan DHF pada Anak.

B. Tujuan

1. Umum

Tujuan yang ingin dicapai dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini untuk menerapkan dan memahami proses asuhan keperawatan anak pada kasus *Dengue Hemoragic Fever* (DHF).

2. Khusus

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

- a. Melakukan pengkajian anak pada kasus DHF.
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan anak pada kasus DHF.
- c. Menyusun rencana asuhan keperawatan anak pada kasus DHF.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan anak pada kasus DHF.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan anak pada kasus DHF.

C. Manfaat

1. Bagi Penulis

- a. Untuk meningkatkan pengetahuan tentang asuhan keperawatan anak pada kasus DHF.
- b. Untuk meningkatkan ketrampilan dalam memberikan asuhan keperawatan anak pada kasus DHF.

2. Bagi Institusi Pendidikan

- a. Untuk bahan informasi dan acuan bagi institusi dalam menilai kegiatan pembelajaran, dan peningkatan mutu institusi pendidikan tentang pengetahuan akan DHF pada anak.
- b. Untuk bahan bacaan dalam usaha menambah pengetahuan bagi mahasiswa STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan khususnya program studi Diploma III Keperawatan yang berhubungan dengan kasus DHF pada anak.

3. Bagi Profesi Perawat

Untuk meningkatkan sumber informasi dalam rangka peningkatan mutu pelayanan keperawatan optimal, khususnya pada kasus DHF pada anak.

4. Bagi Masyarakat

Untuk meningkatkan pengetahuan dan sumber informasi bagi masyarakat awam mengenai penanganan yang tepat dan optimal dalam upaya penanggulangan angka kejadian DHF pada anak.

BAB II

KONSEP DASAR

A. Medis

1. Pengertian

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). Definisi lain menyebutkan *Dengue Hemoragic Fever* ialah penyakit yang disebabkan oleh virus *dengue* atau *arbovirus* melalui gigitan nyamuk *Aedes Aegypti* (Hidayat, 2006). Menurut Suriadi & Yuliani 2006 *Dengue Hemoragic Fever* yaitu suatu penyakit yang disebabkan oleh virus dengue (*arbovirus*) yang masuk kedalam tubuh manusia melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti*.

Kesimpulan yang dapat diambil dari beberapa definisi bahwa *Dengue Hemoragic Fever* adalah penyakit infeksi demam akut yang disebabkan oleh virus *dengue* (*arbovirus*) masuk ke dalam tubuh melalui gigitan nyamuk *Aedes Aegypti*.

2. Etiologi

Penyebabnya yaitu virus *dengue* sejenis *arbovirus* yang termasuk dalam genus *Flavivirus* keluarga *flaviviridae* dan terdapat paling tidak 4 tipe serotipe virus dengue, yaitu DEN-1, DEN-2, DEN-3, dan DEN-4 yang semua nya dapat menyebabkan demam dengue atau demam berdarah dengue (Suriadi & Yuliani, 2006)

3. Patofisiologis

Awalnya virus dengue masuk ke dalam tubuh melalui gigitan nyamuk *Aedes Aegypti* dan kemudian bereaksi dengan antibodi dan terbentuklah kompleks virus antibodi, dalam sirkulasi terjadi aktivasi sistem *komplement*. Akibat dari aktivasi C3 dan C5 akan dilepas C3a dan C5a yang merupakan dua *peptida* yang berdaya untuk melepaskan *histamin* dan merupakan mediator kuat faktor tingginya *permeabilitas* dinding pembuluh darah yang menghilangkan *plasma* melalui *endotel*

dinding itu. Terjadi trombositopenia, menurunnya fungsi *trombosit* dan menurunnya faktor *koagulasi* (*protombin*, faktor V, VII, IX, X dan *fibrinogen*) merupakan faktor penyebab terjadinya perdarahan hebat, terutama perdarahan saluran *gastrointestinal* pada demam berdarah *dengue*. Yang menentukan beratnya penyakit adalah meningginya *permeabilitas* dinding pembuluh darah, menurunnya volume *plasma*, terjadinya *hipotensi*, *trombositopenia* dan *diatesis hemoragik*. Renjatan terjadi secara akut. Nilai *hematokrit* meningkat bersamaan dengan hilangnya *plasma* melalui *endotel* dinding pembuluh darah dan dengan hilangnya *plasma* klien mengalami *hipovolemik*. Apabila tidak diatasi bisa terjadi *anoksia* jaringan, *asidosis metabolik* dan kematian (Suriadi & Yuliani, 2006).

4. Klasifikasi

Menurut Soedarto 2012 menyebutkan klasifikasi demam berdarah *dengue* adalah sebagai berikut:

a. Derajat I

Demam disertai gejala yang tidak khas, hanya terdapat manifestasi perdarahan dengan dilihat dalam uji torniquet yang positif.

b. Derajat II

Sama dengan derajat I disertai perdarahan spontan di kulit dan atau perdarahan lain.

c. Derajat III

Kegagalan sirkulasi: nadi cepat dan lemah, *hipotensi*, kulit dingin lembab, gelisah.

d. Derajat IV

Terjadi gejala awal syok berupa tekanan darah rendah dan nadi tidak dapat diukur.

5. Manifestasi Klinis

Demam berdarah *dengue* ditandai oleh demam yang klasik antara lain demam yang tinggi yang terjadi mendadak, sakit kepala, nyeri dibelakang bola mata, rasa sakit pada otot dan tulang, lemah badan,

muntah, sakit tenggorokan, terjadi perdarahan dari hidung, kulit terasa dingin dingin dan tampak pucat, penderita mengalami sukar tidur, sulit beristirahat (Soedarto, 2012)

Sedangkan menurut Suriadi & Yuliani (2006) manifestasi klinis dari demam berdarah *dengue* adalah:

- a. Demam tinggi 39,5°-41°C selama 5-7 hari
- b. Mual,muntah, tidak nafsu makan
- c. Perdarahan terutama perdarahan bawah kulit:*ptechie, ekhimosis, hematoma*
- d. *Epistaksis, hematemesis, melena, hematuri*
- e. Nyeri kepala dan belakang mata
- f. Nyeri otot, tulang sendi, *abdomen*, dan ulu hati
- g. Pembengkakan sekitar mata
- h. Pembesaran hati, limpa, dan kelenjar getah bening
- i. Tanda-tanda renjatan (*sianosis*, kulit lembab dan dingin, *capillary refill* lebih dari dua detik, nadi cepat dan lemah)

6. Komplikasi

Menurut Soedarto (2012), komplikasi yang terjadi pada penyakit demam berdarah *dengue* adalah:

- a. Ensefalopati

Pada umumnya ensefalopati terjadi sebagai komplikasi syok yang berkepanjangan dengan pendarahan, tetapi dapat juga terjadi pada DBD yang tidak disertai syok.

- b. Kerusakan Hati

Jika hati teraba kenyal dan membesar saat *palpasi* harus diwaspadai akan terjadinya syok pada klien.

- c. Syok

Biasanya dimulai dengan tanda-tanda kegagalan sirkulasi yaitu kulit lembab, dingin pada ujung hidung, jari tangan dan kaki serta *sianosis* sekitar mulut klien.Syok terjadi pada masa demam dan menunjukkan prognosis yang buruk.

7. Pemeriksaan Penunjang

Suriadi & Yuliani (2006) menyebutkan dalam menengakkan diagnosis demam berdarah *dengue* (DBD) tidak hanya dilihat dari gejala yang muncul, namun perlu adanya pemeriksaan lanjutan seperti:

- a. Trombosit: umumnya terjadi *trombositopenia* pada hari ke-3 hingga ke-8 dengan jumlah *trombosit* $100.000/\mu\text{l}$
- b. Hematokrit: terjadi peningkatan hematokrit $\geq 20\%$.
- c. Rontgen thorax: effusi pleura
- d. Uji torniquet positif
- e. Imunoserologi: IgM dan IgG terhadap *dengue*
 - 1) IgM: terdeteksi mulai hari ke-3 hingga ke-5, meningkat sampai minggu ke-3 dan menghilang setelah 60-90 hari.
 - 2) IgG: pada infeksi primer, IgG mulai terdeteksi pada hari ke-14.

8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan demam berdarah *dengue* (DBD) menurut Suriadi 2006 dan Soedarto 2012 adalah:

- a. Tirah baringselama demam
- b. Minum Banyak 1,5 liter/24 jam dengan air teh, gula atau susu
- c. Berikan Antipiretik jika terjadi demam
- d. Berikan Antikonfulsan jika terdapat kejang
- e. Berikan cairan *intravena* (RL, NaCl) merupakan cairan yang biasa digunakan
- f. Kompres hangat diberikan bila perlu
- g. Monitor suhu badan, trombosit, dan hematokrit sampai fase konvalesen. Observasi kemungkinan adanya komplikasi selama 2 hari sesudah suhu badan menurun.

B. Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan dasar utama dan hal penting dilakukan oleh perawat. Hasil pengkajian yang dilakukan perawat berguna untuk menentukan masalah keperawatan yang muncul pada pasien. Konsep keperawatan anak pada klien demam berdarah *dengue* menurut Hidayat (2006) yaitu:

a. Pengkajian Fokus

- 1) Identitas klien
- 2) Keluhan utama
- 3) Riwayat penyakit sekarang
- 4) Riwayat penyakit dahulu

Riwayat tumbuh kembang, penyakit yang pernah diderita klien, riwayat dirawat di rumah sakit.

5) Riwayat penyakit keluarga

Apakah terdapat anggota keluarga yang pernah mengalami penyakit yang sama maupun penyakit keturunan.

6) Riwayat psikososial

Bagaimana pengetahuan tentang penanganan demam pada anak.

b. Data Subjektif

Merupakan data yang didapatkan berdasarkan keluhan klien dan anggota keluarga klien (Hidayat, 2006), data subjektif yang sering ditemukan antara lain:

- 1) Demam atau panas
- 2) Sakit kepala
- 3) *Anoreksia*, mual, sakit saat menelan
- 4) Lemah
- 5) Nyeri ulu hati, otot dan sendi

c. Data Objektif

Merupakan data yang diperoleh berdasarkan hasil pengamatan perawat terhadap keadaan klien (Hidayat, 2006). Data objektif yang sering ditemukan antara lain:

- 1) Suhu tubuh tinggi, menggigil, wajah tampak kemerahan
- 2) *Hiperemia* pada tenggorokan
- 3) Mukosa mulut kering, perdarahan gusi, lidah kotor
- 4) Nyeri tekan *epigastrik*
- 5) Palpasi *abdomen* terdapat pembesaran hati dan limpa
- 6) Terdapat bintik merah pada kulit (*petekia*), uji *tourniquet* positif, *hematoma*, *hematemesis*, *melena*.

2. Diagnosa Keperawatan

Terdapat beberapa diagnosa keperawatan yang dapat ditemukan pada klien *dengue hemoragic fever* (DHF) menurut Suriadi & Yuliani (2006), yaitu:

- a. Resiko perdarahan lanjut berhubungan dengan Trombositopenia
- b. Perubahan *perfusi* jaringan *perifer* berhubungan dengan perdarahan
- c. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi virus *dengue* (*viremia*)
- d. Resiko kekurangan volume cairan dan elektrolit berhubungan dengan peningkatan *permeabilitas kapiler*
- e. 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 Hidayat (2006), adalah:

- a. Resiko perdarahan lanjut berhubungan dengan Trombositopenia
 - Batasan karakteristik: terdapat perdarahan, kelambatan penyembuhan, suhu kulit berubah (Wilkinson & Ahern, 2012)
 - Tujuan: tidak terjadi perdarahan lanjut
 - Kriteria: tidak ada tanda – tanda perdarahan seperti mimisan dan bab kehitaman, trombosit dalam rentang normal 150.000-400.000 (Wilkinson & Ahern, 2012)
- 1) Intervensi dan rasional
 - a) Observasi keadaan umum klien dengan memonitor tanda-tanda perdarahan
 - Rasional: mengetahui keadaan umum klien, mengetahui adanya perdarahan lanjut
 - b) Monitor hasil trombosit setiap hari
 - Rasional: mengetahui kebocoran plasma darah dan kemungkinan terjadinya perdarahan pada klien
 - c) Anjurkan klien banyak istirahat
 - Rasional: mengistirahatkan klien untuk mencegah komplikasi
 - d) Anjurkan keluarga untuk lapor ke petugas jika menjumpai tanda perdarahan seperti mimisan dan bab kehitaman
 - Rasional: antisipasi terjadinya perdarahan lanjut
 - e) Anjurkan klien untuk gosok gigi dengan menggunakan sikat gigi yang lembut
 - Rasional: mencegah perdarahan lanjut pada gusi
 - f) Berikan alternatif nutrisi yang dapat meningkatkan trombosit (misalnya: sayuran berdaun hijau, buah jambu, tomat, kiwi)
 - Rasional: meningkatkan trombosit (Suriadi & Yuliani, 2006)

- b. Perubahan *perfusi* jaringan *perifer* berhubungan dengan perdarahan.

Batasan karakteristik: perubahan karakteristik kulit (rambut, kuku, dan kelembaban), perubahan tekanan darah pada ekstremitas, kelambatan penyembuhan, nadi lemah dan tidak teraba, edema, tanda homan positif, kulit pucat saat *elevasi*, tidak kembali saat tungkai kembali diturunkan, diskolorasi kulit, perubahan suhu kulit (Wilkinson & Ahern, 2012)

Tujuan: tidak terjadi perubahan *perfusi* jaringan *perifer*

Kriteria: tekanan darah dan nadi dalam rentang normal, *Pulsasi* kuat, *Capillary refill* tidak lebih dari 2 detik, *Trombosit* meningkat (Wilkinson & Ahern, 2012)

1) Intervensi dan rasional

- a) Monitor tanda-tanda vital dan penurunan *trombosit* pada klien

Rasional: mencegah timbulnya tanda klinis (*ptekie*, *epistaksis*)

- b) Kaji dan catat sirkulasi pada *ekstremitas* (suhu dan warna)

Rasional: perubahan *perfusi* jaringan *perifer* dimulai dari *ekstremitas*

- c) Anjurkan klien untuk *bedrest* (tirah baring)

Rasional: mengistirahatkan klien untuk mencegah komplikasi

- d) Kolaborasi dengan monitor *trombosit* setiap hari

Rasional: mengetahui kebocoran *plasma* darah dan kemungkinan terjadinya perdarahan pada klien (Suriadi & Yuliani, 2006)

- c. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi virus

Batasan karakteristik: kulit merah, suhu tubuh meningkat diatas rentang normal, frekuensi nafas meningkat, kejang atau konvulsi,

kulit teraba hangat, *takikardia*, *takipnea* (Wilkinson & Ahern, 2012)

Tujuan: suhu tubuh klien dalam rentang normal

Kriteria: Suhu tubuh dalam rentang 36-37°C, Akral tidak teraba hangat (Wilkinson & Ahern, 2012)

1) Intervensi dan rasional

- a) Kaji suhu tubuh klien

Rasional: mengetahui adanya peningkatan suhu tubuh, memudahkan intervensi

- b) Beri kompres air hangat atau tindakan *tepid water sponge*

Rasional: mengurangi panas dengan pemindahan panas 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 menyerap keringat dan tipis

Rasional: memberikan rasa nyaman dan pakaian yang tipis tidak merangsang peningkatan suhu tubuh

- e) Observasi *intake* dan *output*, tanda vital (suhu, nadi, tekanan darah, respirasi) tiap 3 jam sekali atau sesuai indikasi

Rasional: mendekripsi dini kekurangan cairan serta mengetahui keseimbangan cairan *elektrolit* dalam tubuh, tanda vital digunakan 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 (Suriadi & Yuliani, 2006)

- d. Resiko Kekurangan volume cairan dan elektrolit berhubungan dengan peningkatan *permeabilitas kapiler*

Batasan karakteristik: penurunan turgor kulit, kulit dan membran mukosa kering, suhu tubuh meningkat, peningkatan frekuensi nadi penurunan tekanan darah penurunan volume/tekanan nadi, berat badan menurun (Wilkinson & Ahern, 2012)

Tujuan: kebutuhan cairan tubuh klien terpenuhi

Kriteria: Wajah klien tampak segar, *Turgor* kulit baik, *Output* urin dalam rentang normal yaitu 600-1500 ml/24 jam (Wilkinson & Ahern, 2012)

1) Intervensi dan rasional

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

Rasional: menetapkan data dasar klien untuk mengetahui penyimpangan dari keadaan normalnya

- b) Observasi adanya tanda-tanda syok

Rasional: untuk mendapatkan penanganan segera

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

Rasional: untuk memenuhi kebutuhan cairan tubuh secara peroral

- d) Kolaborasi pemberian cairan *intravena*

Rasional: meningkatkan jumlah cairan tubuh dan mencegah terjadinya syok *hipovolemik* (Suriadi & Yuliani, 2006)

- e. Resiko pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan *intake* nutrisi yang tidak adekuat akibat mual, muntah dan tidak nafsu makan.

Batasan karakteristik: kram abdomen, nyeri abdomen (dengan atau tanpa penyakit), menolak makan, menolak makan, pembuluh kapiler rapuh, diare, (adanya bukti) kekurangan makanan, kehilangan rambut yang berlebihan, bising usus hiperaktif, kurangnya minat terhadap makanan, tonus otot buruk (Wilkinson & Ahern, 2012).

Tujuan: nutrisi tubuh klien terpenuhi sesuai kebutuhan

Kriteria: Berat badan klien dalam rentang normal sesuai usia, Tidak ada malnutrisi (Wilkinson & Ahern, 2012)

1) Intervensi dan rasional

- a) Kaji riwayat nutrisi, termasuk makanan yang disukai klien serta monitor berat badan 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 namun sering atau makan diantara waktu makan

Rasional: mencegah *distensi* lambung

- e) Berikan alternatif nutrisi yang dapat meningkatkan kadar trombosit

Rasional: meningkatkan trombosit (Suriadi & Yuliani, 2006)

BAB III

RESUME KASUS

A. Pengkajian

Penulis melakukan pengkajian riwayat keperawatan pada klien An.S yang masuk Rumah Sakit Islam Pekajangan pada tanggal 15 Januari 2016 pukul 18:24 WIB di ruang Flamboyan kamar 14D, klien berjenis kelamin perempuan, berusia 4 tahun, beragama Islam, beralamatkan Podo Rt 06/Rw 02 No 13 Kedungwuni Pekalongan, masih taman kanak-kanak, dengan nomor rekam medik 250570. Selaku penanggung jawab klien Tn.N berusia 35 tahun, bekerja sebagai wiraswasta. Setelah dilakukan pemeriksaan didapatkan diagnosa medis *dengue hemoragic fever*. Penulis melakukan pengkajian pada tanggal 18 Januari 2016 pada pukul 08:30 WIB dan didapatkan keluhan utama berdasarkan keterangan dari ibu klien yang mengatakan bahwa klien mengalami panas naik turun selama 4 hari sebelum masuk rumah sakit disertai muntah 1x mual dan tidak nafsu makan, ibu juga mengatakan klien minta pulang, ingin bermain dengan temannya, serta takut jika melihat perawat, klien tampak rewel dan cemas.

Pemeriksaan fisik yang dilakukan penulis didapatkan suhu klien 37,5°C, nadi 100 kali permenit, pernapasan 20 kali permenit, berat badan sebelum sakit 16 kg, berat badan sekarang 14 kg, tinggi badan 120 cm, tampak pucat, dan aktivitas di tempat tidur. Pada ekstremitas teraba hangat, tidak edema, turgor kulit <2 detik dan tampak bintik merah pada tungkai dan pelipis. Pemeriksaan penunjang yang dilakukan kepada An.S diperoleh data dari hasil pemeriksaan laoratorium pada tanggal 18 Januari 2016 trombosit klien 48.000 mm^3 , hemoglobin 13,6, hematokrit 33%. Terapi yang diberikan adalah cairan intravena RL 18 tetes permenit makro, Ceftriaxon 2x400 mg IV, Norages 3x125 mg IV, dan peroral sanmol 3x1 (bila panas) dan inpepsa (3x1). Diit yang diberikan adalah 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 ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan perdarahan
3. Resiko kekurangan volume cairan dan elektrolit berhubungan dengan peningkatan *permeabilitas kapiler*
4. Hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi virus dengue
5. Perubahan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia dan mual
6. Cemas berhubungan dengan proses hospitalisasi

C. Intervensi

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

1. Resiko perdarahan lanjut berhubungan dengan trombositopenia

Tujuan dan kriteria hasil intervensi keperawatan yang diberikan adalah: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam, diharapkan tidak ada perdarahan lanjut dengan kriteria hasil: tidak ada tanda-tanda perdarahan seperti mimisan, bab kehitaman, trombosit dalam rentang 150.000-400.000. Intervensi keperawatan dengan observasi keadaan umum klien, monitor tanda-tanda perdarahan seperti mimisan, bab kehitaman, monitor hasil trombosit klien setiap hari, anjurkan klien untuk banyak istirahat, anjurkan keluarga untuk lapor ke petugas jika menjumpai tanda perdarahan seperti mimisan, bab kehitaman, anjurkan klien untuk gosok gigi dengan menggunakan sikat gigi yang lembut, dan berikan alternatif nutrisi yang dapat meningkatkan trombosit seperti sayuran berdaun hijau, buah jambu, jeruk dan kiwi.

2. Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan perdarahan

Tujuan dan kriteria hasil dari intervensi keperawatan yang diberikan adalah: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan tidak terjadi perubahan *perfusi* jaringan *perifer* dengan kriteria hasil: tekanan darah dan nadi dalam rentang normal, *pulsasi* kuat, *capillary refill* tidak lebih dari 2 detik, trombosit meningkat. Intervensi keperawatan dengan monitor tanda-tanda vital dan penurunan trombosit, kaji dan catat sirkulasi pada ekstremitas, anjurkan klien untuk bedrest (tirah baring) dan kolaborasi dengan monitor trombosit setiap hari serta berikan cairan intavena RL 18 tetes permenit makro.

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

Tujuan dan kriteria hasil dari intervensi keperawatan adalah: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan kebutuhan cairan tubuh klien terpenuhi dengan kriteria hasil: wajah klien tampak segar, turgor kulit baik, output urin dalam rentang normal 600-1500 ml/24jam. Intervensi keperawatan dengan kaji keadaan umum klien serta tanda-tanda vital, observasi adanya tanda-tanda syok, anjurkan klien untuk banyak minum 1000-1500ml/hari atau sesuai toleransi dan lakukan tindakan kolaborasi untuk pemberian cairan intavena RL 18 tetes permenit makro.

4. Hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi virus dengue

Tujuan dan kriteria hasil dari intervensi keperawatan yang diberikan adalah: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan suhu tubuh klien kembali normal dengan kriteria hasil: suhu 36-37°C, akral tidak terasa hangat. Intervensi keperawatan

dengan mengkaji tanda-tanda vital (suhu, nadi, pernapasan), beri kompres air hangat bila suhu tubuh $>38^{\circ}\text{C}$ serta ajarkan pada Ibu cara kompres yang benar, anjurkan klien untuk menggunakan pakaian yang tipis dan menyerap keringat, observasi intake dan output, lakukan tindakan kolaborasi untuk pemberian cairan intravena RL 18 tetes permenit makro, norages 3x125 mg.

5. Perubahan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia dan mual

Tujuan dan kriteria hasil dari intervensi keperawatan adalah: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam klien akan terpenuhi kebutuhan nutrisinya dengan kriteria hasil: mual berkurang, nafsu makan kembali normal, berat badan tidak bertambah turun. Intervensi keperawatan dengan kaji riwayat nutrisi termasuk makanan kesukaan klien, timbang berat badan secara teratur, anjurkan klien untuk makan sedikit namun sering atau makan diantara waktu makan, berikan vitamin penambah nafsu makan.

6. Cemas berhubungan dengan proses hospitalisasi

Tujuan dan kriteria hasil dari intervensi keperawatan adalah: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam, diharapkan cemas klien hilang, dengan kriteria hasil: klien mulai mampu berinteraksi dengan perawat, takut mulai berkurang, dan klien mulai nyaman. Intervensi keperawatan dengan kaji tingkat kecemasan klien, dorong ibu/keluarga untuk mensupport anaknya dengan cara ibu selalu ada didekat klien, fasilitasi rasa nyaman dengan cara ibu berperan serta merawat klien, berikan mainan kesukaan klien dirumah.

D. Implementasi

Penulis melakukan implementasi keperawatan pada tanggal 18 januari 2016, berdasarkan intervensi keperawatan yang telah disusun yaitu sebagai berikut:

1. Resiko perdarahan lanjut berhubungan dengan trombositopenia

Implementasi keperawatan yang dilakukan adalah mengkaji keadaan umum dan TTV (suhu, nadi, pernapasan), memonitor hasil trombosit klien tiap hari, menganjurkan klien untuk beristirahat. Melakukan tindakan kolaborasi terapi cairan intravena RL 18 tetes permenit makro.

2. Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan perdarahan

Implementasi yang dilakukan dengan memonitor tanda-tanda vital dan penurunan trombosit, mengkaji sirkulasi pada ekstremitas, menganjurkan klien untuk bedrest (tirah barinng) dan melakukan kolaborasi dengan monitor trombosit setiap hari.

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

Implementasi keperawatan yang dilakukan adalah mengkaji keadaan umum klien serta tanda-tanda vital, mengobservasi adanya tanda-tanda syok, menganjurkan klien untuk banyak minum, melakukan kolaborasi pemberian cairan intravena RL 18 tetes permenit makro.

4. Hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi virus dengue

Implementasi yang dilakukan adalah mengkaji tanda-tanda vital (suhu, nadi, pernapasan) klien, memberikan kompres air hangat dan mengajarkan kepada keluarga klien cara kompres yang benar, menganjurkan klien untuk menggunakan pakaian yang tipis dan menyerap keringat. Tindakan lainnya yaitu kolaborasi pemberian terapi (cairan intravena RL 18 tetes permenit makro, norages 3x125 mg IV).

5. Perubahan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia dan mual

Implementasi keperawatan yang dilakukan adalah mengkaji keluhan mual klien, menganjurkan klien untuk makan dengan porsi

sedikit tetapi sering, Mengajurkan klien untuk banyak makan makanan yang tinggi kalori dan tinggi protein.

6. Cemas berhubungan dengan proses hospitalisasi

Implementasi keperawatan yang dilakukan adalah mengkaji kondisi kecemasan klien, mendorong ibu untuk mesuport klien dengan cara ibu selalu ada di dekat klien serta mengajak klien bermain permainan kesukaannya dirumah.

E. Evaluasi

Setelah dilakukan intervensi dan implementasi keperawatan pada An.S dengan DHF, penulis melakukan evaluasi keperawatan sebagai berikut:

1. Resiko perdarahan lanjut berhubungan dengan trombositopenia

Setelah dilakukan intervensi dan implementasi keperawatan pada klien, evaluasi keperawatan pada tanggal 20 Januari 2016 pukul 14:00 WIB, didapatkan masalah resiko perdarahan lanjut berhubungan dengan trombositopenia belum teratasi yang ditandai dengan trombosit belum mencapai nilai normal yaitu $150.000\text{--}400.000 \text{ mm}^3$ dan hematokrit 35 %. Rencana tindakan yang dilakukan adalah lanjutkan intervensi.

2. Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan perdarahan

Setelah dilakukan intervensi dan implementasi keperawatan pada klien, evaluasi keperawatan pada tanggal 20 Januari 2016 pukul 14:00 WIB, didapatkan resiko ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan perdarahan teratasi yang didukung dengan nadi dalam rentang normal, capillary refill tidak lebih dari 2 detik, trombosit meningkat. Rencana tindakan keperawatan yang dilakukan adalah pertahankan kondisi klien.

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

Setelah dilakukan intervensi dan implementasi keperawatan pada klien, dilakukan evaluasi keperawatan pada tanggal 20 Januari 2016

pukul 14:00 WIB, didapatkan masalah Resiko kekurangan volume cairan dan elektrolit berhubungan dengan peningkatan *permeabilitas kapiler* teratasi yang didukung dengan hasil pemeriksaan hematokrit 35 %, turgor kulit < 1 detik. Renacana tindakan yang dilakukan adalah pertahankan kondisi klien.

4. Hipertemi berhubungan dengan proses inflamasi virus dengue

Setelah dilakukan intervensi dan implementasi keperawatan pada klien, dilakukan evaluasi keperawatan pada tanggal 20 Januari 2016 pukul 14:00 WIB, masalah hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi virus dengue tertasi yang didukung dengan klien mengatakan merasa lebih baik dan tidak merasakan panas lagi pada tubuhnya, suhu 36,8°C, nadi 100 kali permenit, pernapasan 20 kali permenit, trombosit 135.000 mm³ hematokrit 35%, akral tidak teraba hangat. Rencana tindakan keperawatan yang dilakukan adalah mempertahankan kondisi klien.

5. Perubahan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia dan mual

Setelah dilakukan intervensi dan implementasi keperawatan pada klien, dilakukan evaluasi keperawatan pada tanggal 20 Januari 2016 pukul 14:00 WIB, didapatkan masalah perubahan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia dan mual teratasi yang didukung dengan klien mengatakan tidak mual dan tidak muntah, klien tampak segar, aktivitas mandiri, makanan dari rumah sakit habis 1 porsi. Renacana tindakan yang dilakukan adalah pertahankan kondisi klien.

6. Cemas berhubungan dengan proses hospitalisasi

Setelah dilakukan intervensi dan implementasi keperawatan pada klien, dilakukan evaluasi keperawatan pada tanggal 20 Januari 2016 pukul 14:00 WIB, didapatkan masalah cemas berhubungan dengan proses hospitalisasi teratasi yang didukung dengan klien tidak cemas lagi dan lebih nyaman, klien tampak tenang dan tampak bermain

permainan kesukaannya. Renacana tindakan yang dilakukan adalah pertahankan kondisi klien.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam, klien diperbolehkan pulang pada tanggal 20 Januari 2016 karena kondisinya yang sudah membaik dengan hasil pemeriksaan trombosit 135.000 mm³ dan hematokrit 35%, suhu 36,8°C, pernafasan 20x/menit, nadi 100x/menit, turgor kulit < 1 detik, mual dan tidak nafsu makan berkurang, makan habis 1 porsi, klien tampak segar, mampu beraktivitas secara mandiri, klien tidak rewel lagi dan tampak tenang.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada Bab pembahasan kasus ini, penulis akan membahas kesenjangan antara tinjauan kasus dengan tinjauan teori mengenai Asuhan Keperawatan pada An.S dengan DHF. diagnosa yang muncul pada An.S sesuai dengan prioritas adalah:

A. Diagnosa Keperawatan yang Muncul

1. Resiko perdarahan lanjut berhubungan dengan trombositopenia

Resiko perdarahan lanjut merupakan keadaan yang berisiko mengalami penurunan volume darah yang dapat mengganggu kesehatan (Wilkinson & Ahern, 2012). Ketika dilakukan pengkajian pada tanggal 18 Januari 2016 didapatkan adanya bintik-bintik merah di tungkai dan pelipis pemeriksaan trombosit 48.000 mm^3 dan hematokrit 33 %.

Masalah ini muncul karena penurunan fungsi trombosit dan menurunnya faktor koagulasi dalam tubuh sehingga memudahkan terjadinya perdarahan spontan pada pembuluh darah kecil seperti kai8piler yang bermanifes adanya bintik-bintik merah pada kulit (*ptekia*). Trombositopenia terjadi karena pemendekan umur trombosit akibat penghancuran berlebihan oleh virus *dengue*. Virus yang melekat pada permukaan trombosit akan mengakibatkan terjadinya kompleks imun pada permukaan trombosit hingga trombosit menjadi rusak. Hal ini akan mengakibatkan trombositopenia atau jumlah trombosit berkurang yang berujung pada perdarahan, selain itu kerusakan trombosit juga menyebabkan kerja hati dan limfa berlebih untuk menghancurkan trombosit yang rusak tersebut. Hal ini mengakibatkan hepatomegali dan splenomegali yang dapat menimbulkan nyeri (Ngastiyah, 2012).

Penulis memprioritaskan sebagai masalah utama karena resiko perdarahan lanjut yang berhubungan dengan trombositopenia dapat

memicu anak mengalami kematian dan biasanya terdapat sekuel berupa defek otak akibat renjantan dan perdarahan otak (Widagdo, 2012)

Intervensi keperawatan yang dilakukan yaitu kaji keadaan umum dan tanda-tanda perdarahan seperti mimisan dan bab kehitaman untuk mengetahui keadaan klien dan mengetahui adanya tanda perdarahan, anjurkan klien untuk banyak istirahat untuk mencegah adanya komplikasi, anjurkan klien gosok gigi dengan menggunakan sikat gigi yang lembut untuk mencegah adanya perdarahan lanjut pada gusi, berikan alternatif nutrisi yang dapat meningkatkan trombosit untuk meningkatkan trombosit, monitor hasil trombosit setiap hari untuk mengetahui kebocoran plasma darah dan kemungkinan terjadinya perdarahan pada klien.

Implementasi keperawatan yang dilakukan yaitu mengkaji keadaan umum dan adanya tanda-tanda perdarahan seperti mimisan dan bab kehitaman, mengajurkan klien untuk banyak istirahat, menganjurkan klien untuk gosok gigi dengan menggunakan sikat gigi yang lembut, memberikan alternatif nutrisi yang dapat meningkatkan trombosit, memonitor hasil pemeriksaan trombosit klien setiap hari. Evaluasi yang di dapatkan bahwa masalah resiko perdarahan lanjut berhubungan dengan trombositopenia belum teratasi yang ditandai dengan trombosit belum mencapai nilai normal yaitu $150.000-400.000 \text{ mm}^3$ dan hematokrit 35 %. Rencana tindakan yang dilakukan adalah lanjutkan intervensi.

2. Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan perdarahan

Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer adalah keadaan yang beresiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke perifer yang dapat mengganggu kesehatan (Wilkinson & Ahern, 2012). Masalah ini muncul karena saat dilakukan pengkajian pada tanggal 18 Januari 2016 terjadi peningkatan suhu tubuh, penurunan trombosit dan tampak bintik merah pada tungkai dan pelipis. Menurunnya faktor koagulasi dalam tubuh memudahkan terjadinya perdarahan spontan pada pembuluh darah

kapiler dan muncul bintik merah pada kulit sehingga dapat memicu terjadinya resiko ketidakefektifan perfusi jaringan perifer.

Penulis memprioritaskan sebagai masalah kedua karena resiko ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan perdarahan muncul jika mengalami perubahan karakteristik kulit, perubahan tekanan darah pada ekstremitas dan dapat menyebabkan kegagalan untuk memelihara jaringan pada tingkat kapiler (Wilkinson & Ahern, 2012)

Intervensi yang dilakukan yaitu monitor tanda-tanda vital dan penurunan trombosit pada klien untuk mencegah timbulnya tanda klinis, kaji sirkulasi pada ekstermitas untuk mengetahui perubahan perfusi jaringan perifer karena perubahan perfusi jaringan perifer dimulai dari ekstremitas, anjurkan klien untuk bedrest (tirah baring) untuk mengistirahatkan klien untuk mencegah komplikasi, dan kolaborasi dengan monitor trombosit setiap hari untuk mengetahui kebocoran plasma darah dan kemungkinan terjadinya perdarahan pada klien.

Implementasi yang dilakukan yaitu memonitor tanda-tanda vital dan penurunan trombosit pada klien, mengkaji sirkulasi pada ekstremitas, menganjurkan klien untuk bedrest (tirah baring) dan melakukan kolaborasi dengan monitor trombosit setiap hari. Evaluasi yang didapatkan bahwa resiko ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan perdarahan teratasi ditandai dengan suhu 36,8, nadi 100x/mnt, *capillary refill* kurang dari 2 detik, trombosit meningkat menjadi 135.000mm³.

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

Resiko kekurangan volume cairan dan elektrolit adalah kondisi ketika klien beresiko mengalami dehidrasi vaskuler, selular, atau intraseluler dengan batasan karakteristik penurunan turgor kulit, kulit dan membran mukosa kering, suhu tubuh meningkat, peningkatan frekuensi nadi, berat badan menurun (Wilkinson & Ahern, 2012)

Masalah ini muncul karena saat dilakukan pengkajian pada tanggal 18 Januari 2016 didapatkan data turgor kulit < 1 detik dan mukosa lembab akibat dari peningkatan suhu tubuh sehingga mengakibatkan banyak kehilangan cairan yang beresiko mengalami kekurangan cairan tubuh. Meningkatnya permeabilitas dinding pembuluh darah menimbulkan perembesan dari cairan elektrolit, protein molekul kecil, dan mungkin sel darah merah ke ekstravaskuler. Ekstravasasi cairan ini ditambah dengan adanya febris, muntah dan diare (Widagdo, 2012)

Penulis memprioritaskan masalah kekurangan cairan sebagai prioritas ketiga karena kekurangan cairan muncul jika kehilangan volume cairan aktif, peningkatan suhu tubuh, penyimpangan yang mempengaruhi akses cairan, penyimpangan yang mempengaruhi asupan cairan, kehilangan berlebih melalui rute normal misalnya diare, muntah, faktor-faktor yang mempengaruhi kebutuhan cairan misalnya status hipermetabolik (peningkatan aktivitas metabolismik) (Wilkinson & Ahern, 2012)

Intervensi keperawatan yang dilakukan yaitu kaji keadaan umum klien serta tanda-tanda vital untuk menetapkan data dasar klien untuk mengetahui penyimpangan dari keadaan normalnya, observasi adanya tanda-tanda syok untuk mendapatkan penanganan segera, anjurkan dan berikan klien banyak minum 1000-1500 ml/hari untuk memenuhi kebutuhan cairan tubuh secara peroral dan kolaborasi pemberian cairan intravena untuk meningkatkan jumlah cairan tubuh dan mencegah terjadinya syok *hipovolemik*.

Implementasi keperawatan yang dilakukan yaitu mengkaji keadaan umum serta tanda-tanda vital klien, mengobservasi adanya tanda-tanda syok, menganjurkan klien untuk banyak minum 1000-1500 ml/hari (sesuai toleransi), dan memberikan kolaborasi pemberian cairan intravena RL 18 tetes permenit makro. Evaluasi yang di dapatkan bahwa masalah resiko kekurangan volume cairan dan elektrolit berhubungan dengan peningkatan *permeabilitas kapiler* teratasi di tandai dengan

turgor kulit < 1 detik, mukosa lembab, klien tampak segar dan mampu beraktivitas secara mandiri.

4. Hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi virus *dengue*

Hipertermi adalah peningkatan suhu tubuh di atas normal $>37,5^{\circ}\text{C}$. Dengan batasan karakteristik yaitu kulit kemerahan, suhu tubuh meningkat di atas rentang normal, frekuensi nafas meningkat, kejang atau konfusius, kulit teraba hangat, takikardia, dan takipneia (Wilkinson & Ahern, 2012).

Masalah ini muncul karena proses peradangan (*viremia*) yang berespon akibat terjadinya infeksi dan meningkatkan set poin di hipotalamus sehingga terjadi demam. Setelah dilakukan pengkajian ditemukannya data seperti klien tubuhnya terasa panas, gelisah, dengan suhu klien $37,5^{\circ}\text{C}$, data hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 18 Januari 2016 dengan hasil Trombosit 48.000 mm^3 , Hematokrit 33%. Gejala klinis di atas menunjukkan adanya peningkatan suhu tubuh pada klien yang terinfeksi virus dengue. Virus dengue masuk ke dalam tubuh melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti*.

Berdasarkan tanda dan gejala tersebut penulis memasukkan masalah Hipertermi sebagai prioritas masalah keempat. Kenaikan suhu tubuh menyebabkan terjadinya peningkatan permeabilitas kapiler dinding pembuluh darah sehingga cairan intravaskuler berpindah ke cairan ekstravaskuler. Hal tersebut yang akhirnya dapat menimbulkan resiko kekurangan volume cairan (Widagdo, 2012).

Intervensi yang dilakukan yaitu kaji keadaan umum dan tanda-tanda vital klien (nadi, suhu, pernapasan) untuk mengetahui keadaan umum klien, anjurkan klien untuk menggunakan pakaian yang tipis dan menyerap keringat untuk menghindari peningkatan suhu tubuh, berikan dan ajarkan keluarga kompres air hangat untuk penanganan mandiri saat klien kembali demam dan lakukan tindakan kolaborasi untuk pemberian sanmol $3 \times 250 \text{ mg}$ peroral bila suhu lebih dari 38°C , anti piretik untuk membantu menurunkan suhu tubuh dengan cara menurunkan

hipotalamus set point di pusat pengendali suhu tubuh di otak (Suriadi & Yuliani, 2006)

Implementasi keperawatan yang dilakukan seperti mengkaji keluhan dan tanda-tanda vital klien. Menganjurkan klien untuk menggunakan pakaian yang menyerap keringat, mengajarkan kompres air hangat yang benar kepada keluarga dan kolaborasi untuk pemberian sanmol 3x250 mg peroral. Evaluasi keperawatan yang didapatkan adalah masalah hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi virus *dengue* teratasi pada hari ketiga. Diperkuat dengan klien mengatakan sudah tidak merasakan panas pada tubuhnya, suhu 36,8°C.

5. Perubahan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia dan mual

Kondisi ketika asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolismik. Batasan karakteristik yang ada seperti berat badan kurang dari 20% atau lebih dibawah berat badan ideal untuk tinggi badan dalam rangka tubuh, asupan makanan kurang dari kebutuhan metabolismik, baik kalori total maupun zat gizi tertentu, kehilangan berat badan dengan asupan makanan yang adekuat (Wilkinson & Ahern, 2012)

Masalah ini muncul karena saat dilakukan pengkajian pada tanggal 18 Januari 2016 Ibu mengatakan klien tidak nafsu makan, dan mual. Klien tampak pucat, berat badan sebelum sakit 16 kg, berat badan selama sakit 14 kg, klien makan hanya habis $\frac{1}{2}$ porsi. Masalah ini muncul sebagai proses penyakit yang mempengaruhi sistem gastrointestinal. Virus dapat pula menempel pada saluran cerna yang dapat menyebabkan asam lambung meningkat. Peningkatan asam lambung tersebut mengakibatkan dinding lambung teriritasi yang lama kelamaan dapat membuat perdarahan pada gastrointestinal yang menimbulkan melena dan nyeri epigastrium. Selain itu, peningkatan asam lambung dapat mengakibatkan mual dan muntah sehingga anak menjadi anoreksia dan kebutuhan nutrisinya berkurang (Ngastiyah, 2012).

Penulis memprioritaskan masalah resiko pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh sebagai prioritas kelima karena klien sudah mengalami penurunan berat badan yang signifikan, penurunan berat badan dapat diakibatkan karena anoreksia dan mual sehingga terjadi penurunan intake nutrisi yang berakibat pada kekurangan nutrisi. nutrisi merupakan kebutuhan dasar manusia yang harus dipenuhi, apabila kebutuhan fisiologis terpenuhi akan berdampak positif pada tercapainya kesembuhan klien (Hidayat, 2006).

Intervensi keperawatan yang dilakukan adalah kaji riwayat nutrisi klien untuk memungkinkan memasukkan makanan yang adekuat, timbang berat badan secara teratur untuk efektifitas dan intervensi , anjurkan klien untuk makan sedikit tapi sering untuk mencegah distensi lambung, berikan vitamin untuk meningkatkan daya tahan tubuh dan meningkatkan nafsu makan. Implementasi keperawatan yang dilakukan yaitu mengkaji riwayat nutrisi, menimbang berat badan klien secara teratur, menganjurkan klien untuk makan sedikit tapi sering dan memberikan vitamin kepada klien untuk membantu meningkatkan daya tahan tubuh klien.

Evaluasi keperawatan yang didapatkan bahwa masalah resiko pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia dan mual teratas, dengan data subjektif Ibu mengatakan nafsu makan klien telah kembali dan mampu melakukan aktivitas secara mandiri. Makanan klien habis 1 porsi, dan data obyektif klien tampak segar dan beraktivitas secara mandiri.

6. Cemas berhubungan dengan proses hospitalisasi

Kondisi ketika terjadi suatu keresahan, perasaan ketidaknyamanan yang tidak mudah yang disertai dengan respons autonomis, sumbernya sering kali tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu, perasaan khawatir yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya (Wilkinson & Ahern, 2012)

Masalah ini muncul karena saat dilakukan pengajian ibu mengatakan anaknya minta pulang, ingin bermain dengan temannya, serta takut jika melihat perawat, klien tampak cemas dan rewel. Penulis memprioritaskan masalah cemas sebagai prioritas keenam karena cemas muncul jika stres dan meningkatkan kekhawatiran anak sehingga menyebabkan ketidaknyamanan.

Intervensi yang dilakukan adalah kaji tingkat kecemasan klien untuk mengetahui tingkat kecemasan klien, dorong ibu untuk mensuport anaknya dengan cara ibu selalu ada didekat klien untuk membantu mengurangi rasa cemas, fasilitasi rasa nyaman dengan cara ibu berperan serta merawat klien untuk mengurangi rasa cemas klien, dan berikan mainan sesuai kesukaan klien dirumah untuk membantu klien merasa nyaman dengan adanya mainan yang disukainya. Implementasi keperawatan yang dilakukan adalah mendorong ibu untuk mensuport klien dengan cara ibu selalu ada didekat klien, mengajak klien bermain deng mainan kesukaannya.

Evaluasi keperawatan yang didapatkan bahwa masalah cemas berhubungan dengan proses hospitalisasi teratasi. Ditandai dengan ibu mengatakan klien tidak rewel lagi, tampak tenang dan lebih suka keluar kamar untuk bermain di area bermain.

B. Diagnosa Keperawatan yang Tidak Muncul

Pada kasus ini masalah keperawatan yang tidak muncul pada An. S tidak ada. Diagnosa yang di tulis secara teori semua muncul pada An. S seperti Resiko perdarahan lanjut berhubungan dengan trombositopenia, Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan berhungungan dengan perdarahan, Resiko kekurangan volume cairan dan elektrolit berhubungan dengan peningkatan *permeabilitas kapiler*, Hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi virus dengue, Perubahan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia dan mual, dan cemas berhubungan dengan hospitalisasi.

C. Kekuatan dan Kelemahan

1. Kekuatan

Dalam proses kerawatan yang dilakukan klien dan keluarga termasuk aktif dan kooperatif dalam upaya perawatan klien selama di rumah sakit. Klien yang sudah berusia 4 tahun, mudah dilakukan pengkajian dan implementasi yang sudah direncanakan, sehingga proses keperawatan dapat berjalan cukup mudah. Selain itu keluarga klien yang selalu mendampingi klien dan menyediakan serta mengikuti saran dokter maupun perawat di ruangan juga mampu menunjang kelebihan dalam proses keperawatan klien.

2. Kelemahan

Walaupun dalam pelaksanaan proses keperawatan banyak terdapat kekuatan yang ditemukan, namun masih terdapat kelemahan yang ada, seperti banyaknya pengunjung yang menjenguk klien secara bergantian maupun klien lain. Terkadang dalam melakukan implementasi harus menunggu klien di waktu yang senggang.

BAB V

PENUTUP

Setelah penulis mempelajari teori dari DHF dan pengalaman langsung di lahan praktik melalui Studi kasus mengenai Asuhan Keperawatan pada An.S dengan DHF di ruang Flamboyan Rumah Sakit Islam Pekajangan, maka pada bab ini penulis dapat menarik kesimpulan dan saran sebagai berikut:

A. Kesimpulan

1. Berdasarkan hasil pengkajian pada An.S dengan DHF, didapatkan data yang menunjukkan tanda-tanda penyakit DHF diantaranya adalah ibu klien mengatakan anaknya panas 4 hari sebelum masuk rumah sakit, muntah 1 kali, tidak nafsu makan dan mual. Tanda-tanda vital didapatkan data suhu $37,5^{\circ}\text{C}$, nadi 100 kali permenit, pernapasan 20 kali permenit, aktivitas di tempat tidur. Data penunjang dari hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 18 Januari 2016 trombosit klien sebesar 48.000 mm^3 , hematokrit 33%, hemoglobin 13,6 gr/ml.
2. Berdasarkan hasil pengkajian pada An.S dapat ditegakkan diagnosa keperawatan sebagai berikut: resiko perdarahan lanjut berhubungan dengan trombositopenia, resiko ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan perdarahan, resiko kekurangan volume cairan dan elektrolit berhubungan dengan peningkatan *permeabilitas kapiler*, hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi virus dengue, Perubahan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia dan mual, dan cemas berhubungan dengan proses hospitalisasi.
3. Intervensi keperawatan yang disusun berdasarkan prioritas masalah keperawatan dan disesuaikan dengan kebutuhan klien.
4. Implementasi Keperawatan dilaksanakan sesuai dengan intervensi yang telah dibuat dan ditujukan untuk memecahkan masalah yang dialami klien.

5. Evaluasi keperawatan yang dilakukan adalah evaluasi kerja dan evaluasi hasil selama 3x8 jam dan didapatkan bahwa masalah resiko perdarahan lanjut belum teratasi, resiko ketidakefektifan perfusi jaringan teratasi, resiko kekurangan volume cairan teratasi, hipertermi teratasi, masalah perubahan pemenuhan nutrisi teratasi serta masalah cemas teratasi.

B. Saran

1. Bagi mahasiswa

Karya tulis ilmiah ini diharapkan menjadi sumber bacaan dan referensi mahasiswa dalam peningkatan ilmu pengetahuan sehingga mahasiswa dapat meningkatkan ketrampilannya juga dalam melakukan proses keperawatan dengan pasien DHF.

2. Bagi institusi pendidikan

Institusi pendidikan diharapkan dapat memberikan pengetahuan dan ketrampilan mahasiswa serta menjadi bahan pembelajaran untuk penerapan asuhan keperawatan anak dengan DHF.

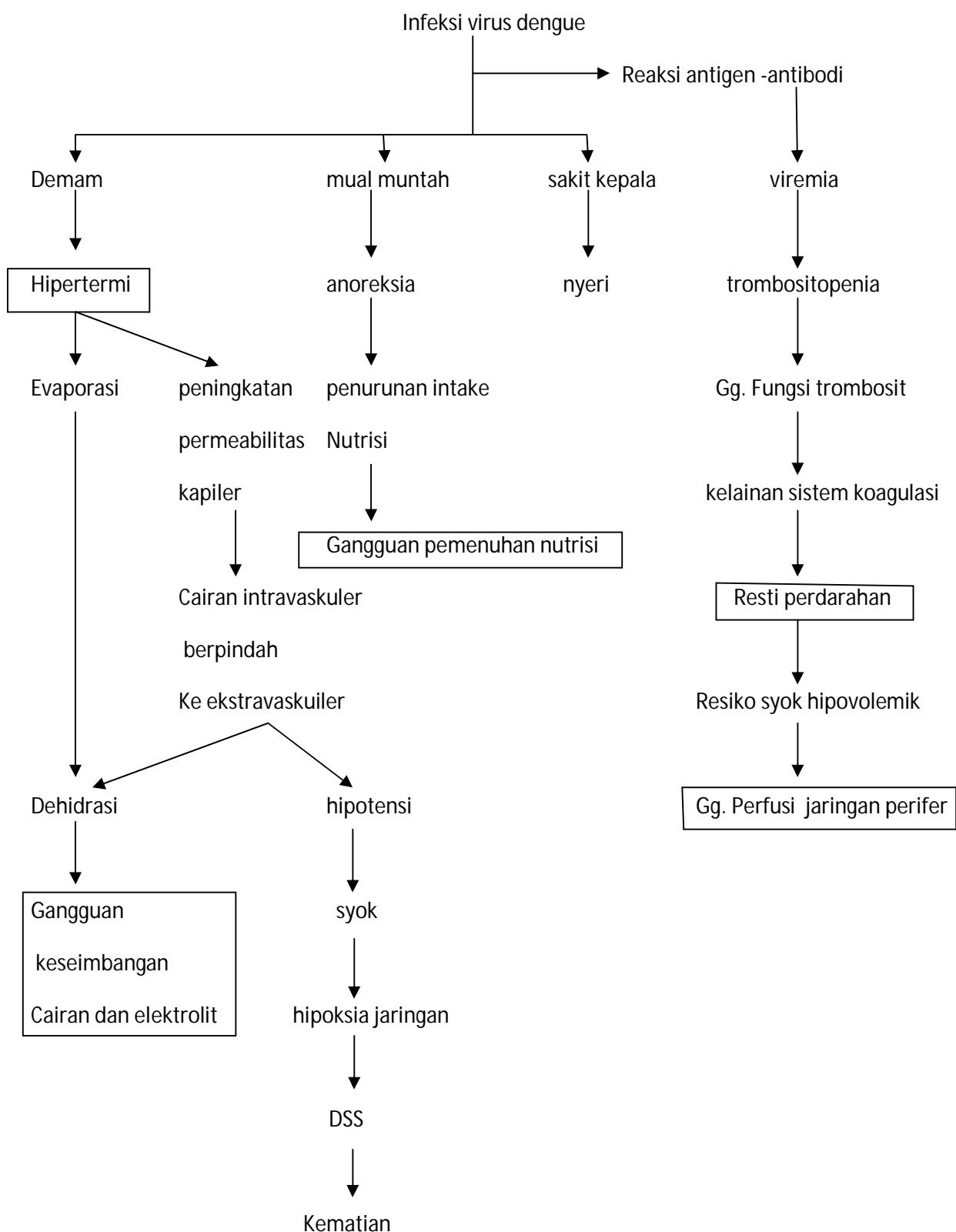
3. Bagi lahan praktik

Untuk meningkatkan keamanan dalam hal pembatasan jumlah pengunjung disetiap ruangan yang dirawat di RSI Pekajangan guna proses perawatan pasien dengan komprehensif.

DAFTAR PUSTAKA

- Carpenito, L. J., 2013, *Buku Saku Diagnosis Keperawatan, Edisi7*, Jakarta: EGC.
- Hidayat, A., 2006, *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak*, Jakarta: Salemba Medika
- Maharani, S., 2012, *Mengenali & Memahami berbagai Gangguan Kesehatan Anak*, Jogjakarta: AZ-RUZZ Media.
- Ngastiyah, 2012, *Perawatan Anak Sakit,Edisi2*, Jakarta: EGC.
- Nurarif, A.H.A & Kusuma, H., 2015, *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & Nanda*, Jogya: Mediaction
- Profil kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan tahun 2015
- Rekam Medik RSI PKU MuhammadiyahPekajangan Pekalongan. Data Prevalensi Dengue Hemoragic Fever (DHF) pada Anak yang dirawatdi Ruang Flamboyan RSI PKU MuhammadiyahPekajangan Pekalongan 2014-2015. Tidak Dipublikasikan
- Soedarmo, 2013, *Kemenkes: Indonesia Masih Endemis Demam Berdarah*, Diakses pada Tanggal 15 Desember 2015
- Soedarto, 2012, *Demam Berdarah Dengue-Dengue Haemoragic Fever*, Jakarta: Sagung Seto
- Soegijanto, S., 2006, *Demam Berdarah Dengue, Edisi 2*,Surabaya: Airlangga University Press.
- Suriadi & Yuliani, R., 2006, *Asuhan Keperawatan pada Anak*, Jakarta: Penebar Swadaya.
- Widagdo, 2012, *Masalah dan Tatalaksana Penyakit Anak dengan Demam*, Jakarta: Sagung Seto
- _____, 2011, *Masalah dan Tatalaksana Penyakit Anak dengan Demam*, Jakarta: Sagung Seto
- Wilkinson, J.M. & Ahern, N. R., 2012, *Buku Saku Diagnosa Keperawatan: diagnosis NANDA, intervensi NIC, kriteria hasil NOC/penulis, Judith M. Wilkinson, Nancy R. Ahern : alih bahasa, Esty wahyuningsih: Editor edisi bahasa indonesia, Dwi Widianti, Edisi 9*, Jakarta: EGC

PATHWAYS



(Suriadi, 2010, Widagdo, 2012 & Hidayat, 2006)

ASUHAN KEPERAWATAN PADA An.S
DENGAN DIAGNOSA MEDIS DENGUE HEMORAGIC FEVER
DI RUANG FLAMBOYAN RSI PKU MUHAMMADIYAH PEKAJANGAN



Disusun Oleh :

Annisa Fitriana

13.1641.P

PROGRAM PENDIDIKAN DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
PEKAJANGAN – PEKALONGAN

2016

PROSES KEPERAWATAN

PENGKAJIAN FISIK

A. PENGKAJIAN

Nama Mahasiswa : Annisa Fitriana
Tempat Praktek : RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan
Tanggal Pengkajian : 18 Januari 2016

1. IDENTITAS DATA

Nama : An.S
Alamat : Podo, Rt 06 Rw 02 No.13 Kedungwuni Pekalongan
TTL : Pekalongan, 7 Juli 2011
Agama : Islam
Usia : 4 tahun
Suku bangsa : Indonesia
Nama Ayah / Ibu : Tn. N
Pendidikan Ayah : SD
Pekerjaan Ayah : Wiraswasta
Pendidikan Ibu : SMP

2. KELUHAN UTAMA

DS : Demam

3. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

DS : Ibu mengatakan klien demam sejak 4 hari sebelum masuk rumah sakit, demam naik turun, mual, muntah 1x, kemudian keluarga membawa nya ke puskesmas, tetapi masih demam dan muncul bintik merah di tungkai dan pelipis kemudian keluarga membawa nya ke RSI Pekajangan dan dimasukkan ke ruang Flamboyan 14.D, pasien datang dengan kondisi demam, saat pengkajian tanggal 18 Januari 2016 didapatkan data ibu mengatakan semalam masih demam, mual, tidak nafsu makan, kulit teraba hangat, tampak bintik merah pada tungkai dan pelipis, suhu : 37,5°C, nadi 100x/menit, Rr : 20x/menit.

4. RIWAYAT PENYAKIT DAHULU

a. Penyakit pada waktu kecil

DS : Ibu mengatakan saat masih kecil klien pernah mengalami demam saat usia 3 tahun dan dibawa ke puskesmas.

b. Obat – obatan yang digunakan

DS : Ibu mengatakan klien tidak pernah menggunakan obat – obatan

c. Tindakan operasi

DS : Ibu mengatakan klien belum pernah melakukan tindakan operasi

d. Riwayat Imunisasi

DS : Ibu mengatakan imunisasi lengkap

e. Kecelakaan

DS : Ibu mengatakan klien belum / tidak pernah mengalami kecelakaan

5. RIWAYAT PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN

a. Kemandirian dalam bergaul

DS : Ibu mengatakan klien dapat mencuci dan mengeringkan tangannya dengan baik, dapat bermain dengan teman sebayanya seperti permainan petak umpet, ular naga, dan permainan lainnya.

b. Motorik halus

DS : Klien bisa menggambar lingkaran seperti yang di contohkan

c. Kognitif dan bahasa

DS : Klien dapat menyebutkan nama lengkapnya tanpa di bantu.

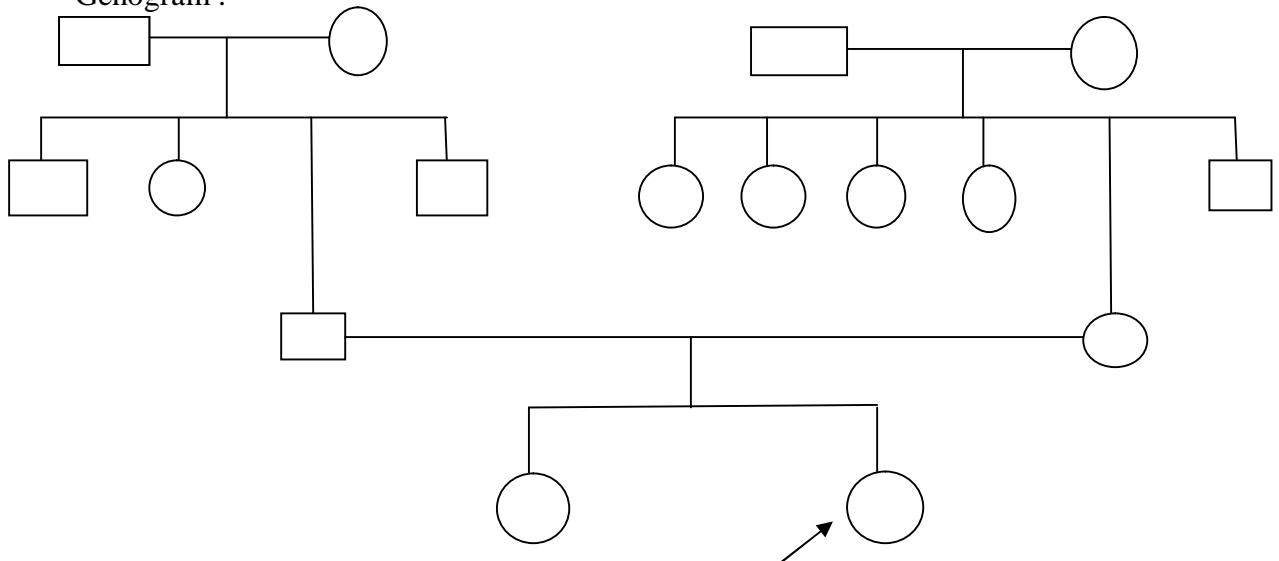
d. Motorik kasar

DS : Ibu mengatakan anak dapat mengayuh sepeda roda tiga sejauh sedikitnya tiga meter,

Kesimpulan : berdasarkan KPSP perkembangan anak normal sesuai dengan usianya.

6. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA (DISERTAI GENOGRAM)

Genogram :



Keterangan :

- [Box] = laki – laki
- [Circle] = perempuan
- [Circle with arrow] = pasien
- [Dashed line] = tinggal serumah

7. POLA KESEHATAN FUNGSIONAL MENURUT GORDON

- a. Pola persepsi kesehatan – manajemen (pemeliharaan kesehatan)

DS : Ibu mengatakan jika klien sakit, Ibu membawanya ke puskesmas, Ibu melakukan kompres dahi anaknya saat anaknya demam.

- b. Pola metabolisme nutrisi

DS

	Sebelum sakit	Selama sakit
Makan pagi	: 1 porsi	$\frac{1}{2}$ porsi
Makan siang	: 1 porsi	$\frac{1}{2}$ porsi
Makan malam	: 1 porsi	$\frac{1}{2}$ porsi
Minum	: \pm 5 gelas	\pm 4 gelas
Kudapan	: -	roti, buah - buahan
Masalah	: mual, tidak nafsu makan	

- c. Pola eliminasi

DS :

	Sebelum sakit	BAB
BAK		
Frekuensi	: 4 – 5 kali/hari	Frekuensi : 1x sehari
Jml. Urin	: -	jml. Feses : -
Warna	: kuning	warna : -
Bau	: khas urin	konsistensi : padat
Masalah	: -	

	Sebelum sakit	BAB
BAK		
Frekuensi	: 4 kali/hari	Frekuensi : 1 x sehari
Jml. Urin	: -	jml. Feses : -
Warna	: kuning	warna : kuning kecoklatan
Bau	: khas urin	konsistensi : padat
Masalah	: -	

- d. Pola aktivitas latihan

DS : Ibu mengatakan, Klien dalam melakukan aktivitas sehari – hari seperti berpakaian, makan, mandi, BAK / BAB dilakukan secara mandiri, selama sakit Klien dalam melakukan aktivitas seperti berpakaian, makan, mandi BAK / BAB dibantu oleh ibunya. selama sakit Klien hanya tiduran ditempat tidur karena lemah, aktivitas bermain dilakukan sambil tiduran dengan bermain game.

- e. Pola istirahat tidur

DS :

	Sebelum sakit	Setelah sakit
Tidur Siang	: 1 jam	2 jam

Tidur Malam : 8-9 jam

9 jam

Masalah : -

f. Pola persepsi kognitif

DS : penglihatan baik, perasa baik, pembau baik, kemampuan berbahasa baik, belajar baik.

g. Pola hubungan sosial

DS : Ibu mengatakan Klien paling dekat dengan ibunya. Klien juga kadang bermain dengan teman sebaya nya di sore hari.

h. Pola seksual

DS : Klien sudah mengerti dirinya berjenis kelamin perempuan, penampilan kesehariannya seperti anak perempuan.

i. Pola pemecahan masalah mengatasi stres

DS : stressor : Klien mengatakan ingin pulang karena takut dengan perawat nya, takut di suntik, dan ingin bermain dengan teman temannya.

Sistem pendukung : Keluarga

j. Pola kepercayaan nilai – nilai

DS : Agama Islam

Kegiatan keagamaan : sebelum sakit klien kadang sholat, selama sakit klien belum pernah melakukan sholat

8. KEADAAN KESEHATAN SAATINI

a. Diagnosa Medik

DHF (Dengue hemoragic fever)

b. Tindakan operasi

Klien tidak pernah melakukan tindakan operasi

9. PEMERIKSAAN FISIK

a. Temperatur

S : 37,5°C

b. Denyut jantung/nadi

N : 100X/menit

c. Respiratori rate

20x/menit

d. Tekanan darah

-

e. Pertumbuhan

PB : 120 cm

BB:14 Kg

f. Keadaan umum

Baik

g. Kepala

I : Simetris, tidak ada benjolan, tidak ada luka

- h. Mata
 - I : Terlihat simetris, tidak ada luka
- i. Hidung
 - I : Lubang hidung bersih, tidak ada pergeseran tulang hidung,
 - P : tidak ada nyeri tekan
- j. Mulut
 - I : Tampak kering, tampak bersih, tidak ada luka, tidak ada kelainan pada mulut. Bibir tidak sianosis
- k. Telinga
 - I : simetris, tidak ada luka
- l. Tengkuk
 - I : tidak ada benjolan
- m. Dada
 - I : simetris, warna kulit sama rata, tidak ada luka dan benjolan
- n. Jantung
 - I : bentuk simetris, tidak ada luka
 - P : tidak ada benjolan
 - P : pekak
 - A : suara jantung normal
- o. Paru
 - I : bentuk dada simetris, tidak ada luka, tidak ada benjolan
 - P : tidak ada nyeri tekan
 - P : suara sonor
 - A : tidak ada suara tambahan
- p. Perut
 - I : datar, simetris, warna kulit sama rata, tidak ada luka dan benjolan
 - A: terdengar bising usus 6x dalam 1 menit
 - P : tidak ada nyeri tekan
 - P : tympani
- q. Punggung
 - I : warna kulit sama rata, tidak ada luka tidak ada benjolan
- r. Genitalia
 - Bersih, tidak terpasang kateter
- s. Ekstremitas
 - I : terpasang infus di tangan kanan,
- t. Kulit
 - I : warna kulit sama, tidak ada luka, tekstur halus, tampak bintik – bintik merah pada tungkai dan pelipis
 - P : teraba hangat,tidak ada nyeri tekan, turgor kulit baik

10. PROSEDUR DIAGNOSTIK DAN LABORATORIUM

Nama : An.S

Umur : 4 tahun

No. Rm : 250570

Tanggal : 16 januari 2016

Parameter	Hasil	Nilai normal	satuan
Darah rutin			
HB 2 tahun - < 6 tahun	13,6	11,5 – 13,5	
Lekosit 2 tahun - < 6 tahun	4.200	6.000 – 17.000	
Trombosit	84.000	150.000 – 450.000	/mm ³
Hematokrit 2 tahun - < 6 tahun	43	34 – 40	
LED 1 jam	7	0 - 20	Mm/jam
LED 2 jam	20	0 – 20	Mm/jam
Diff count	-	-	-
Eosinofil	0	2 – 4	%
Basofil	0	0 – 1	%
Netrofil batang	0	2 – 6	%
Nitrofil segmen	73	50 – 70	%
Limfosit	21	25 – 40	%
Monosit	6	2 - 8	%

Parameter	16-1-2016	17-1-2016	18-1-2016	19-1-2016	20-1-2016
Trombosit	33.000	18.000	48.000	118.000	135.000
Hematokrit	46	41	33	35	35

MEDICAL MENEGERMENT

Medical	Penjelasan	Indikasi
1.Infus RL 500 cc 20 tpm makrodrip	Untuk mengganti cairan intravaskuler	Memenuhi kebutuhan cairan & elektrolit
2.Ceftriaxon 2x 400 mg IV	Anti biotik	Anti biotik secara umum, anti inflamasi
3.Norages 3x 125 mg IV	Anti piretik	Menurunkan panas / demam
4.Ranitidin 25 mg IV	Anti nyeri	Menurunkan peningkatan asam lambung

Obat – obatan

Nama obat	Cara, dosis, frekuensi	Fungsi obat
1.Inpepsa	3x1sesudah makan	Mengatasi radang lambung, mengatasi mual
2.Sanmol	3x1 sesudah makan	Penurun panas

DIET

Jenis diet	Tgl.terapi	Penjelasan umum	Indikasi & tujuan	Makanan spesifik	Respon
Makanan lunak	18 januari 2016	Makanan diberikan lunak dan cukup kalori	Memenuhi jumlah kalori dalam tubuh	bubur	Mengatakan mual, tidak nafsu makan

11. PENGELOMPOKAN DATA

- DS : - Ibu mengatakan semalam klien masih demam dengan suhu 38.0°C
- Ibu mengatakan klien mual, tidak nafsu makan
 - Ibu mengatakan klien ingin pulang, ingin bermain dengan temannya, dan takut dengan perawat.

DO : - kulit teraba hangat

- Tampak bintik merah pada tungkai dan pelipis
- Mukosa lembab
- Tampak cemas dan rewel
- Trombosit 48.000 /mm³
- Hematokrit 33 %
- Makan habis ½ porsi
- TB 120 BB 14 kg
- S : 37,5°C
- Nadi 100x/mnt
- Rr : 20x/mnt
- A : Antropometri
BB : 14kg
Tb : 120 cm

B : Biokimia

Hb : 13,6

C : Clinical / clinic

Mukosa kering

wajah tampak pucat

D : Diet tinggi kalori tinggi protein

ANALISA DATA

NO	Data	Masalah	Penyebab
1	DS : - DO : - tampak bintik bintik merah pada tungkai dan pelipis -trombosit 48.000 -hematokrit 33	Resiko perdarahan lanjut	Trombositopenia
2	DS : - DO : trombosit 48.000 hematokrit 33%	Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan perifer	Perdarahan
3	DS : - DO : mukosa lembab, S : 37,5 N : 100x/mnit Rr : 20x/mnt	Resiko kekurangan cairan dan elektrolit	Peningkatan <i>permeabilitas kapiler</i>
4	DS : -Ibu mengatakan semalam klien masih demam dengan suhu 38,0, DO : kulit teraba hangat, trombosit 48.000, hematokrit 33, suhu 37,5°C, nadi 100x/mnt, Rr 20x/mnt	Hipertermi	Proses inflamasi virus dengue
5	DS : klien mengatakan mual, tidak nafsu makan, DO : A : Antropometri BB : 14kg Tb : 120 cm B : Biokimia Hb : 13,6 C : Clinical / clinic Mukosa kering wajah tampak pucat D : Diit : mual, tidak nafsu makan, makan habis ½	Perubahan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	Anoreksia dan mual
6	DS : Ibu mengatakan anak minta pulang, ingin bermain dengan temannya, serta takut jika melihat perawatnya DO : tampak rewel dan cemas	Cemas	Proses hospitalisasi

DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN

NO	Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Paraf	Tanggal Teratasi	Paraf
1	18 Januari 2016	Resiko perdarahan lanjut berhubungan dengan trombositopenia		20 Januari 2016	
2	18 Januari 2016	Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan perdarahan		20 Januari 2016	
3	18 Januari 2016	Resiko kekurangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan peningkatan <i>permeabilitas kapiler</i>		20 Januari 2016	
4	18 Januari 2016	Hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi virus dengue		20 Januari 2016	
5	18 Januari 2016	Perubahan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia dan mual		20 Januari 2016	
6	18 Januari 2016	Cemas berhubungan dengan proses hospitalisasi		20 Januari 2016	

TUJUAN DAN KRITERIA HASIL

NO	Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil
1	Resiko perdarahan lanjut berhubungan dengan trombositopenia	Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan tidak ada perdarahan lanjut dengan kriteria hasil: tidak ada tanda – tanda perdarahan seperti mimisan, bab kehitaman, trombosit dalam rentang 150.000 – 400.000
2	Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan perdarahan	Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan tidak terjadi perubahan peprfusi jaringan perifer dengan kriteria hasil: tekanan darah dan nadi dalam rentang normal, pulsasi kuat, <i>capillary refill</i> tidak lebih dari 2 detik, trombosit meningkat
3	Resiko kekurangan volume cairan dan elektrolit berhubungan dengan peningkatan	Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan kebutuhan cairan tubuh klien terpenuhi dengan kriteria hasil: wajah klien tampak segar, turgor kulit baik, output urin dalam rentang normal yaitu 600-1500 ml/24 jam

	<i>permeabilitas kapiler</i>	
4	Hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi virus dengue	Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan suhu tubuh kembali normal dengan kriteria hasil: suhu tubuh dalam rentang 36 - 37°C dan akral tidak terasa hangat.
5	Perubahan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia dan mual	Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Klien akan terpenuhi kebutuhan nutrisinya dengan kriteria hasil: mual berkurang, nafsu makan kembali normal, berat badan tidak bertambah turun.
6	Cemas berhubungan dengan proses hospitalisasi	Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan cemas klien hilang dengan kriteria hasil: Klien mulai mampu berinteraksi dengan perawat dan takut mulai berkurang, klien mulai nyaman.

INTERVENSI

NO	Intervensi	Rasional
1	<ul style="list-style-type: none"> -Observasi keadaan umum klien dengan memonitor tanda – tanda perdarahan seperti mimisan, bab kehitaman -Monitor hasil trombosit setiap hari -Anjurkan klien banyak istirahat - Anjurkan keluarga untuk lapor ke petugas jika menjumpai tanda perdaraha seperti mimisan, bab kehitaman -Anjurkan klien gosok gigi dengan menggunakan sikat gigi yang lembut -berikan alternatif nutrisi yang dapat meningkatkan kadar trombosit (Misal : sayuran berdaun hijau, buah jambu, tomat dan kiwi) 	<ul style="list-style-type: none"> -mengetahui keadaan umum klien, mengetahui adanya perdarahan lanjut -mengetahui kebocoran plasma darah dan kemungkinan terjadinya perdarahan pada klien -mengistirahatkan klien untuk mencegah komplikasi -antisipasi terjadinya perdarahan lanjut -mencegah perdarahan lanjut pada gusi -meningkatkan trombosit
2	-monitor tanda-tanda vital dan perubahan trombosit pada klien	-mencegah timbulnya tanda klinis

	<ul style="list-style-type: none"> -kaji dan catat sirkulasi pada <i>ekstermitas</i> (suhu dan warna) -anjurkan klien untuk <i>bedrest</i> (tirah baring) -kolaborasi dengan monitor trombosit setiap hari 	<ul style="list-style-type: none"> -perubahan perfusi jaringan lerifer dimulai dari ekstermitas -mengistirahatkan klien untuk mencegah komplikasi -mengetahui kebocoran plasma darah dan kemungkinan terjadinya perdarahan pada klien
3	<ul style="list-style-type: none"> -kaji keadaan umum serta tanda-tanda vital -observasi adanya tanda-tanda syok -anjurkan dan berikan klien minum 1000-1500 ml/hari (sesuai toleransi) -kolaborasi pemberian cairan <i>intravena</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - menetapkan data dasar klien untuk mengetahui penyimpangan dari keadaan normalnya -untuk mendapatkan penanganan segera -untuk memenuhi kebutuhan cairan tubuh secara peroral -meningkatkan jumlah cairan tubuh dan mencegah terjadinya syok <i>hipovolemik</i>
4	<ul style="list-style-type: none"> -kaji suhu tubuh klien -ajarkan ibu cara kompres yang benar -beri kompres hangat serta libatkan ibu dalam pemberian tepid water sponge -anjurkan klien untuk menggunakan pakaian yang tipis dan menyerap keringat -Observasi intake dan output, tanda vital (suhu, nadi, respirasi) -monitor pemberian cairan, (RL 500cc 20tpm) dan pemberian obat antipiretik sesuai terapi 	<ul style="list-style-type: none"> -mengetahui adanya peningkatan suhu tubuh -untuk penanganan mandiri saat anak kembali demam -mengurangi panas dengan pemindahan panas konduksi -memberikan rasa nyaman dan pakaian yang tipis tidak merangsang peningkatan suhu tubuh -mendeteksi dini kekurangan cairan serta mengetahui keseimbangan cairan elektrolit dalam tubuh, tanda vital digunakan untuk mengetahui keadaan umum klien -pemberian cairan sangat penting bagi klien dengan suhu tubuh tinggi, antipiretik sebagai penurun suhu tubuh.
5	<ul style="list-style-type: none"> -Kaji riwayat nutrisi, termasuk makanan yang disukai klien -timbang berat badan secara teratur 	<ul style="list-style-type: none"> memungkinkan memasukkan makanan yang adekuat -membantu efektifitas dan intervensi

	<ul style="list-style-type: none"> -anjurkan klien makan sedikit tapi sering -berikan vitamin penambah nafsu makan 	<ul style="list-style-type: none"> -mencegah distensi lambung -membantu meningkatkan nafsu makan
6	<ul style="list-style-type: none"> -Kaji tingkat kecemasan klien <ul style="list-style-type: none"> - Dorong Ibu / keluarga klien untuk mensuport anaknya dengan cara Ibu selalu ada didekat Klien - Fasilitasi rasa nyaman dengan cara Ibu berperan serta merawat Klien - Berikan mainan sesuai kesukaan klien dirumah 	<ul style="list-style-type: none"> - Mengetahui tingkat kecemasan klien - Membantu Klien untuk mengurangi rasa cemas nya -Mengurangi rasa cemas klien -Membantu membuat klien merasa nyaman dengan adanya mainan yang disukai nya

IMPLEMENTASI

NO	Hari/tanggal	NO Dx	Implementasi	Respon	Paraf
1	Senin, 18 januari 2016 08.00	1,2 ,3 4,5 ,6	Mengkaji keadaan umum klien, mengkaji tanda – tanda vital, berat badan klien, intake dan output cairan, observasi tanda perdarahan, observasi adanya tanda-tanda syok, serta kaji kondisi kecemasan klien	S : -Ibu mengatakan semalam klien masih demam, mual. -Ibu mengatakan anak minta pulang, ingin bermain dengan temannya, serta takut jika melihat perawatnya	
	09.00	4	Memberikan injeksi norages 125 Mg	O : Tampak cemas dan rewel, kulit teraba hangat, tampak bintik merah pada tungkai dan pelipis, suhu : 37,5°C, nadi 100x/mnt, Rr : 20x/mnt, BB : 14kg	
	09.15	4	TTV	S: - O : obat masuk melalui IV S: ibu mengatakan demam berkurang O : suhu 37,2°C Nadi 100x/mnt, Rr : 20x/mnt	

	09.30	4	Mengajarkan kepada ibu cara kompres yang benar	S : ibu mengatakan bisa melakukan setelah diajarkan O : ibu tampak kooperatif
	10.00	1,2	Memonitor trombosit dan hematokrit	S : - O : trombosit : 48.000 Hematokrit 33
	10.30	6	Mendorong ibu untuk Mensuport klien dengan cara Ibu selalu ada didekat klien	S : Ibu bersedia O : Ibu tampak selalu menemani klien kecuali saat sholat.
	11.15	4	Menganjurkan klien menggunakan pakaian yang tipis dan menyerap keringat	S : klien bersedia O : tampak menggunakan pakaian sesuai yang dianjurkan
	11.30	5	Menganjurkan klien makan dengan porsi sedikit tapi sering	S : klien mengatakan mual dan tidak nafsu makan O : klien makan sedikit
	11.45	4	Memberikan obat oral (inpepsa, sanmol)	S : klien mau minum obat O : -
	11.50	1 2 3 4 5	Menganjurkan klien istirahat cukup	S : klien dapat tidur O :-
	12.15	1	Menganjurkan ibu untuk lapor ke petugas saat menjumpai tanda perdaraahan seperti mimisan dan bab kehitaman	S : ibu bersedia O : -
	12.20	3	Menganjurkan klien untuk banyak minum	S : klien bersedia O : -
	13.00	4	Melakukan pengecekan TTV	S : ibu mengatakan demam berkurang O : suhu 37,0°C Nadi 100x/mnt, Rr 20x/mnt
	13.30	4	Menganjurkan ibu untuk melakukan kompres hangat	S : ibu bersedia melakukan

2	Selasa, 19 januari 2016 08.15	1	jika klien kembali demam Mengobservasi tanda perdarahan	O : - S : ibu mengatakan tidak ada tanda perdarahan lanjut O : bintik merah di tungkai dan pelipis mulai berkurang	
	09.00	1 2 3 4 5	Melakukan Injeksi ceftriaxon (400mg), norages (125mg), ranitidin (25mg)	S : klien mau di suntik O : obat masuk melalui IV	
	09.15	2 4	TTV	S : ibu mengatakan suhu tubuh mulai menurun O : suhu : 37,2°C nadi 100x/mnt Rr : 120x/mnt	
	10.00	4	Menanyakan kepada klien apakah klien masih menggunakan pakaian yang tipis dan menyerap keringat	S : klien masih mengenakan pakaian tipis O : klien mengenakan kaos yang tipis dan menyerap keringat	
	10.30	6	Mengajak Klien bermain dengan menyusun puzzle	S : Klien mau bermain O : tampak bermain menyusun puzzle	
	11.15	5	Menganjurkan klien makan dengan porsi sedikit tapi sering dan anjurkan	S : ibu mengatakan rasa mual klien berkurang O : klien mau makan	
	11.30	4	Memberikan obat oral (inpepsa, sanmol)	S : klien mau minum obat O : -	
	11.35	3	Menganjurkan klien banyak minum	S : klien bersedia O : -	
	12.15	1 2	Memonitor hasil trombosit dan hematokrit	S : - O : trombosit 118.000 hematokrit 35	
	13.30	1 2 4	Menganjurkan klien istirahat cukup	S : klien bersedia O : -	

3	Rabu, 20 januari 2016 08.30	1	Mengobservasi adanya tanda perdarahan lanjut	S : ibu mengatakan tidak ada tanda perdarahan lanjut seperti mimisan dan bab darah O : bintik merah sudah tidak ada
	09.00	2	Melakukan injeksi ceftriaxon(400mg), norages(125mg), ranitidin(25mg)	S : klien mau di suntik O : ibat masuk melalui IV
	09.15	1 2 3 4 5	TTV	S : Ibu mengatakan klien sudah tidak demam, mual, nafsu makan sudah kembali seperti semula, tidak ada tanda perdarahan seperti mimisan, dan bab kehitaman O : suhu 36,8°c, nadi : 100x/mnt, Rr 20x/mnt
	11.15	5	Menganjurkan klien makan porsi sedikit tapi sering	S : klien sudah nafsu makan O : klien dapat makan
	11.20	3	Menganjurkan klien banyak minum	S : klien mau minum O : -
	11.30	4	Memberikan obat oral Sanmol dan inpepsa	S : klien mau minum obat O : -
	13.00	1 2	Monitor trombosit dan hematikrit	S : - O : trombosit 135.000 Hematokrit 35
	13.30	1 2 3 4 5	Menganjurkan klien istirahat cukup	S : O : klien beristirahat

EVALUASI

Hari/tanggal	No DX	Evaluasi	paraf
Senin, 18 januari 2016	1	S : Ibu mengatakan tidak ada tanda perdarahan lanjut seperti mimisan O : Tampak bintik merah pada tungkai dan pelipis, trombosit 48.000, hematokrit 33 A : Masalah belum teratasi P : Lanjut intervensi (monitor tanda perdarahan)	
	2	S : - O : tampak lemah, trombosit 48.000 hematokrit 33 % suhu 37,5 nadi 100x/mnt rr 20x A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi (anjurkan klien bedrest)	
	3	S : Ibu mengatakan klien muntah 1x O : tampak lemah, suhu 37,5 trombosit 48.0000 hematikrit 33% A :masalah belum teratasi P :lamjutkan intervensi (anjurkan klien banyak minum)	
	4	S : Ibu mengatakan klien demam, O : Teraba hangat, suhu 37,5°C, nadi 100x/mnt, Rr 20x/mnt, Trombosit 48.000, Hematokrit 33 A : Masalah belum teratasi P : Lanjut intervensi (Monitor TTV, kompres hangat)	
	5	S : Ibu mengatakan klien merasa mual, dan tidak nafsu makan O : Makan habis ½ porsi, BB 14 kg A : Masalah belum teratasi P : Lanjut intervensi (Pantau nutrisi, pantau berat badan, anjurkan klien makan sedikit tapi sering)	
	6	S : Ibu mengatakan anak minta pulang, ingin bermain dengan temannya, serta takut jika melihat perawatnya O : Tampak rewel dan cemas A : Masalah belum teratasi P : Lanjut intervensi (Libatkan orangtua untuk membantu mengurangi cemas klien, berikan mainan yang disukai saat dirumah)	
Selasa, 19 januari 2016	1	S : Ibu mengatakan tidak ada tanda perdarahan lanjut seperti mimisan dan bab hitam O : Bintik hitam sudah berkurang, sudah hampir tidak terlihat, trombosit 118.000, hematokrit 35 A : Masalah belum teratasi P : Lanjut intervensi (Pantau tanda – tanda perdarahan)	
	2	S :- O : trombosit 118.000 hematokrit 35 %	

		A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi (anjurkan klien untuk bedrest)	
	3	S : ibu mengatakan klien tidak muntah lagi selama di rumah sakit, O : suhu 37, nadi 100x/mnt trombosit 118.000 hematokrit 35 % A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi (anjurkan klien untuk banyak minum)	
	4	S : Ibu mengatakan demam kadang masih muncul O : Suhu : 37,2°C, Nadi 100x/mnt, Rr 20x/mnt, Trombosit 118.000, Hematokrit 35 A : Masalah belum teratasi P : Lanjut intervensi (Kompres hangat jika demam kembali muncul)	
	5	S : Ibu mengatakan rasa mual klien berkurang, nafsu makan sudah mulai bertambah O : Makanan sisa sedikit A : Masalah belum teratasi P : Lanjut intervensi (pantau berat badan, anjurkan klien makanan sedikit tapi sering)	
	6	S : Ibu mengatakan klien masih minta pulang O : Tampak masih sedikit rewel dan cemas A : Masalah belum teratasi P : Lanjut intervensi (ajak klien bermain permainan kesukaan klien dirumah)	
Rabu, 20 januari 2016	1	S : Ibu mengatakan tidak ada tanda perdarahan seperti mimisan dan bab hitam O : Bintik hitam di tungkai dan pelipis sudah tidak ada, Trombosit : 135.000 Hematokrit : 35 A : Masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi (pantau trombosit)	
	2	S : - O : suhu 36,8, nadi 100x/mnt, capillary refill kurang dari 2 detik, trombosit tidak kembali menurun. A : masalah teratasi P : pertahankan intervensi	
	3	S : ibu mengatakan klien bisa beraktifitas seperti biasa, tidak muntah lagi O : suhu 36,8, klien tampak segar mukosa lembab, turgor kulit baik (< 1 detik) A : masalah teratasi P : pertahankan intervensi	
	4	S : Ibu mengatakan klien sudah tidak demam	

		O : kulit tidak teraba hangat, Suhu 36,8°C, Nadi 100x/mnt, Rr : 20x/mnt, Trombosit 135.000 Hematokrit 35 A : Masalah teratasi P : Pertahankan intervensi	
	5	S : Ibu mengatakan klien sudah tidak mual lagi, nafsu makan bertambah O : Makan habis porsi A : Masalah teratasi P : Pertahankan intervensi	
	6	S : Ibu mengatakan klien sudah tidak rewel lagi O : Tampak tenang dan lebih suka keluar kamar untuk bermain di area bermain A : Masalah teratasi P : Pertahankan intervensi	