

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN *DENGUE*
HAEMORRHAGIC FEVER (DHF) DI RUANG DAHLIA**

RSUD dr. SOEDOMO TRENGGALEK

KARYA TULIS ILMIAH

NATASYA DESTY ANDANI

NIM : P17240221023



**KEMENTRIAN KESEHATAN RI
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI DIPLOMA 3 KEPERAWATAN KAMPUS
KABUPATEN TRENGGALEK**

2025

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN *DENGUE*
HAEMORRHAGIC FEVER (DHF) DI RUANG DAHLIA**

RSUD dr. SOEDOMO TRENGGALEK

KARYA TULIS ILMIAH

**Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan
Menyelesaikan Program Pendidikan Diploma 3 Keperawatan di
Program Studi Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek
Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang**

NATASYA DESTY ANDANI

(P17240221023)



KEMENTERIAN KESEHATAN RI

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG

JURUSAN KEPERAWATAN

PROGRAM STUDI DIPLOMA 3 KEPERAWATAN KAMPUS

KABUPATEN TRENGGALEK

2025

CURRICULUM VITAE

Nama : Natasya Desty Andani

Tempat, tanggal lahir : Trenggalek, 28 Desember 2003

Agama : Islam

Alamat : RT 15/RW 07 Dusun. Tenggar, Desa.
Senden, Kec. Kampak, Kab. Trenggalek

Email : natasyadesti28@gmail.com



Riwayat Pendidikan :

1. RA Al – Hidayah Senden tahun 2008 – 2010
2. MI Senden tahun 2010 – 2016
3. SMP Negeri 1 Kampak tahun 2016 – 2019
4. SMA Negeri 1 Kampak tahun 2019 – 2022
5. Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Program Studi D3 Keperawatan
Kampus Kabupaten Trenggalek tahun 2022 – 2025

Riwayat Organisasi :

1. Anggota UKM KSR Prodi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten
Trenggalek periode 2022 – 2025
2. Anggota UKM Pik-M Prodi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten
Trenggalek periode 2022 – 2025

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Natasya Desty Andani

NIM : P17240221023

Program Studi : Diploma 3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek

Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes
Malang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Trenggalek, 29 April 2025

Mengetahui,

Pembimbing



Ns.Tunik, S.Kep., M.Kep
NIP.919830225201901201

Yang membuat pernyataan



Natasya Desty Andani
NIM.P17240221023

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Natasya Desty Andani (P17240221023) dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Anak dengan *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek”, telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Trenggalek, 29 April 2025

Pembimbing



Ns. Tunik, S.Kep., M.Kep
NIP.919830225201901201

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Natasya Desty Andani (P17240221023) dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Anak dengan *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek”, telah dipertahankan di depan dewan penguji pada, 07 Mei 2025.

Dewan Penguji

Ketua Penguji



Ns. Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes.
NIP. 19691121 199203 2 005

Anggota Penguji



Ns. Tunik, S.Kep., M.Kep
NIP. 919830225201901201

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang



Dr. Erlina Suci Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 19760810 200212 2 001

MOTTO

“Kuatkanlah hatimu, jangan lemah semangatmu, karena ada upah
untuk usahamu”

“Allahumma yassir walaa tu’assir”

(Ya Allah, mudahkanlah dan janganlah engkau persulit)

PERSEMBAHAN

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Dengan segala puja dan puji syukur kepada Allah SWT dan atas dukungan serta doa dari orang-orang tercinta, akhirnya karya tulis ilmiah ini dapat diselesaikan dengan baik dan tepat pada waktunya. Oleh karena itu, dengan rasa bangga dan bahagia penulis haturkan rasa syukur dan terimakasih kepada :

1. Allah SWT, karena hanya atas izin dan karunia-Nya maka karya tulis ilmiah ini dapat di buat dan di selesaikan tepat pada waktunya. Sembah sujud serta rasa syukur yang tak terhingga kepada Allah SWT yang meridhoi dan mengabulkan segala doa.
2. Kedua Orang Tua Tercinta, teristimewa penulis ucapkan terimakasih kepada Ayah Pardan dan Ibu Winarti, terimakasih atas setiap langkah pengorbanan dan kerja keras yang dilakukan untuk memberikan yang terbaik kepada penulis, mengusahakan segala kebutuhan penulis, mendidik, membimbing, memberikan kasih sayang yang tulus, serta dukungan dan doa yang selalu mengiringi langkah penulis, penulis yakin 100% bahwa doa ayah dan ibu telah banyak menyelamatkanaku dalam menjalani hidup yang keras. Semoga ini langkah awal untuk membuat ayah dan ibu bahagia.
3. Pembimbing dan Dosen, kepada Ibu Tunik, S.Kep.Ns.,M.Kep terimakasih atas segala bimbingannya, motivasi, dan nasehat-nasehatnya selama ini sehingga karya tulis ilmiah ini selesai tepat pada waktunya. Penulis ucapkan terimakasih juga untuk semua bapak dan ibu dosen, atas ilmu yang diberikan selama penulis menjadi mahasiswa di Polkesma Kampus Kabupaten Trenggalek.
4. Teman – Temanku, kepada teman-temanku yang tidak bisa penulis sebut namanya satu persatu, terimakasih atas segala dukungan, masukan, serta semangat kepada penulis. Semoga kita semua menjadi orang yang beruntung dan sukses dalam hal apapun.

5. Kepada seseorang yang tak kalah penting kehadirannya, pemilik NIM 2263201100040. Terimakasih telah menemani setiap proses yang penulis lalui, memberikan dukungan tanpa henti, memberikan semangat, dan selalu meyakinkan penulis bisa mencapai segala impiannya, *thank you for coming in my life*.
6. Untuk adikku, yang selalu menjadi semangat penulis dalam melakukan hal apapun, dan selalu menjadi motivasi dalam diri untuk menunjukkan yang terbaik untukmu. Tumbuhlah menjadi versi yang paling hebat.
7. Dan terakhir, kepada wanita yang memiliki keinginan tinggi namun terkadang sulit dimengerti isi kepalanya, sang penulis karya tulis ini yaitu saya sendiri, Natasya Desty Andani. Terimakasih telah mampu mengendalikan diri untuk tetap semangat dan pantang menyerah, kamu hebat, saya bangga atas pencapaian yang telah kamu raih. Semoga langkah kebaikan terus berada padamu dan semoga Allah selalu meridhoi setiap perbuatanmu dan selalu dalam lindungan-Nya. Aminnn.....

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas rahmatnya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Anak dengan *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek”** tepat pada waktu yang telah ditentukan. Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek.

Dalam penyusunan penulis mendapat banyak bimbingan dari berbagai pihak, untuk itu dalam kesempatan ini penulis tidak lupa mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat :

1. Dr. Moh. Wildan, A,Per.Pen., M.Pd., selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk melaksanakan penyusunan Karya Tulis Ilmiah di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek.
2. Dr. Erlina Suci Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang telah mengelola sumber daya jurusan dan menyelenggarakan pendidikan.
3. Ns. Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes., selaku Ketua Program Studi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek yang telah memberikan kesempatan dalam mencari ilmu di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek.

4. Ns. Tunik, S.Kep., M.Kep., selaku Pembimbing Karya Tulis Ilmiah yang telah banyak memberikan pengarahan, saran dan revisi kepada penulis sehingga dapat terwujudnya Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Dosen dan Staf Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek yang telah memberikan dukungan dan bantuan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis berusaha untuk dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan sebaik-baiknya. Namun demikian penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan. Oleh karena itu demi kesempurnaan, penulis mengharapkan adanya kritik dan saran dari semua pihak yang terkait untuk menyempurnakannya.

Trenggalek, 29 April 2025



Natasya Desty Andani
NIM.P17240221023

ABSTRAK

Natasya Desty Andani (2025). *Asuhan Keperawatan Pada Anak dengan Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek*. Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus, Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, Program Studi DIII Keperawatan Kabupaten Trenggalek. Pembimbing: Ns.Tunik, S.Kep., M.Kep.

Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) merupakan penyakit yang disebabkan karena infeksi virus dengue yang memicu terjadinya demam, dehidrasi hingga kematian. Maka diperlukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian sampai dengan evaluasi. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk memberikan Asuhan Keperawatan Anak dengan *Dengue Hemorrhagic Fever (DHF)* di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Metode penelitian yang digunakan adalah metode penelitian deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus yang meliputi wawancara, observasi, dan studi dokumentasi. Partisipan yang digunakan adalah klien dengan diagnosa *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)*. Sumber data dari data primer dan sekunder, data primer dari wawancara dan pemeriksaan fisik, sedangkan data sekunder dari hasil pemeriksaan laboratorium dan dokumentasi. Dari hasil penelitian tersebut ditemukan dua diagnosa yaitu hipertermia dan hipovolemia. Intervensi disusun berdasarkan teori yang sudah ada. Implementasi yang dilakukan berdasarkan dengan kondisi klien. Evaluasi dilakukan selama satu hari dengan diagnosa keperawatan yang muncul. Berdasarkan hasil analisa, ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta pada bagian pengkajian. Hasil yang didapat dari penelitian ini bahwa pasien dengan *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* memerlukan perawatan yang intensif dan berkelanjutan. Oleh karena itu harus diberikan asuhan keperawatan yang tepat agar dapat mempercepat proses pemulihan dan mencegah munculnya *Dengue Syok Sindrom* yang dapat menyebabkan kematian.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan, *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)*, Anak.

ABSTRACT

Natasya Desty Andani (2025). *Nursing Care for Children with Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) in the Dahlia Room of Dr. Soedomo Trenggalek Hospital. Scientific Case Study Paper, Health Polytechnic of the Ministry of Health Malang, Diploma III Nursing Study Program, Trenggalek Regency. Advisor: Ns.Tunik, S.Kep., M.Kep.*

Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) is a disease caused by infection with the dengue virus which triggers fever, dehydration and death. Then nursing care is needed which consists of assessment to evaluation. The purpose of this study was to provide Nursing Care for Children with Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) in the Dahlia Room of Dr. Soedomo Trenggalek Hospital. The research method used is a qualitative descriptive research method with a case study approach which includes interviews, observation, and documentation studies. The participants used were clients diagnosed with Dengue Hemorrhagic Fever (DHF). Source of data from primary and secondary data, primary data from interviews and physical examination, while secondary data from the results of laboratory tests and documentation. From the results of this study, two diagnoses were found, namely hyperthermia and hypovolemia. Interventions are arranged based on existing theory. Implementation is carried out based on the client's condition. The evaluation was carried out for one days with emerging nursing diagnoses. Based on the results of the analysis, a discrepancy was found between theory and facts in the assessment section. The results obtained from this study are that patients with Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) require intensive and continuous care. Therefore, proper nursing care must be given in order to speed up the recovery process and prevent the emergence of Dengue Shock Syndrome which can cause death.

Keywords : Nursing care, Dengue Hameorrhagic Fever (DHF), children.

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DALAM	i
CURRICULUM VITAE	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
MOTTO	vi
PERSEMBAHAN	vii
KATA PENGANTAR	ix
ABSTRAK	xi
ABSTRACT	xii
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR TABEL	xviii
DAFTAR GAMBAR	xix
DAFTAR LAMPIRAN	xx
DAFTAR SINGKATAN	xxi
DAFTAR ISTILAH	xxii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Batasan Masalah.....	6
1.3 Rumusan Masalah	6
1.4 Tujuan Penelitian.....	6
1.4.1 Tujuan Umum.....	6
1.4.2 Tujuan Khusus	6
1.5 Manfaat Penelitian.....	7
1.5.1 Manfaat Teoritis	7

1.5.2	Manfaat Praktis	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....		10
2.1	Konsep Penyakit <i>Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)</i>	10
2.1.1	Definisi.....	10
2.1.2	Klasifikasi	11
2.1.3	Etiologi.....	11
2.1.4	Manifestasi Klinis	12
2.1.5	Pemeriksaan Penunjang	14
2.1.6	Patofisiologi	16
2.1.7	Komplikasi	18
2.1.8	Penatalaksanaan	19
2.1.9	Pencegahan.....	27
2.2	Konsep Dasar Anak.....	30
2.2.1	Pengertian Anak.....	30
2.2.2	Tumbuh Kembang Anak.....	30
2.2.3	Tahapan Pertumbuhan dan Perkembangan Anak	31
2.2.4	Perkembangan Psikoseksual Anak Menurut Sigmund Freund	33
2.2.5	Perkembangan Psikososial Anak Menurut Erikson	35
2.2.6	Perkembangan Kognitif Anak Menurut Jean Piaget.....	38
2.2.7	Perkembangan Moral Anak Menurut Jean Piaget.....	42
2.2.8	Perkembangan Bahasa Pada Anak	43
2.2.9	Peran Perawat Dalam Keperawatan Anak	45
2.3	Konsep Asuhan Keperawatan <i>Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)</i>	48
2.3.1	Pengkajian.....	48
2.3.2	Diagnosa Keperawatan.....	55
2.3.3	Intervensi.....	62

2.3.4	Implementasi	66
2.3.5	Evaluasi	67
2.3.6	Dokumentasi Keperawatan	68
BAB III METODE PENELITIAN		69
3.1	Desain Penelitian	69
3.2	Batasan Istilah	70
3.3	Partisipan	70
3.4	Lokasi dan Waktu Penelitian	71
3.4.1	Lokasi Penelitian	71
3.4.2	Waktu Penelitian	71
3.5	Pengumpulan data	71
3.5.1	Bahan atau Instrumen	71
3.5.2	Metode Pengumpulan Data	71
3.5.3	Prosedur Pengumpulan Data	72
3.6	Uji Keabsahan Data	75
3.7	Analisa Data	76
3.8	Etika Penelitian	76
3.8.1	<i>Informed consent</i> (lembar persetujuan menjadi responden)	77
3.8.2	<i>Anonymity</i> (tanpa nama)	77
3.8.3	<i>Confidentiality (Kerahasiaan)</i>	77
BAB IV HASIL DAN PEMBEHASAN		78
4.1	Hasil	78
4.1.1	Gambaran Lokasi Pengambilan Data	78
4.1.2	Pengkajian	79
4.1.3	Riwayat Penyakit	79
4.1.4	Pola Aktivitas sehari-hari	81

4.1.5	Pemeriksaan Fisik	82
4.1.6	Pemeriksaan Penunjang	84
4.1.7	Penatalaksanaan Medis	84
4.1.8	Analisa Data	85
4.1.9	Diagnosa Keperawatan.....	86
4.1.10	Intervensi Keperawatan.....	88
4.1.11	Implementasi Keperawatan.....	90
4.1.12	Evaluasi Keperawatan.....	92
4.1.13	Catatan Perkembangan.....	93
4.1.14	Hasil Analisis Antara Fakta dan Teori	96
4.2	Pembahasan	106
4.2.1	Pengkajian.....	106
4.2.2	Diagnosa Keperawatan.....	109
4.2.3	Intervensi.....	110
4.2.4	Implementasi.....	110
4.2.5	Evaluasi.....	111
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN		112
5.1	Kesimpulan.....	112
5.1.1	Pengkajian.....	112
5.1.2	Diagnosa.....	112
5.1.3	Intervensi.....	112
5.1.4	Implementasi.....	113
5.1.5	Evaluasi.....	113
5.1.6	Analisa Hasil	113
5.2	Saran.....	113
5.2.1	Bagi Institusi Rumah Sakit	113

5.2.2	Bagi Institusi Pendidikan	114
5.2.3	Bagi Peneliti.....	114
5.2.4	Bagi Klien dan Keluarga.....	114
5.2.5	Bagi Peneliti Yang Akan Datang	114
DAFTAR PUSTAKA		115
LAMPIRAN.....		120

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Dosis Paracetamol Menurut kelompok umur.....	20
Tabel 2.2 Kebutuhan Cairan Rumatan	21
Tabel 2.3 Intervensi.....	62
Tabel 4.1 Identitas Pasien	79
Tabel 4.2 Riwayat Penyakit	79
Tabel 4.3 Pola Aktivitas Sehari-hari	81
Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik	82
Tabel 4.5 Pemeriksaan Penunjang	84
Tabel 4.6 Analisa Data.....	85
Tabel 4.7 Diagnosa Keperawatan	86
Tabel 4.8 Intervensi Keperawatan.....	88
Tabel 4.9 Implementasi Keperawatan.....	90
Tabel 4.10 Evaluasi Keperawatan.....	92
Tabel 4.11 Catatan Perkembangan.....	93
Tabel 4.12 Hasil Analisa Antara Fakta dan Teori.....	96

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pathway <i>Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)</i>	16
---	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 <i>Informed Consent</i>	120
Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden	121
Lampiran 3 Surat Izin Penelitian.....	122
Lampiran 4 Surat Persetujuan	123
Lampiran 5 Format Asuhan Keperawatan	124
Lampiran 6 Lembar Konsul	136

DAFTAR SINGKATAN

CRT	: Capillary Refil Time
C02	: Karbondioksida
DBD	: Demam Berdarah Dengue
DEN	: Tingkat
DHF	: Dengue Haemorrhagic Fever
DSS	: Dengue Shock Syndrom
EKG	: Elektro Kardiogram
KLB	: Kejadian Luar Biasa
PSN	: Pemberantasan Sarang Nyamuk
SSP	: Sistem Syaraf Pusat
TPA	: Tempat Pembuangan Akhir
USG	: Ultrasonografi
WHO	: World Health Organization

DAFTAR ISTILAH

Abdomen	: Rongga perut
Anoreksia	: Tidak nafsu makan
Arbovirus	: Virus dengue
Asites	: Penumpukan cairan pada rongga perut
Dehidrasi	: Gangguan dalam keseimbangan cairan atau air pada tubuh
Dispnea	: Sesak nafas
Efusi Pleura	: Penumpukan cairan pada rongga pleura
Ekstremitas	: Anggota badan lengan dan tungkai
Epistaksis	: Perdarahan pada hidung (mimisan)
Flavivirus	: Golongan virus RNA
Flaviviridae	: Family virus yang menyebar melalui vektor arthropoda
Gastrointestinal	: Organ Pencernaan
Grade	: Tingkatan
Hematemesis	: Muntah darah
Hematokrit	: Hasil pengukuran sel darah merah terhadap volume darah
Hepatomegali	: Pembesaran rongga hati
Hipertermia	: Peningkatan suhu
Hipotensi	: Tekanan darah rendah
Hipovolemia	: Kekurangan volume cairan ekstrasvaskuler
Konstipasi	: Kondisi sulit buang air besar (sembelit)
Konvulsi	: Kejang
Leukopenia	: Kondisi rendahnya jumlah sel darah putih dalam tubuh

Limfadenopati	: Pembengkakan atau pembesaran kelenjar getah bening
Melena	: Buang air besar berdarah warna merah kehitaman
Ptekie	: Bintik - bintik merah pada kulit
Renjatan	: Keadaan kesehatan yang mengancam jiwa ditandai dengan ketidakmampuan tubuh untuk menyediakan oksigen untuk mencukupi kebutuhan jaringan
Sianosis	: Warna kebiruan atau keabu-abuan pada kulit, kuku, bibir, atau sekitar mata
Splenomegali	: Pembesaran limpa
Takikardia	: Detak jantung seseorang diatas normal dalam kondisi beristirahat
Trombosit	: Keping darah yang berperan dalam pembekuan darah
Trombositopenia	: Rendahnya jumlah trombosit dalam darah
Viremia	: Keadaan ditemukannya virus dalam darah

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) atau Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit yang disebabkan oleh virus dengue yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti*. Penyakit ini dapat menyerang semua orang yang dapat mengakibatkan kematian terutama pada anak (Santy, Heris Wesiana & Nurjanah, 2019). Manifestasi klinis penyakit *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* dapat berupa demam mendadak, nyeri otot atau nyeri sendi yang disertai leukopenia, ruam, limfadenopati, trombositopenia dan diatesis hemoragik (Mahmud, 2020). Komplikasi dapat terjadi pada penderita *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* antara lain komplikasi pada susunan sistem syaraf pusat (SSP) dapat berbentuk konfusi, kaku kuduk, perubahan kesadaran dan paresis, ensefalopati, komplikasi pada neurologik yang terjadi akibat pemberian cairan hipotonik yang berlebihan, infeksi, kerusakan hati, kerusakan otak, resiko syok, kejang-kejang, hingga dapat berujung kematian (Haerani & Nurhayati, 2020). Penyakit *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* masih menjadi masalah kesehatan masyarakat dan sering muncul sebagai Kejadian Luar Biasa (KLB). KLB *DHF* sering menimbulkan kepanikan di masyarakat karena penyebarannya yang cepat, dan juga karena masih banyak masyarakat yang menganggap bahwa panas tinggi tanpa sebab yang jelas, serta suhu panas naik turun itu gejala demam biasa. Padahal itu sudah termasuk dalam tanda gejala *DHF*. *DHF* pada anak memerlukan perhatian khusus karena apabila tidak ditangani dengan cepat dan tepat *DHF* dapat menjadi lebih parah sehingga dapat

menyebabkan kematian. Sampai saat ini pengobatan untuk penyakit demam berdarah dengue belum ada obat yang spesifik. Pemeliharaan volume cairan tubuh pasien sangat penting dan diberikan sesuai fase penyakit, serta sesuai dengan panduan nilai hematokrit. Jika sudah sampai ke demam berdarah parah maka perawatan medis harus ditangani oleh dokter dan perawat yang berpengalaman dengan penyakit ini (Podung, Tatura & Mantik, 2021). Dengan begitu, peran perawat sangat berpengaruh dalam peningkatan pelayanan sebuah rumah sakit, termasuk dalam pemberian asuhan keperawatan. Peran sebagai pemberi asuhan keperawatan ini dapat dilakukan dengan memperhatikan keadaan kebutuhan dasar manusia yang dibutuhkan melalui pemberian asuhan keperawatan agar bisa direncanakan dan dilaksanakan tindakan yang tepat, kemudian dapat dievaluasi tingkat perkembangannya. Pemberian asuhan keperawatan ini dilakukan dari yang sederhana dan kompleks (Aji, 2018). Asuhan keperawatan yang dilakukan dalam perawatan *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* meliputi pengkajian keperawatan secara holistik, menetapkan diagnosis keperawatan, merencanakan tindakan keperawatan, implementasi dan evaluasi.

Dengue Haemorrhagic Fever atau Demam berdarah Dengue merupakan persoalan yang masih menjadi prioritas masalah kesehatan masyarakat di seluruh daerah tropis dan sub-tropis di dunia. Kasus DBD di dunia menurut WHO pada tahun 2022, telah dilaporkan sebanyak > 4,1 juta orang dan 4.099 orang meninggal akibat DBD. Sebagian besar kasus dilaporkan dari Brazil (2.363.490 kasus), Vietnam (367.729 kasus), Filipina (220.705 kasus), dan India (125.888 kasus) (WHO, 2023). Di Indonesia berdasarkan data dari

Kementrian Kesehatan RI pada tahun 2020 terdapat 103.509 angka kejadian DBD dengan jumlah penderita meninggal sebanyak 725, sedangkan pada tahun 2022 terdapat 131.265 angka kejadian DBD yang mana sekitar 40% atau 52.506 adalah anak-anak usia 0-14 tahun. Sementara, jumlah kematiannya mencapai 1.135 kasus dengan 73% atau 828,55 terjadi pada anak usia 0-14 tahun (Kemenkes, 2023). Menurut data Dinkes Provinsi Jawa Timur menunjukkan bahwa jumlah kasus DBD mengalami penurunan dari 8.567 kasus pada 2020 menjadi 6.760 kasus pada tahun 2021. Akan tetapi, terjadi peningkatan yang signifikan pada tahun 2022, dengan total 8.894 kasus DBD di wilayah Jawa Timur (Dinkes Jatim, 2022). Sedangkan data dari Kepala Dinas Kesehatan Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana (PPKB) Trenggalek, jumlah kasus DBD meningkat lebih dari tujuh kali lipat, dari 129 kasus pada tahun 2023 menjadi 1.071 kasus pada 2024, sebagian besar penderita adalah anak usia sekolah yang mencapai sekitar 460 kasus (Adhar, 2025). Berdasarkan data dari rekam medik RSUD dr. Soedomo Trenggalek pada tahun 2022 penderita DBD sebanyak 151 pasien. Dan dari data rekam medis ruang dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek jumlah pasien yang mengalami *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* pada tahun 2023 sebanyak 24 anak, dan yang terkena *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* disertai syok/Dengue Shock Syndrom (DSS) sebanyak 22 anak (Register Rawat Inap RSUD dr. Soedomo Trenggalek, 2023).

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) dapat disebabkan karena adanya penularan virus dengue yang disebabkan oleh nyamuk *Aedes aegypti*, yang mana virus tersebut dikenal dengan empat serotipe yaitu Dengue-1, Dengue-2, Dengue-3, dan Dengue-4 yang mana seluruh virus ini sudah banyak ditemukan

dan memiliki tingkat penularan yang terbilang cepat (Mahendra *et al.*, 2022). Beberapa faktor penyebab lain yang dapat mempengaruhi peningkatan jumlah kasus DBD yaitu kurangnya kesadaran masyarakat untuk membersihkan lingkungan sekitar, cuaca yang tidak menentu serta curah hujan yang tinggi menyebabkan tingginya populasi nyamuk sebagai vektor perantara penularan penyakit DBD, menurunnya daya tahan tubuh personal sehingga sangat mudah untuk terjangkit virus dengue, breeding place, resting place, kebiasaan menggantung pakaian, dan status gizi (Sembiring, 2023). Biasanya penderita yang terkena virus dengue akan mengalami demam tinggi mendadak tanpa sebab yang jelas dan berlangsung terus-menerus dalam kurun waktu 2-7 hari, yang disertai dengan gejala lain seperti lemah, nafsu makan berkurang, muntah, nyeri sendi, nyeri kepala, dan perut. Pada hari ke-2 atau ke-3 demam muncul bentuk perdarahan beraneka ragam dimulai dari yang paling ringan berupa perdarahan di bawah kulit (petekia/ekimosis), perdarahan gusi, epistaksis, sampai perdarahan yang hebat berupa muntah darah akibat perdarahan lambung, melena dan juga hematuria masif. Selain perdarahan juga terjadi syok yang biasanya dijumpai pada saat demam telah menurun antara hari ke-3 dan ke-7 dengan tanda-tanda anak menjadi makin lemah, telinga dan hidung teraba dingin dan lembab, denyut nadi terasa cepat, kecil dan tekanan darah menurun dengan tekanan sistolik 80 mmhg atau kurang (Pratama *et al.*, 2021). Semakin berat kondisi penderita DBD, maka semakin tinggi pula derajat sakitnya dan tentunya hal ini berhubungan dengan resiko mengalami syok dan berakhir dengan kematian apabila penanganannya tidak adekuat. Komplikasi dapat terjadi pada penderita DBD yaitu Dengue Syok Sindrom (DSS) dimana

keseimbangan elektrolit seperti hyponatremia, hipokalsemia dan overhidrasi dapat menyebabkan gagal jantung atau edema paru yang dapat berujung kematian (Ahmad *et al.*, 2023).

Penatalaksanaan yang dilakukan pada pasien DBD yang pertama memenuhi kebutuhan cairan, yaitu dengan memberikan cairan oral 1-2 liter untuk mengatasi dehidrasi atau rasa haus akibat demam tinggi. Selain air putih pasien dapat diberikan teh manis, susu, sirup, jus buah dan oralit. Pasien yang mengalami demam tinggi dapat dikompres dengan air biasa. Selain itu, dapat diberikan antipiretik dan golongan asetaminofen (paracetamol). Pasien tidak boleh diberikan antipiretik dari golongan silsilat karena akan menimbulkan perdarahan yang semakin parah (Santy, Heris Wesiana & Nurjanah, 2019). Upaya lainnya untuk pengendalian faktor resiko terjadinya DBD juga dapat dilakukan dengan memberikan penyuluhan kepada keluarga dan masyarakat tentang sebab akibat dari demam berdarah, metode pemberantasan sarang nyamuk yang di anjurkan pemerintah dan dapat dilaksanakan secara mandiri yaitu 3M berupa: Menguras (membasuh tempat-tempat yang sering digunakan sebagai TPA, seperti ember, bak mandi, bak penampungan air minum, wadah penampungan pada lemari es), Menutup (tutup rapat tempat penyimpanan air, seperti kendi, dan timba), Mengubur (sebaiknya kubur barang bekas yang sudah tidak terpakai yang berpotensi sebagai tergenangnya air) (Podung, Tatura & Mantik, 2021). Sehingga berdasarkan latar belakang di atas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang **“Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* Di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek”**.

1.2 Batasan Masalah

Batasan masalah adalah upaya membatasi ruang lingkup masalah dalam penelitian agar lebih fokus. Batasan masalah pada studi kasus ini dibatasi pada Asuhan Keperawatan Pada Anak dengan *Dengue Hemorrhagic Fever (DHF)* tanpa penyakit penyerta lain di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.3 Rumusan Masalah

Rumusan masalah adalah pernyataan peneliti yang umumnya ditulis dalam bentuk kalimat tanya, pernyataan menjadi arah kemana penelitian dibawa, dan apa saja yang ingin dikaji dari peneliti. Berdasarkan uraian latar belakang masalah di atas, dapat dirumuskan pertanyaan masalah sebagai berikut: Bagaimana Asuhan Keperawatan pada anak dengan *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Mampu memberikan asuhan Keperawatan pada anak dengan *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek.

1.4.2 Tujuan Khusus

- 1) Melakukan pengkajian keperawatan pada anak dengan *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

- 2) Menegakkan dan merumuskan diagnosa keperawatan pada anak dengan *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 3) Mengidentifikasi intervensi dalam asuhan keperawatan pada anak dengan *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 4) Melaksanakan tindakan asuhan keperawatan pada anak dengan *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 5) Mengevaluasi tindakan keperawatan pada anak dengan *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 6) Menganalisa fakta dan teori klien dengan penyakit yang sama yaitu *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teoritis

Hasil dari penulisan karya tulis ilmiah ini dapat digunakan sebagai bahan kajian dalam ilmu keperawatan yang berkaitan dengan asuhan keperawatan pada pasien *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)*.

1.5.2 Manfaat Praktis

1) Bagi Institusi Rumah Sakit

Hasil penulisan ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktek layanan keperawatan khususnya pada pasien anak dengan *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)*.

2) Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penulisan ini dapat digunakan sebagai masukan dalam kegiatan proses belajar mengajar tentang asuhan keperawatan khususnya pada pasien anak dengan kasus *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* yang dapat dipakai sebagai acuan bagi praktek klinik mahasiswa keperawatan.

3) Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai pengalaman belajar dalam pemberian asuhan keperawatan, pengembangan, dan penerapan ilmu yang di dapat, serta meningkatkan pengetahuan atau wawasan bagi peneliti.

4) Bagi Klien dan Keluarga

Hasil penelitian ini dapat memberikan pengetahuan bagi klien atau keluarga dalam perawatan pada pasien *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)*.

5) Bagi Peneliti Yang Akan Datang

Hasil penelitian ini diharapkan bersifat informative dan memperkaya pengetahuan, serta dapat dijadikan referensi bagi peneliti berikutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)*

2.1.1 Definisi

Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) atau Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit yang disebabkan oleh virus dengue, sejenis virus yang tergolong arbovirus dan masuk ke dalam tubuh penderita melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti*. Penyakit ini terutama menyerang pada anak dan seringkali menyebabkan kematian bagi penderita (Effendy, 1995).

Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) adalah penyakit infeksi akibat virus dengue (arbovirus) yang menginvasi tubuh melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti* dengan gejala berupa demam, nyeri otot atau nyeri sendi yang disertai leukopenia, ruam, limfadenopati, trombositopenia dan ditiesis hemoragik (Haerani & Nurhayati, 2020).

Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) adalah penyakit yang disebabkan oleh virus dengue dan ditularkan oleh nyamuk *aedes aegypti* dan dapat juga ditularkan oleh nyamuk *aedes albopictus*, yang ditandai dengan demam tinggi mendadak tanpa sebab yang jelas selama 2-7 hari, manifestasi perdarahan termasuk dalam uji tourniquet positif, trombositopenia (jumlah trombosit $\leq 100.000/\mu\text{l}$), hemokonsentrasi (peningkatan hematokrit $\geq 20\%$), disertai dengan atau tanpa pembesaran pada hati (Fransiska & Ringoringo, 2020).

2.1.2 Klasifikasi

Menurut Effendy, (1995) *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* diklasifikasikan berdasarkan derajat beratnya penyakit, secara klinis dibagi menjadi 4 yaitu:

- 1) Derajat I: Demam disertai gejala klinis lain, tanpa perdarahan spontan. Uji tourniquet (+), trombositopenia dan hemokonsentrasi.
- 2) Derajat II: Derajat I dan disertai perdarahan spontan pada kulit atau di tempat lain.
- 3) Derajat III: Ditemukan kegagalan sirkulasi, yaitu nadi cepat dan lemah, tekanan darah rendah (hipotensi), gelisah, sianosis sekitar mulut, hidung dan ujung jari (tanda-tanda dini renjatan).
- 4) Derajat IV: Renjatan berat (DSS) dengan nadi tidak teraba dan tekanan darah tidak dapat diukur.

2.1.3 Etiologi

Demam dengue disebabkan oleh virus dengue (DEN), yang termasuk genus flavivirus. Virus yang ditularkan oleh nyamuk ini tergolong ss RNA positive-strand virus dari keluarga flaviviridae. Terdapat empat serotipe virus DEN yang sifat antigeniknya berbeda, yaitu virus dengue-1 (DEN1), virus dengue-2 (DEN2), virus dengue-3 (DEN3) dan virus dengue-4 (DEN4).

Virus utama dari dengue adalah *aedes aegypti* dari family Stegomiya. Virus dengue juga ditemukan pada *Aedes albopictus*. *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* terjadi dimana virus dengue dari

beberapa tipe ditularkan secara simultan atau berurutan. Di Asia Tenggara sejak 1983 dengue oleh virus tipe 3 adalah sering disertai dengan gambaran penyakit yang berat yaitu berupa ensefalopati, hipoglikemia, enzim hati sangat meningkat dan kadang-kadang disertai dengan ikterus (Soedarto, 2012).

2.1.4 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis yang muncul pada penderita *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* menurut Soedarto, (2012) yaitu:

- 1) Demam akut, bifasik, berlangsung 2-7 hari
- 2) Muncul manifestasi perdarahan lebih berat dibanding demam dengue (sedikitnya salah satu):
 - a) Uji tourniquet positif
 - b) Petekia
 - c) Ekimosis
 - d) Purpura
 - e) Perdarahan mukosa, tempat suntikan
 - f) Perdarahan gastrointestinal (hematemesis, melena)
- 3) Sakit kepala
- 4) Nyeri retro-orbital (di belakang bola mata)
- 5) Nyeri seluruh badan (antralgia dan mialgia)
- 6) Ruam kulit
- 7) Pemeriksaan serologi dengue positif

Menurut Agnesia Yoana, dkk (2023), *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* atau Demam Berdarah Dengue (DBD) memiliki tiga fase diantaranya adalah:

1) Fase febris (demam)

Pada fase ini, pasien mengalami demam tinggi secara tiba-tiba selama 2-7 hari, muka merah (facial flushing), nyeri/linu (generalized body ache), nyeri otot (mialigia), nyeri sendi (antralgia), sakit kepala, eritema pada kulit, anoreksia, mual dan muntah.

2) Fase kritis

Pasien dalam tahap ini mempunyai resiko tertinggi terhadap tanda dan gejala akibat kebocoran plasma yang biasanya berlangsung selama 24-48 jam, beberapa indikator penurunan suhu (menjadi 37,50-38°C atau kurang), peningkatan hematokrit (20% dari baseline), trombositopenia ($<100.0000/\text{mm}^3$), hipokalsemia, hipoalbuminemia, efusi pleura tampak pada sinar x, dan asites. Monitoring yang dilakukan untuk pasien dengan kebocoran plasma mencakup seluruh parameter hemodinamik yang berkaitan dengan kompensasi syok. Syok dapat terjadi pada pada pasien yang kehilangan banyak cairan dan dikategorikan sebagai SSD (Syndrome Syok Dengue).

3) Fase reabsorpsi (pemulihan)

Tahap ini dimulai jika pasien dapat bertahan dari fase kritis. Pada fase ini kebocoran plasma berhenti dan cairan dari ruang

intravaskuler diserap kembali, tanda-tanda vital kembali normal, hematokrit normal dan pasien membaik.

2.1.5 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* menurut Putri, (2020) yaitu:

1) Tes darah lengkap

Pada bagian darah dihitung darah lengkap. Hasil tes ini menunjukkan jumlah bagian darah yang diperlukan untuk mendiagnosis, seperti hematokrit, trombosit, dan plasma. Positif demam berdarah jika:

- a) Trombosit berjumlah kurang dari $100.000/\text{mm}^3$
- b) Hematokrit memiliki nilai lebih 20% dari angka normal
- c) Hamtokrit memiliki nilai yang menurun kurang 20% dari angka normal setelah mendapat terapi cairan

2) Tes NS1

NS1 adalah jenis protein yang ada pada virus dengue. Ketika menginfeksi, virus melepaskan protein ini dan memasuki aliran darah. Jadi jika benar terjadi demam berdarah, protein itu akan terbaca didalam darah. Tes NS1 sangat efektif ditahap awal infeksi, 0-7 hari setelah pertama kali muncul gejala. Setelah 7 hari tes tidak lagi digunakan.

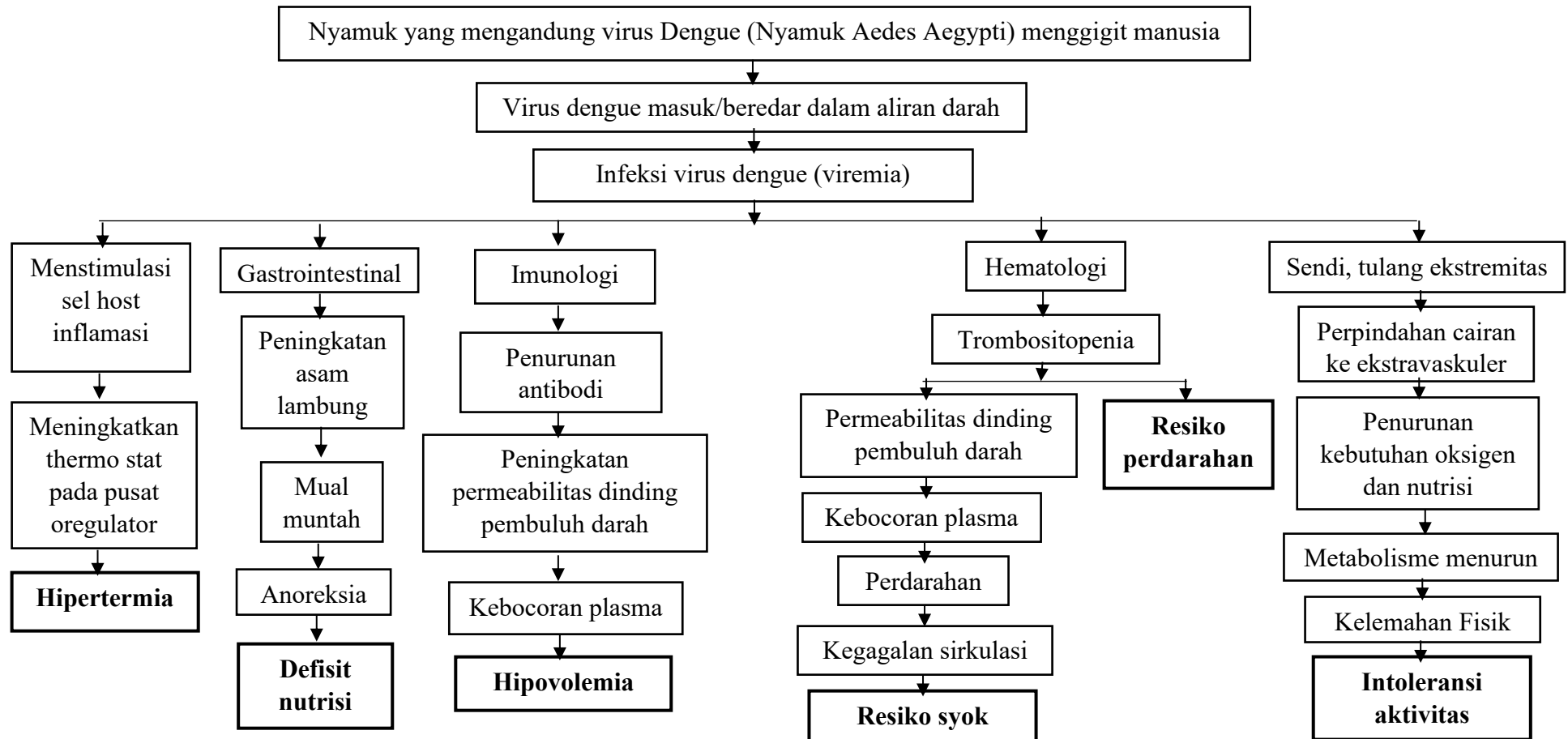
3) Tes serologi IgM/IgG

Immunoglobulin M (IgM) ataupun immunoglobulin G (IgG) merupakan jenis antibody yang dibentuk ketika tubuh terjadi

infeksi dengue. Jika memiliki salah satu dari 2 antibody ini didalam tubuh, dapat yakin bahwa positif terkena demam berdarah. Antibody ini tidak berbentuk setelah infeksi berkembang. Oleh karena itu tidak seperti tes NS1, tes IgM atau IgG biasanya terjadi dihari ke-5 setelah tandanya muncul.

2.1.6 Patofisiologi

1) Pathway



Gambar 2.1 Pathway *Dengue Haemorrhagic Fever*

Sumber : (Hidayat, 2006)

2) Uraian Pathway

Nyamuk *Aedes Aegypti* yang terinfeksi virus dengue menggigit manusia, yang kemudian virus tersebut masuk kedalam pembuluh darah (*viremia*) mengakibatkan antibody menurun, sehingga muncul demam (panas) yang menimbulkan masalah keperawatan peningkatan suhu tubuh (*hipertemi*). Selain demam, juga muncul gejala mual, muntah, anoreksia sehingga muncul masalah keperawatan defisit nutrisi.

Virus yang bereaksi dengan antibody mengakibatkan penurunan antibody sehingga terjadi reaksi imunologi yang mengakibatkan permeabilitas vaskuler meningkat. Permeabilitas vaskuler yang meningkat juga dapat mengakibatkan dehidrasi vaskuler sehingga muncul masalah keperawatan hipovolemia.

Antigen virus dengue dapat menyerang trombosit yang mengakibatkan penurunan produksi trombosit oleh sumsum tulang sehingga terjadi Trombositopenia. Trombositopenia akan terjadi perdarahan intra abdominal sehingga muncul masalah keperawatan potensial resiko perdarahan. Perdarahan yang terjadi karena kebocoran plasma menimbulkan kegagalan sirkulasi oksigen dan nutrisi sehingga muncul masalah keperawatan potensial resiko syok.

Perpindahan cairan ke ekstrasvaskuler mengakibatkan suplai oksigen dan nutrisi tubuh menurun sehingga mengganggu metabolisme. Metabolisme yang menurun menimbulkan rasa lemah dan pusing sehingga muncul diagnose keperawatan intoleransi aktivitas.

2.1.7 Komplikasi

Komplikasi yang terjadi pada penderita dengue terutama terjadi pada waktu dilakukan tindakan pengobatan terhadap demam berdarah dengue dan dengue shock syndrome adalah perdarahan, kegagalan sirkulasi, hepatomegali dan efusi pleura (Soedarto, 2012).

1) Perdarahan

Perdarahan pada *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* disebabkan adanya perubahan vaskuler penurunan jumlah trombosit (trombositopenia) $<100.000/\text{mm}^3$ dan koagulopati, trombositopenia, dihubungkan dengan meningkatnya megakariosit muda dalam sumsum tulang dan pendeknya masa hidup trombosit. Tendensi perdarahan terlihat pada uji torniquet positif, petekie, purpura, ekimosis, dan perdarahan saluran cerna, hematemesis dan melena.

2) Kegagalan sirkulasi

DSS (Dengue Shock Syndrom) biasanya terjadi sesudah hari ke 2-7, disebabkan oleh peningkatan permeabilitas vaskuler sehingga terjadi kebocoran plasma, efusi cairan serosa ke rongga pleura dan peritoneum, hipoproteinemia, hemokonsentrasi dan hipovolemia yang mengakibatkan berkurangnya aliran balik vena (venous return), preload, sehingga terjadi disfungsi atau kegagalan sirkulasi. DSS juga disertai dengan kegagalan hemostasis mengakibatkan perfusi miokard dan curah jantung menurun, sirkulasi darah terganggu dan terjadi iskemia jaringan dan kerusakan fungsi sel

secara progresif dan irreversibel, terjadi kerusakan sel dan organ sehingga pasien akan meninggal dalam 12-24 jam.

3) Hepatomegali

Hati umumnya membesar dengan perlemahan yang berhubungan dengan nekrosis karena perdarahan, yang terjadi pada lobulus hati dan sel-sel kapiler. Terkadang tampak sel netrofil dan limposit yang lebih besar dan lebih banyak dikarenakan adanya reaksi atau kompleks virus antibody.

4) Efusi pleura

Efusi pleura karena adanya kebocoran plasma yang mengakibatkan ekstrasvasi aliran intravaskuler sel, hal tersebut dapat dibuktikan dengan adanya cairan dalam rongga pleura bila terjadi efusi pleura akan terjadi dispnea, sesak nafas.

2.1.8 Penatalaksanaan

1) Penatalaksanaan *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* secara farmakologi

a) Antipiretik

Obat antipiretik diberikan bila suhu lebih dari 38,5 derajat celcius. Obat antipiretik yang digunakan bertujuan untuk menurunkan suhu tubuh pada pasien. Antipiretik yang dianjurkan ialah paracetamol, sedangkan asetosal tidak dianjurkan karena dapat menyebabkan gastritis, perdarahan, atau asidosis (Anonim,2004).

Tabel 2.1 Dosis Paracetamol Menurut kelompok umur

Umur	Paracetamol (tiap kali pemberian)	
	Dosis (mg)	Tablet (1 tab 500mg)
<1 tahun	60	1/8
1-3 tahun	60-125	1/8-1/4
4-6 tahun	125-250	1/4-1/2
7-12 tahun	250-500	1/2-1

b) Antibiotik

Belum ada bukti yang mendukung penggunaan antibiotik pada pasien *Dengue Hemorrhagic Fever (DHF)* (Anonim, 2010). Pertimbangan pemberian antibiotik pada keadaan syok mengingat kemungkinan adanya kejadian infeksi sekunder dengan translokasi dari saluran cerna. Antibiotik yang digunakan hendaknya yang tidak berefek terhadap system pembekuan.

c) Antisedatif

Antisedatif dibutuhkan terutama pada pasien yang sangat gelisah. Obat hepatotoksik sebaiknya tidak dianjurkan atau dihindarkan, kloralhidrat oral atau rektal dianjurkan dengan dosis 12,5-50 mg/kg tidak lebih dari 1 jam digunakan sebagai satu macam obat hipnotik (Soegijanto, 2006).

d) Antikonvulsan

Antikonvulsan seperti diazepam, fenobarbital atau largaktil diberikan apabila terdapat indikasi kejang (Anonim, 2004).

e) Antidiuretik

Furosemid 1 mg/kgBB dapat diberikan pada pengobatan syok apabila diuresis 1 ml/kgBB belum cukup untuk memperbaiki keadaan penderita. Furosemid diberikan terutama jika pada pasien syok terdapat overload antara lain terdapat edema atau pernafasan meningkat.

f) Penggantian volume plasma

Patogenesis dasar *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* ialah pembesaran plasma, yang terjadi pada fase penurunan suhu maka dasar pengobatannya ialah penggantian volume plasma yang hilang. Penggantian volume cairan harus adekuat (Anonim, 2004). Pemilihan jenis volume cairan yang diperlukan tergantung pada umur, berat badan serta derajat kehilangan plasma. Jumlah cairan rumatan diperhitungkan 24 jam.

Tabel 2.2 Kebutuhan Cairan Rumatan

Berat badan (kg)	Jumlah cairan (ml)/24 jam
10 kg	100/kgBB
10-20 kg	$1000 + 50 \times \text{kg} (>10\text{kg})$
>20 kg	$1500 + 20 \times \text{kg} (>20\text{kg})$

Jenis cairan yang direkomendasikan pada pasien *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* sebagai cairan rumatan ialah:

(1) Kristaloid

- Larutan Ringer Laktat (RL) atau Dekstrosa 5% dalam larutan Ringer Laktat (D5/RL).
- Larutan Asetat (RA) atau Dekstrose 5% dalam larutan ringer laktat (D5/RA).
- Larutan NaCL 0,9% (faali/GF) atau Dekstrose 5% dalam larutan garam faali (D5/GF).

(2) Koloid

- Dekstran 40
- Plasma
- Albumin

g) Pemberian oksigen

Terapi oksigen 2 liter per menit harus selalu diberikan pada semua pasien syok. Dianjurkan pemberian oksigen dengan mempergunakan masker, tetapi harus diingat pula pada anak seringkali menjadi makin gelisah apabila dipasang masker oksigen.

h) Transfuse darah

Penderita yang menunjukkan gejala perdarahan seperti hematemesis dan melena diindikasikan untuk memperoleh transfusi darah. Darah segar sangat berguna untuk mengganti volume masa sel darah merah agar menjadi normal (Soegijanto, 2006).

Kadang kala sulit untuk mengetahui perdarahan interna (interna haemorrhage) apabila disertai hemokonsentrasi. Penurunan hematokrit (misalnya dari 50% menjadi 40%) tanpa perbaikan klinis walaupun telah diberikan cairan yang mencukupi, merupakan tanda adanya perdarahan (Anonim, 2004).

2) Penatalaksanaan *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* secara non farmakologi

Penatalaksanaan non farmakologi pada penyakit *Dengue Haemorrhagic Fever* yaitu:

a) Pada fase demam pasien dianjurkan:

- (1) Tirah baring selama masih demam
- (2) Memberikan kompres hangat
- (3) Mengenakan pakaian tipis
- (4) Istirahat total
- (5) Perbanyak minum air putih

b) Penatalaksanaan nyeri

- (1) Stimulus dan masase kutaneus

Masase ialah stimulus kutaneus tubuh secara umum, sering dipusatkan pada punggung dan bahu dengan cara memijatnya pelan-pelan.

(2) Distraksi

Distraksi ialah mengalihkan perhatian pasien pada sesuatu selain pada nyeri dapat menjadi strategi yang berhasil.

(3) Teknik relaksasi

Relaksasi otot skeletal dipercaya dapat menurunkan nyeri dengan merilekskan ketegangan otot yang menunjang nyeri. Periode relaksasi yang teratur dapat membantu untuk melawan kelelahan dan ketegangan otot yang terjadi dengan nyeri kronis dan yang meningkatkan nyeri.

3) Penatalaksanaan pasien dengue menurut fase yang dibagi menjadi 3, (Hasmi, 2015):

a) Fase febris

(1) Penurunan suhu

Tepid sponge untuk demam yang sangat tinggi setelah diberikan paracetamol. Antipiretik, paracetamol 10mg/kgBB/hari jika demam $>39^{\circ}\text{C}$ (setiap 4-6 jam).

(2) Pemberian makanan

Nutrisi yang lunak akan lebih disukai. Susu, jus buah dan cairan elektrolit direkomendasikan jika diit lunak tidak dapat dikonsumsi. Pemberian air putih yang adekuat akan menjaga keseimbangan elektrolit.

(3) Terapi simptomatik lainnya.

Domperidon 1 mg/kgBB/hari diberikan 3 kali.
Antikonvulsan pada pasien kejang demam (diazepam oral). H-2 blocker (ranitidine, cimetidine) pada pasien dengan gastritis atau perdarahan saluran cerna.

(4) Pemberian cairan intravena.

(5) Pengawasan tanda kegawatan dan gejala yang mengarah ke syok.

Gejala syok:

- Ujung akral dingin dan lembab
- Gelisah, rewel pada bayi
- Mottled pada kulit
- Pengisian kapiler >2 detik
- Penurunan diuresis 4-6 jam

b) Fase kritis

(1) DHF derajat I dan II

- (a) Pada hari ke 3, 4 dan 5 demam dianjurkan dirawat inap
- (b) Pemantauan TTV setiap hari 1-2 jam selama fase kritis
- (c) Pemeriksaan kadar hematokrit berkala selama 4-6 jam selama fase kritis.

(d) Penggantian volume plasma yang hilang akibat pembesaran plasma.

(e) Jenis cairan yang dipakai yaitu isotonik ringer dan ringer asetat.

(f) Jumlah cairan diberikan:

Berat badan yang digunakan untuk patokan adalah berat ideal. Pemberian cairan intravena harus disesuaikan berdasarkan hasil lab (hemoglobin, hematokrit). Tidak boleh melebihi 6 jam tanpa dievaluasi lagi.

(2) DHF derajat III dan IV

(a) Sindrom syok dengue merupakan kasus kegawatdaruratan yang membutuhkan penanganan secara cepat dan tepat. Terapi oksigen harus diberikan pada semua pasien syok.

(b) Penggantian awal cairan intravena dengan larutan kristaloid 20ml/kgBB dengan tetesan secepatnya. Jika syok belum teratasi dengan dua kali resusitasi, 1 cairan dapat digantikan dengan koloid 10-20 ml/kgBB selama 10 menit. Jika terjadi perbaikan klinis, segera tukar kembali dengan kristaloid, tetesan dikurangi secara bertahap dengan tetesan 10 ml/kgBB/jam dan dievaluasi selama 4-6 jam. Jika

membaik, diturunkan 7 ml/kgBB/jam selanjutnya 5 ml/kgBB jam dan terakhir 3 ml/kgBB/jam.

c) Fase penyembuhan

(1) Penghentian cairan intravena.

(2) Biarkan pasien istirahat.

(3) Beberapa pasien akan mengalami fluid overload jika pada fase demam sebelumnya mendapatkan cairan berlebihan, untuk mengatasi hal tersebut dapat dilakukan:

(a) Hilangkan cairan yang ada di cavum pleura, dapat menggunakan diuretik furosemide (1 ml/kg/dosis), dengan syarat pasien tidak dalam fase perembesan plasma karena akan memicu syok.

(b) Dilakukan pemasangan kateter terlebih dahulu.

(c) Pencatatan jumlah urin setiap jam. Urin yang adekuat adalah 0,5 ml/kgBB/jam.

(d) Furosemide dapat diberikan dengan frekuensi sesuai kebutuhan.

2.1.9 Pencegahan

Pencegahan *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* dilakukan untuk mengurangi angka kejadiannya. Langkah-langkah yang dapat diuraikan ada dalam beberapa teknik yaitu:

1) Manajemen Lingkungan

Manajemen lingkungan mencakup semua perubahan yang dapat mencegah atau meminimalkan perkembangan vektor sehingga kontak antara manusia dengan vektor berkurang. Upaya yang dapat dilakukan adalah dengan memodifikasi lingkungan dan memanipulasi lingkungan.

2) Perlindungan Diri

Perlindungan diri yang dapat mengurangi risiko terkena gigitan nyamuk seperti memakai pakaian yang dapat melindungi tubuh dari gigitan nyamuk, penggunaan produk insektisida untuk konsumsi rumah tangga, penggunaan penolak serangga yang alami maupun kimiawi.

3) Pengendalian Biologis

Pengendalian yang dilakukan untuk mengendalikan populasi nyamuk menggunakan preparat biologis seperti memelihara ikan pemakan larva dan membuat perangkap telur autosidal. Pengendalian kimiawi dilakukan menggunakan insektisida pembasmi jentik (larvasida) antara lain dikenal dengan istilah larvasidasi dan pengasapan ruangan. (Lastini Asmar, dkk 2023)

Bentuk pencegahan tambahan lain yang efektif dan efisien sampai saat ini adalah kegiatan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) dengan cara 3M plus, yaitu:

- 1) Menguras, adalah membersihkan tempat yang sering dijadikan tempat penampungan air seperti bak mandi, ember air, tempat penampungan air minum, dan penampung air lemari es.
- 2) Menutup, yaitu menutup rapat-rapat tempat penampungan air seperti: drum, kendi.
- 3) Memanfaatkan kembali atau mendaur ulang barang bekas yang memiliki potensi untuk jadi tempat berkembangbiakan nyamuk penular demam berdarah.

Adapun yang dimaksud dengan Plus adalah segala bentuk pencegahan lainnya seperti:

- 1) Menaburkan bubuk larvasida pada tempat penampungan air yang sulit dibersihkan, misalnya water toren, gentong/tempayan penampung air hujan
- 2) Menggunakan kelambu saat tidur
- 3) Memelihara ikan pemangsa jentik nyamuk
- 4) Menanam tanaman pengusir nyamuk
- 5) Menghindari kebiasaan menggantung pakaian di dalam rumah yang bisa menjadi tempat istirahat nyamuk
- 6) Menggunakan anti nyamuk semprot maupun oles bila diperlukan (Kurniawan *et al.*, 2022).

2.2 Konsep Dasar Anak

2.2.1 Pengertian Anak

Menurut UU RI NO 23 Th 2002 (tentang perlindungan anak) Pasal (1): anak adalah seseorang sebelum 18 tahun, termasuk anak yang masih dalam kandungan. Sedangkan, menurut WHO anak adalah sejak terjadinya konsepsi sampai usia 18 tahun.

Anak adalah seseorang yang berusia kurang dari 18 tahun dalam masa tumbuh kembang dengan kebutuhan khusus baik kebutuhan fisik, psikologis, psiko sosial, dan spiritual (Askar, 2012).

2.2.2 Tumbuh Kembang Anak

Menurut Hidayat, (2008) dalam tumbuh kembang anak, terdapat berbagai ciri khas yang membedakan komponen satu dengan yang lain yaitu:

- 1) Dalam pertumbuhan akan terjadi perubahan ukuran dalam hal bertambahnya ukuran fisik, seperti berat badan, tinggi badan, lingkar kepala, lingkar lengan, lingkar dada dan yang lainnya.
- 2) Dalam Pertumbuhan dapat terjadi perubahan proporsi yang dapat terlihat pada proporsi fisik atau organ manusia yang muncul mulai dari masa konsepsi hingga dewasa.
- 3) Pada pertumbuhan dan perkembangan, hilang ciri-ciri lama yang ada selama pertumbuhan, seperti hilangnya kelenjar timus, gigi susu atau hilangnya refleks tertentu.

2.2.3 Tahapan Pertumbuhan dan Perkembangan Anak

Tahapan pertumbuhan dan perkembangan pada anak menurut Soetjiningsih, (2002):

1) Masa prenatal (konsepsi-lahir). Masa ini dibagi menjadi 2, yaitu:

a) Masa embrio (mudigah), dimulai sejak konsepsi hingga kehamilan 8 minggu.

b) Masa fetus, dimulai sejak kehamilan 9 minggu sampai kelahiran. Masa fetus dibagi menjadi dua yaitu:

(1) Fetus dini (9 minggu-trimester 2) terjadi sebuah percepatan pertumbuhan dan pembentukan manusia sempurna dan mulai berfungsinya organ tubuh.

(2) Fetus lanjut (trimester akhir) terjadi perkembangan fungsi organ tubuh dan transfer imunoglobulin G (IgD) serta darah ibu melalui plasenta.

2) Masa neonatal (usia 0-28 hari)

Pada masa ini terjadi adaptasi terhadap lingkungan, perubahan sirkulasi darah dan berfungsinya organ-organ tubuh. Pada masa ini refleksi primitif yang bersifat fisiologis muncul seperti refleksi moro (merangkul), sucking refleksi (menghisap), rooting refleksi (menoleh), tonic neck refleksi (menahan posisi leher/kepala), palmar graps refleksi (memegang), dimana refleksi tersebut akan menghilang seiring bertambahnya usia.

3) Masa bayi (umur 1-12 bulan)

Pada masa ini terjadi pertumbuhan dan perkembangan yang sangat cepat, oleh karena itu diperlukan pemberian gizi yang baik. Kehadiran orang asing akan membuatnya cemas (stranger anxiety) dan ketakutan perpisahan dengan ibunya. Menurut teori psikoseksual (Sigmund Freud) pada masa ini anak masuk dalam fase oral dimana segala yang dipegang cenderung dimasukkan ke dalam mulut.

4) Masa anak toodler (umur 1-3 tahun)

Pada masa ini pertumbuhan fisik anak relatif lebih lambat namun perkembangan motorik sangat cepat. Pada masa ini perhatian anak terhadap lingkungan menjadi lebih besar, lebih banyak berinteraksi dengan keluarga, memiliki rasa ingin tahu yang lebih dan meniru sesuatu.

5) Masa pra sekolah (umur 3-5 tahun)

Pada masa ini gigi susu anak sudah lengkap. Pertumbuhan fisik berjalan pelan namun anak sudah dapat melakukan tindakan sederhana yang mandiri seperti naik turun tangga dan berdiri dengan satu kaki.

6) Masa anak sekolah (umur 6-12 tahun)

Pada masa ini pertumbuhan dan penambahan berat badan mulai melambat. Tinggi badan bertambah sedikitnya 5 cm per tahun. Anak mulai masuk sekolah dan mempunyai teman yang lebih banyak sehingga sosialisasinya lebih luas. Mereka terlihat lebih

mandiri. Mulai tertarik pada hubungan dengan lawan jenis tetapi tidak terikat. Menunjukkan kesukaan dalam berteman dan berkelompok dan bermain dalam kelompok dengan jenis kelamin yang sama tetapi mulai bercampur.

7) Masa anak usia remaja (12-18 tahun)

Pada remaja awal pertumbuhan meningkat cepat dan mencapai puncaknya. Karakteristik sekunder mulai tampak seperti perubahan suara pada anak laki-laki dan pertumbuhan payudara pada anak perempuan. Pada usia remaja tengah, pertumbuhan melambat pada anak perempuan. Bentuk tubuh mencapai 95% tinggi orang dewasa. Karakteristik sekunder sudah tercapai dengan baik. Pada remaja akhir, mereka sudah matang secara fisik dan struktur dan pertumbuhan organ reproduksi sudah hampir komplet.

2.2.4 Perkembangan Psikoseksual Anak Menurut Sigmund Freud

Menurut Freud, dalam tahapan perkembangan ke arah manusia dewasa, seorang anak harus dapat melewati berbagai tahap perkembangan psikoseksual yaitu:

1) Fase oral (0-11 bulan)

- a) Selama masa bayi, sumber kesenangan anak berpusat pada aktifitas oral yaitu menghisap, menggigit, mengunyah, dan mengucapkan serta ketergantungan yang sangat tinggi dan selalu minta dilindungi untuk mendapatkan rasa aman.

- b) Masalah yang diperoleh pada tahap ini adalah menyapih dan makan.

2) Fase anal (1-3 tahun)

Kehidupan anak berpusat pada kesenangan anak terhadap dirinya sendiri, sangat egoistik, mulai mempelajari struktur tubuhnya. Pada fase ini tugas yang dapat dilaksanakan anak adalah latih kebersihan. Anak senang menahan feses, bahkan bermain-main dengan fesesnya sesuai dengan keinginannya. Untuk itu toilet training adalah waktu yang tepat dilakukan dalam periode ini. Masalah yang dapat diperoleh pada tahap ini adalah bersifat obsesif (gangguan pikiran) dan bersifat impulsif yaitu dorongan membuka diri, tidak rapi, kurang pengendalian diri.

3) Fase phalik (3-6 tahun)

- a) Kehidupan anak berpusat pada genetalia dan area tubuh yang sensitif.
- b) Kecenderungan anak akan dekat dengan orang tua yang berlawanan jenis kelamin.
- c) Anak mulai mempelajari adanya perbedaan jenis kelamin.
- d) Anak mulai memahami identitas gender (anak sering meniru ibu atau ayah dalam berpakaian).

4) Fase laten (6-12 tahun)

- a) Kepuasan anak mulai terintegrasi, anak akan menggunakan energi fisik dan psikologis untuk mengeksplorasi

pengetahuan dan pengalamannya melalui aktifitas fisik maupun sosialnya.

- b) Pada awal fase laten, anak perempuan lebih menyukai teman dengan jenis kelamin yang sama, demikian juga sebaliknya.
- c) Pertanyaan anak semakin banyak, mengarah pada sistem reproduksi (orang tua harus bijaksana dan merespons).
- d) Oleh karena itu apabila ada anak tidak pernah bertanya tentang seks, sebaiknya orang tua waspada (peran ibu dan ayah sangat penting dalam melakukan pendekatan dengan anak).

5) Fase genital (12-18 tahun)

Kepuasan anak akan kembali bangkit dan mengarah pada perasaan cinta yang matang terhadap lawan jenis. Pada masa ini anak banyak mendapatkan konflik dari dirinya sendiri, terkadang anak menjadi ragu dalam mengambil suatu kesimpulan (Sudirjo & Alif, 2018).

2.2.5 Perkembangan Psikososial Anak Menurut Erikson

Salah satu teori yang sering disebutkan pada perkembangan psikososial anak adalah teori Erikson, dimana Erikson memberikan 8 tahapan pada perkembangan psikososial. Dari 8 tahap perkembangan psikososial Erikson hanya 5 tahap awal yang berkaitan dengan masa anak-anak. Kedelapan tahapan perkembangan tersebut adalah:

1) Tahap percaya versus tidak percaya

Pada tahap ini dimulai dari usia 0-1 tahun. Dimana tahapan ini dapat menimbulkan rasa percaya anak pada lingkungan sekitar dan orang dewasa didekatnya, namun selain itu dapat juga memberikan ketidakpercayaan pada lingkungan sekitar dan orang lain disekitarnya.

2) Tahap kemandirian versus rasa malu dan ragu

Pada tahap ini dimulai dari usia 1-3 tahun, dimana pada tahap ini anak mulai mencoba untuk mandiri dalam tugas tumbuh kembang. Selain kemandirian pada anak juga akan menimbulkan rasa malu dan keraguan. Hal itu akan timbul saat anak mencoba untuk memutuskan suatu pilihan jika pilihan anak salah maka dipermalukan oleh orang lain hal tersebut akan menimbulkan perasaan malu dan ragu.

3) Tahap inisiatif versus rasa bersalah

Pada tahap ini dimulai pada usia 4-6 tahun, di usia ini anak sudah mulai berinisiatif dalam belajar dan mencari hal baru yang menarik untuk anak. Namun jika pada tahap ini anak dilarang atau dicegah maka akan muncul rasa bersalah.

4) Tahap rajin dan rendah diri

Tahap ini dimulai pada usia 6-12 tahun, pada tahap ini anak sudah mulai untuk berusaha dalam mencapai sesuatu yang diinginkan anak atau mendapatkan prestasi sehingga anak akan menjadi rajin untuk mendapatkannya. Namun apabila anak tidak

mendapat harapan tersebut maka anak akan memiliki perasaan rendah diri pada dirinya.

5) Tahap identitas versus kebingungan

Tahap ini dimulai usia 12-18 tahun biasa disebut dengan masa remaja. Pada tahap ini anak mengalami perubahan dalam dirinya, terutama pada fisik dan kematangan usia secara hormonal. Hal tersebut akan membuat anak menunjukkan identitas dirinya dan sangat peduli terhadap pandangan orang lain tentang dirinya.

6) Tahap keintiman versus pemisah

Pada usia dewasa muda ditahap ini anak mencoba untuk menjalin hubungan dengan teman sebaya, komunitas dan juga lingkungan sosial di sekitarnya. Jika pada tahap ini anak belum tidak dapat menjalin hubungan dengan teman sebayanya dan memiliki kelompok sosial maka akan membuat anak memisahkan dirinya sendiri.

7) Tahap generasi versus penghentian

Pada masa dewasa pertengahan, ditahap ini individu ingin mencoba memperhatikan generasi berikutnya dan membuat dunia dapat menerima dirinya. Apabila pada tahap ini mengalami kegagalan dan tanpa adanya penerimaan maka yang terjadi adalah menarik dirinya kembali dan berhenti dari aktivitasnya.

8) Tahap intergritas versus keputusasaan

Pada masa dewasa lanjut, ditahap ini individu sudah memikirkan tugas-tugas akhir diakhir kehidupan, karena kegagalan pada dirinya saat melakukan aktivitas dalam kehidupan (Puspita, Elan & Mulyadi, 2022).

2.2.6 Perkembangan Kognitif Anak Menurut Jean Piaget

Berikut ini adalah penjelasan mengenai empat tahapan dalam perkembangan kognitif anak menurut Jean Piaget:

1) Tahap Sensorimotor (0-2 Tahun)

Periode paling awal disebut tahap sensorimotor, karena pemikiran anak melibatkan penglihatan, pendengaran, gerak/pemindahan, perabaan, pengecap, dan lain-lain. Pada tahap ini, anak membangun pemahaman mengenai dunia dengan mengoordinasikan pengalaman sensoris (melihat dan mendengar) dengan tindakan fisik dan motorik, karena itulah disebut sensorimotor.

Pada awal tahap ini, bayi yang baru lahir memiliki lebih dari sekadar pola-pola refleksi untuk dapat melakukan sesuatu. Pada akhir tahap ini, anak umur 2 tahun memiliki pola sensorimotor kompleks dan mulai menggunakan simbol-simbol sederhana.

Selama periode ini, bayi mengembangkan permanensi objek, yaitu pemahaman bahwa objek masih ada di lingkungan terlepas dari apakah mereka ada atau tidak. Hal ini merupakan awal kemampuan penting untuk mengonstruksikan representasi

mental. Sebelum bayi mengembangkan permanensi objek, mudah bagi seseorang yang lebih tua untuk mengambil sesuatu darinya. Taktiknya adalah dengan mendistraksi si bayi dan mengambil objek yang dimaksud ketika ia tidak melihat atau dapat disebut juga dengan out of sight. Sebuah bola yang menggelinding dan menghilang dari penglihatan si bayi membuat bayi tersebut tetap mencari bola yang hilang dari pandangannya. Hal ini mengindikasikan suatu pemahaman bahwa objek itu masih ada meskipun tidak dapat dilihatnya.

Tahap perkembangan sensorimotor dapat dipecah menjadi enam sub tahap tambahan, yaitu refleks sederhana, reaksi sirkuler primer, reaksi sirkuler sekunder, koordinasi reaksi, reaksi sirkular tersier, dan pemikiran simbolis awal.

2) Tahap Praoperasional (2-7 Tahun)

Tahap praoperasional terjadi mulai dari usia 2-7 tahun. Artinya, kegiatan imajinatif didorong dari prasekolah sampai kelas dua jenjang sekolah dasar. Permainan drama dianggap sebagai salah satu demonstrasi pertama metakognisi pada anak-anak atau pemikiran ganda. Saat terlibat dalam permainan imajinatif, anak-anak secara bersamaan merefleksikan pengalaman realistis. Anak-anak mulai menjelaskan dunia dengan kata-kata dan gambar. Kata-kata dan gambar mencerminkan peningkatan pemikiran simbolis serta melampaui hubungan informasi sensoris dan tindakan fisik.

Pada tahap praoperasional, anak belum menunjukkan pemecahan masalah atau pemikiran logis. Anak pada usia ini juga menunjukkan animisme. Mereka menganggap mainan dan benda mati lainnya memiliki perasaan dan hidup seperti manusia. Misalnya, seorang anak sedang bermain boneka kelinci dan berpura-pura mengajak berbicara serta memberinya makanan wortel karena ia menganggap bahwa boneka kelinci tersebut hidup seperti dirinya. Tahap praoperasional ini juga ditandai dengan anak dapat melepaskan proses berpikirnya dari dunia fisik. Namun, mereka masih belum mampu mengembangkan keterampilan berpikir operasional atau logis tahap selanjutnya. Pada tahap ini, pemikiran mereka masih egosentris (berpusat pada pandangan dunia mereka sendiri) dan intuitif (berdasarkan penilaian subjektif anak-anak tentang peristiwa).

3) Tahap Operasional Konkret (7-11 Tahun)

Pada tahap ini, anak mulai menunjukkan pemikiran logis tentang kejadian-kejadian konkret. Mereka mulai memahami konsep konservasi. Mereka mengerti bahwa meskipun segala sesuatunya berubah dalam penampilan, beberapa sifat masih tetap sama. Anak-anak pada tahap ini dapat membalikkan keadaan secara mental. Mereka mulai memikirkan perasaan dan pemikiran orang lain. Pada tahap ini, egosentris mereka juga berkurang.

Anak dapat menalar secara logis mengenai kejadian konkret dan menggolongkan benda ke dalam kelompok yang berbeda-beda. Pada tahap ini, anak dapat menerapkan pengalaman yang telah mereka dapatkan sebelumnya. Penalaran logis mereka menggantikan pikiran intuitif selama penalaran dapat diterapkan pada contoh khusus dan konkret. Menurut Piaget, tahap ini merupakan titik balik perkembangan kognitif anak yang signifikan karena menandai titik awal pemikiran operasional atau logis.

Pikiran anak-anak yang cenderung sangat konkret menjadi jauh lebih logis dan canggih selama tahap perkembangan ini. Selain penting untuk diri anak tersebut, tahap ini juga berfungsi sebagai transisi penting antara tahap awal perkembangan dan tahap mendatang ketika mereka akan belajar bagaimana cara berpikir lebih abstrak dan hipotetis.

4) Tahap Operasional Formal (11 Tahun-Dewasa)

Pada tahap terakhir Piaget, anak menjadi mampu menalar tidak hanya tentang objek dan peristiwa nyata, tetapi juga tentang hal-hal hipotetis atau abstrak. Oleh karena itu, ia memiliki nama tahap operasional formal- periode ketika individu dapat "beroperasi" pada bentuk atau representasi. Tahap operasional formal muncul antara umur 11-15 tahun. Pada tahap ini, pemikiran seorang individu sudah lebih melampaui dari pengalaman konkret serta pikiran yang asbtrak

dan lebih logis. Remaja melakukan penalaran dengan cara yang lebih abstrak, idealis, dan logis (Warmansyah *et al.*, 2023).

2.2.7 Perkembangan Moral Anak Menurut Jean Piaget

Perkembangan moral anak merupakan bagian dari pembebasan diri anak dari ketergantungan orang tua. Dengan berinteraksi bersama secara luas anak akan mampu memahami pandangan dari orang lain dengan beragam aturan bagi kehidupan bermoral. Berikut adalah tahap-tahap perkembangan moral yang dikemukakan oleh Jean Piaget sebagai berikut :

1) Tahap Moralitas Heterogen

Tahap ini, anak berusia 4-7 merupakan tahap pertama anak mengalami perkembangan moral. Pada tahap ini anak berfikir keadilan dan peraturan ialah perangkat dunia yang tidak dapat diubah dan diatur oleh orang. Selain itu, anak juga berfikir peraturan dibuat oleh orang dewasa dan memiliki perbatasan dalam bertingkah laku. Oleh karena itu, pada tahapan ini seharusnya orang dewasa perlu memberi kesempatan kepada anak untuk membuat peraturan mereka sendiri agar anak menyadari bahwa peraturan yang mereka sepakati itu dapat mereka ubah.

2) Tahap Moralitas Otonomi

Saat usia anak menginjak 7-10 tahun, mereka mulai sadar bahwa peraturan-peraturan dan hukum-hukum yang ada diciptakan oleh manusia. Pada tahap ini, anak mulai dapat menilai sebuah

perbuatan baik dan buruknya. Tidak hanya itu, mereka juga sudah mulai berpikir serta mempertimbangkan niat dan dampak baik buruknya dari hasil perbuatan yang akan anak lakukan. Dengan begitu moralitas akan terlihat dengan adanya kerjasama maupun hubungan timbal balik antara anak dengan lingkungan yang dihadapinya.

Dalam masa ini anak yakin bahwa jika mereka melakukan kesalahan dan melanggar peraturan maka otomatis mereka akan mendapatkan hukuman dari kesalahan yang diperbuatnya. Maka dengan itu anak seringkali merasa khawatir dan takut untuk melakukan kesalahan. Akan tetapi tatkala anak akan mulai berfikir heteromon, maka anak akan mulai memahami hukuman yang terjadi apabila ia memiliki bukti pada saat melakukan pelanggaran. Kemudian Jean Piaget mempercayai bahwa dengan berkembangnya cara berfikir anak, anak tersebut akan lebih memahami mengenai persoalan-persoalan sosial dan mampu bekerja sama dengan lingkungannya (Kartika Ningsih, 2022).

2.2.8 Perkembangan Bahasa Pada Anak

Daya cipta yang tidak pernah habis (infinite generativity) merupakan suatu kemampuan anak untuk menciptakan sejumlah kalimat bermakna yang tidak pernah berhenti dengan menggunakan seperangkat kata dan aturan yang terbatas, sehingga menjadikan bahasa sebagai upaya yang sangat kreatif. Kreativitas bahasa anak ditentukan

oleh usia perkembangan bahasa anak. Beberapa tahapan dalam perkembangan bahasa anak adalah sebagai berikut:

1) Tahap pralinguistik atau meraba (usia 3 bulan-1 tahun)

Pada tahap ini anak mengeluarkan bunyi ujaran dalam bentuk occhan yang mempunyai fungsi komunikatif. Pada usia ini anak mengeluarkan berbagai bunyi ujaran sebagai reaksi terhadap orang lain yang berada di sekitarnya dalam upaya mencari kontak verbal.

2) Tahap holofrastik atau kalimat satu kata (usia 1-1,8 tahun)

Pada usia sekitar 1 tahun anak mulai mengucapkan kata-kata. Satu kata yang diucapkan oleh anak-anak harus dipandang sebagai satu kalimat penuh mencakup aspek intelektual maupun emosional sebagai cara untuk menyatakan mau tidaknya terhadap sesuatu. Anak yang menyatakan "mobil" dapat berarti "saya mau main mobil-mobilan".

3) Tahap kalimat dua kata (usia 1,6-2 tahun)

Pada tahap ini anak mulai memiliki banyak kemungkinan untuk menyatakan kemauannya dan berkomunikasi dengan menggunakan kalimat sederhana yang disebut dengan istilah "kalimat dua kata" yang dirangkai secara tepat. Misalnya anak mengucapkan "mobil-mobil siapa".

4) Tahap pengembangan tata bahasa awal (usia 2-5 tahun)

Pada tahap ini anak mulai mengembangkan bahasa, panjang kalimat mulai bertambah, ucapan-ucapan yang dihasilkan

semakin kompleks, dan mulai menggunakan kata jamak. Penambahan dan pengayaan terhadap sejumlah dan tipe kata secara berangsur-angsur meningkat sejalan dengan kemajuan dan kematangan perkembangan anak.

5) Tahap pengembangan tata bahasa lanjutan (usia 5-10 tahun)

Pada tahap ini anak semakin mampu mengembangkan struktur tata bahasa yang lebih kompleks lagi serta mampu melibatkan gabungan kalimat-kalimat sederhana dengan komplementasi, relativasi, dan konjungsi. Perbaikan dan penghalusan yang dilakukan pada periode ini mencakup belajar mengenai berbagai kecualian dari keteraturan tata bahasa dan fonologis dalam bahasa.

6) Tahap kompetensi lengkap (usia 11 tahun-dewasa)

Pada akhir masa kanak-kanak, perbendarahaan kata terus meningkat, gaya bahasa mengalami perubahan, dan semakin lancar serta fasih dalam berkomunikasi. Keterampilan dan performansi tata bahasa terus berkembang ke arah tercapainya kompetensi berbahasa secara lengkap sebagai perwujudan dari kompetensi komunikasi (Gainau, 2021).

2.2.9 Peran Perawat Dalam Keperawatan Anak

Perawat merupakan anggota dari tim pemberi asuhan keperawatan anak dan orang tuanya. Perawat dapat berperan dalam berbagai aspek dalam memberikan pelayanan kesehatan dan bekerjasama dengan anggota tim lain, dengan keluarga terutama dalam membantu

memecahkan masalah yang berkaitan dengan perawatan anak. Beberapa peran penting seorang perawat menurut Erita & Leniwita, (2019) meliputi:

1) Sebagai edukator

Perawat berperan sebagai pendidik, baik secara langsung dengan memberi penyuluhan atau pendidikan kesehatan pada orang tua maupun secara tidak langsung dengan menolong orang tua memahami pengobatan dan perawatan anaknya. Kebutuhan orang tua terhadap pendidikan kesehatan dapat mencakup pengertian dasar penyakit anaknya, perawatan anak selama dirawat di rumah sakit, serta perawatan lanjut untuk persiapan pulang ke rumah. Tiga domain yang dapat dirubah oleh perawat melalui pendidikan kesehatan adalah pengetahuan, keterampilan serta sikap keluarga dalam hal kesehatan khususnya perawatan anak sakit.

2) Sebagai konselor

Suatu waktu anak dan keluarganya mempunyai kebutuhan psikologis berupa dukungan atau dorongan mental. Sebagai konselor, perawat dapat memberikan konseling keperawatan ketika anak dan keluarganya membutuhkan. Hal inilah yang membedakan layanan konseling dengan pendidikan kesehatan. Dengan cara mendengarkan segala keluhan, melakukan sentuhan dan hadir secara fisik maka perawat dapat saling bertukar pikiran dan pendapat dengan orang tua tentang masalah

anak dan keluarganya untuk membantu mencairkan alternatif pemecahannya.

3) Sebagai koordinator atau kolaborator

Dengan pendekatan interdisiplin, perawat melakukan koordinasi dan kolaborasi dengan anggota tim kesehatan lain dengan tujuan terlaksananya asuhan yang holistik dan komprehensif. Perawat berada pada posisi kunci untuk menjadi koordinator pelayanan kesehatan karena 24 jam berada di samping pasien. Keluarga adalah mitra perawat, oleh karena itu kerjasama dengan keluarga juga harus terbina dengan baik, tidak hanya saat perawat membutuhkan informasi dari keluarga saja, melainkan seluruh rangkaian proses perawatan anak harus melibatkan keluarga secara aktif.

4) Sebagai pembuat keputusan etik

Perawat dituntut untuk dapat berperan sebagai pembuat keputusan etik dengan berdasarkan pada nilai normal yang diyakini dengan penekanan pada hak pasien untuk mendapat otonomi, menghindari hal-hal yang merugikan pasien dan keuntungan asuhan keperawatan yaitu meningkatkan kesejahteraan pasien. Perawat juga harus terlibat dalam perumusan rencana pelayanan kesehatan di tingkat kebijakan. Perawat harus mempunyai suara untuk didengar oleh para pemegang kebijakan dan harus aktif dalam gerakan yang bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan anak. Perawat

yang paling mengerti tentang pelayanan keperawatan anak. Oleh karena itu perawat harus dapat meyakinkan pemegang kebijakan bahwa usulan tentang perencanaan pelayanan keperawatan yang diajukan dapat memberi dampak terhadap peningkatan kualitas pelayanan kesehatan anak.

5) Sebagai peneliti

Sebagai peneliti perawat anak membutuhkan keterlibatan penuh dalam upaya menemukan masalah-masalah keperawatan anak yang harus diteliti, melaksanakan penelitian langsung dan menggunakan hasil penelitian kesehatan/keperawatan anak dengan tujuan meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada anak. Untuk itu, diperlukan kemampuan berpikir kritis dalam melihat fenomena yang ada dalam layanan asuhan keperawatan anak sehari-hari dan menelusuri penelitian yang telah dilakukan serta menggunakan literatur untuk memvalidasi masalah penelitian yang ditemukan. Pada tingkat kualifikasi tertentu, perawat harus dapat melaksanakan penelitian yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas praktik keperawatan anak.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)*

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal pada proses keperawatan yang dilakukan secara sistematis dalam mengumpulkan informasi subjektif, objektif dan peninjauan informasi riwayat pasien pada rekam medik. Informasi subjektif misalnya dengan wawancara pada pasien/keluarga.

Sedangkan informasi objektif misalnya dengan pengukuran tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik (Hidayat, 2005).

Data yang perlu dikaji yaitu:

1) Anamnesa

a) Identifikasi pasien

Nama, umur, jenis kelamin, alamat, pendidikan, nama orang tua, pendidikan orang tua, pekerjaan orang tua.

b) Keluhan utama

Keluhan yang menonjol pada pasien *Dengue Haemorrhagic Fever* untuk datang ke rumah sakit adalah panas tinggi dan anak lemah.

c) Riwayat penyakit sekarang

Didapatkan adanya keluhan panas mendadak disertai menggigil, saat demam kesadaran komposmentis. Panas menurun terjadi antara hari ke-3 dan ke-7, sementara anak semakin lemah. Kadang-kadang disertai keluhan batuk pilek, nyeri telan, mual, muntah, anoreksia, diare, sakit kepala, nyeri otot dan persendian, nyeri ulu hati dan pergerakan bola mata terasa pegal serta adanya manifestasi perdarahan pada kulit, gusi, melena atau hematemesis (grade II).

d) Riwayat penyakit yang pernah diderita

Penyakit apa saja yang pernah diderita. Pada *Dengue Haemorrhagic fever*, anak bisa mengalami serangan ulang DHF dengan tipe virus yang lain.

e) Pola makan dan minum

Biasanya pada penderita *Dengue Haemorrhagic fever* mengalami penurunan nafsu makan, mual muntah, sakit saat menelan yang ditandai dengan mukosa mulut kering, perdarahan gusi, lidah kotor, nyeri tekan pada ulu hati.

f) Pola eliminasi

(1) Konstipasi, penurunan berkemih, melena hematuria, (tahap lanjut).

(2) Eliminasi alvi atau buang air besar

Kadang-kadang anak mengalami diare atau konstipasi.

Sementara *Dengue Haemorrhagic Fever* pada grade II bisa terjadi melena.

(3) Eliminasi urine atau buang air kecil

(a) Dehidrasi ringan: pengeluaran urine sedikit, berat jenis urine meningkat, ureum normal, CO₂ sedikit.

(b) Dehidrasi sedang: pengeluaran urine sangat sedikit, berat jenis urine meningkat, ureum $\pm$ meningkat, CO₂ sangat dikit sekali.

(c) Dehidrasi berat: pengeluaran urine sangat sedikit, berat jenis urine meningkat, ureum meningkat, CO₂ sangat dikit sekali.

g) Pola istirahat dan tidur

Anak sering mengalami kesulitan tidur, karena demam/panas/menggigil, nadi cepat dan lemah, dispnea,

sesak karena efusi pleura, nyeri epigastrik, nyeri otot atau nyeri sendi.

2) Pemeriksaan fisik

a) Pemeriksaan fisik meliputi:

(1) Keadaan umum pasien: lemah

(2) Tanda-tanda vital: tekanan darah (hipotensi), suhu (meningkat), nadi (takikardi), pernafasan (cepat).

Berdasarkan tingkatan atau (grade) Demam Berdarah Dengue, keadaan fisik anak adalah sebagai berikut:

(a) Grade I: kesadaran komposmentis, keadaan umum lemah, tanda-tanda vital dan nadi lemah.

(b) Grade II: kesadaran komposmentis, keadaan umum lemah, dan perdarahan spontan petekie, perdarahan gusi dan telinga, serta nadi lemah, kecil dan tidak teratur.

(c) Grade III: kesadaran apatis, somnolen, keadaan umum lemah, nadi lemah, kecil dan tidak teratur, serta tekanan darah menurun.

(d) Grade IV: kesadaran koma, tanda-tanda vital: nadi tidak teraba, tekanan darah tidak terukur, pernapasan tidak teratur, ekstremitas dingin, berkeringat, dan kulit tampak biru.

b) Keadaan kepala dan leher

Pada pemeriksaan kepala pada penderita *Dengue Haemorrhagic fever* akan ditemukan adanya nyeri kepala, konjungtiva anemis pada *DHF* grade II, perdarahan pada hidung (epistaksis), mulut (mukosa kering, lidah kotor, perdarahan gusi), pada pemeriksaan leher (tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis).

c) Thorak

- Pemeriksaan Paru

Inspeksi: Bentuk simetris, kadang-kadang tampak sesak.

Palpasi: Biasanya vocal fremitus kiri dan kanan tidak sama.

Perkusi: Bunyi redup karena terdapat adanya cairan yang tertimbun pada paru.

Auskultasi: Adanya bunyi ronchi yang biasanya terdapat pada grade III dan IV.

- Pemeriksaan Jantung

Inspeksi: Tidak ada pulsus atau denyut jantung pada permukaan dinding dada

Palpasi: Ictus cordis teraba pas ICS 5 sinistra

Perkusi: Suara jantung pekak

Auskultasi: Mengetahui suara jantung pertama (S1) terdengar bunyi “lup”, suara jantung kedua (S2) terdengar bunyi “dup” dan suara jantung tambahan (S3 dan S4). Jika terdengar bunyi S3 berarti jantung normal.

d) Keadaan abdomen

Inspeksi: Datar

Palpasi: Teraba pembesaran pada hati. Hati yang lunak umumnya teraba sejak awal fase demam yang lebih sering terjadi pada penderita yang mengalami syok. Tidak terlihat adanya jaundis. Spenomegali jarang terlihat pada bayi, tetapi dapat terlihat pada pemeriksaan sinar x.

Perkusi: Bunyi timpani jika tidak disertai komplikasi dan bunyi abdomen bisa juga hipertimpani jika disertai diare.

Auskultasi: Peristaltik usus meningkat bila terjadi diare dan peristaltik usus dalam batas normal jika tidak disertai diare.

e) Sistem integumen

(1) Adanya petekia pada kulit (grade II), turgor kulit menurun, dan muncul keringat dingin, akral dingin, dan lembab (pada grade III), kuku sianosis (pada grade II).

(2) Ekstremitas atas dan bawah terjadi nyeri otot, sendi, serta tulang (pada grade III).

3) Pemeriksaan penunjang

Untuk menegakkan diagnostik *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* perlu dilakukan berbagai pemeriksaan penunjang, diantaranya adalah pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan radiologi.

4) Pemeriksaan uji tourniquet/rumpleed

Test ini bermaksud menguji ketahanan kapiler darah pada penderita *Dengue Haemorrhagic fever*. Uji rumpleed merupakan salah satu pemeriksaan penyaring untuk mendeteksi kelainan sistem vaskuler dan trombosit. Dinyatakan positif jika terdapat lebih dari 10 petechie dalam diameter 2,8 cm di lengan bawah bagian depan termasuk lipatan siku.

5) Pemeriksaan laboratorium

a) Pemeriksaan darah

Pada pemeriksaan darah pasien *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* akan dijumpai:

- (1) Ig G dengue positif (dengue blood)
- (2) Trombositopenia ($150.000-450.000/\text{mm}^3$)
- (3) Hemoglobin meningkat $>20\%$
- (4) Hemokonsentrasi (hematokrit meningkat)
- (5) Hasil pemeriksaan kimia darah menunjukkan hipoproteinemia, hyponatremia, hipokalemia
- (6) SGOT dan SGPT mungkin meningkat
- (7) Ureum dan pH darah mungkin meningkat
- (8) Waktu perdarahan memanjang
- (9) Pada analisa gas darah arteri menunjukkan asidosis metabolic $\text{PCO}_2 < 35-40 \text{ mmHg}$, HCO_3 rendah.

b) Pemeriksaan urine

Pada pemeriksaan urine dijumpai albumin ringan.

c) Pemeriksaan serologis

Beberapa pemeriksaan serologi yang biasa dilakukan pada klien yang diduga terkena *DHF* adalah:

- (1) Uji hemaglutinasi inhibisi (HI test)
- (2) Uji komplemen fiksasi (CF test)
- (3) Uji netralisasi (N test)
- (4) IgM Elisa (Mac. Elisa)
- (5) IgG Elisa

Melakukan pengukuran antibodi pasien dengan cara HI test (Hemoglobin Inhibition test) atau dengan uji pengikatan komplemen (komplemen fixation test) pada pemeriksaan serologi dibutuhkan bahan pemeriksaan yaitu pada masa penyembuhan. Untuk pemeriksaan serologi diambil darah vena 2-5 ml.

6) Pemeriksaan radiologi

a) Foto thorax

Pada foto thorax mungkin dijumpai efusi pleura.

b) Pemeriksaan USG

Pada pemeriksaan USG didapatkan hepatomegali dan splenomegali.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang atau individu, keluarga atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial.

Diagnosa keperawatan memberikan dasar pemilihan intervensi yang menjadi tanggung gugat perawat (Hidayat, 2003).

Berikut merupakan penjabaran diagnosa keperawatan menurut (SDKI DPP PPNI,2017).

Diagnosa keperawatan pada klien dengan *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* yang muncul antara lain :

1) Hipertermia (D.0130)

Definisi: Suhu tubuh meningkat di atas rentang normal tubuh

Penyebab:

- a) Dehidrasi
- b) Terpapar lingkungan panas
- c) Proses penyakit (mis. infeksi, kanker)
- d) Ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan
- e) Peningkatan laju metabolisme
- f) Respon trauma
- g) Aktivitas berlebihan
- h) Penggunaan incubator

Gejala dan Tanda Mayor:

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

- 1. Suhu tubuh diatas nilai normal

Gejala dan Tanda Minor:

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

1. Kulit merah
2. Kejang
3. Takikardi
4. Takipnea
5. Kulit terasa hangat

2) Defisit nutrisi (D.0019)

Definisi: Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme

Penyebab:

- a) Ketidakmampuan menelan makanan
- b) Ketidakmampuan mencerna makanan
- c) Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi
- d) Peningkatan kebutuhan metabolisme
- e) Faktor ekonomi (mis. finansial tidak mencukupi)
- f) Faktor psikologis (mis. stres, keengganan untuk makan)

Gejala dan Tanda Mayor:

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

1. Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal

Gejala dan Tanda Minor:

Subjektif

1. Cepat kenyang setelah makan
2. Kram/nyeri abdomen
3. Nafsu makan menurun

Objektif

1. Bising usus hiperaktif
2. Otot pengunyah lemah
3. Otot menelan lemah
4. Membran mukosa pucat
5. Sariawan
6. Serum albumin turun
7. Rambut rontok berlebihan
8. Diare

3) Hipovolemia (D.0023)

Definisi: Penurunan volume cairan intravaskular, interstisial, dan/atau intraselular

Penyebab:

- a) Kehilangan cairan aktif
- b) Kegagalan mekanisme regulasi
- c) Peningkatan permeabilitas kapiler
- d) Kekurangan intake cairan
- e) Evaporasi

Gejala dan Tanda Mayor:

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

1. Frekuensi nadi meningkat
2. Nadi teraba lemah
3. Tekanan darah menurun
4. Tekanan nadi menyempit
5. Turgor kulit menurun
6. Membran mukosa kering
7. Volume urin menurun
8. Hematocrit meningkat

Gejala dan Tanda Minor:

Subjektif

1. Merasa lemah
2. Mengeluh haus

Objektif

1. Pengisian vena menurun
2. Status mental berubah
3. Suhu tubuh meningkat
4. Konsentrasi urin meningkat
5. Berat badan turun tiba-tiba

4) Resiko syok (D.0039)

Definisi: Berisiko mengalami ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa

Faktor resiko:

- a) Hipoksemia
- b) Hipoksia
- c) Hipotensi
- d) Kekurangan volume cairan
- e) Sepsis
- f) Sindrom respon inflamasi sistemik (*systemic inflammatory response syndrome* [SRIS])

5) Resiko perdarahan (D.0012)

Definisi: Berisiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi di dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh)

Faktor resiko:

- a) Aneurisma
- b) Gangguan gastrointestinal (mis. ulkus lambung, polip, varises)
- c) Gangguan fungsi hati (mis. sirosis hepatitis)
- d) Gangguan koagulasi (mis. trombositopenia)
- e) Efek agen farmakologis
- f) Tindakan pembedahan
- g) Trauma

- h) Kurang terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan
- i) Proses keganasan

6) Intoleransi aktivitas (D.0056)

Definisi: Ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari

Penyebab:

- a) Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
- b) Tirah baring
- c) Kelemahan
- d) Imobilitas
- e) Gaya hidup monoton

Gejala dan Tanda Mayor:

Subjektif

- 1. Mengeluh Lelah

Objektif

- 1. Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat

Gejala dan Tanda Minor:

Subjektif

- 1. Dispnea saat/setelah aktivitas
- 2. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas
- 3. Merasa lemah

Objektif

- 1. Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat
- 2. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas

3. Gambaran EKG menunjukkan iskemia

4. Sianosis

2.3.3 Intervensi

Perencanaan keperawatan atau intervensi keperawatan adalah perumusan tujuan, tindakan dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada klien berdasarkan analisa pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan pasien dapat diatasi (Nurarif Huda, 2016).

Berikut merupakan penjabaran intervensi keperawatan menurut (SIKI DPP PPNI 2018) (SLKI DPP PPNI 2019).

Tabel 2.3 Intervensi

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)	SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)	Rasional
1	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (D.0130)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan suhu tubuh dalam batas normal. (L.14134). Kriteria hasil: 1. Menggigil menurun 2. Suhu tubuh membaik (36,5°-37,5 °C) 3. Kulit merah menurun 4. Tekanan darah membaik	Manajemen Hipertermia (I.15506) Observasi : 1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis. dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator) 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor kadar elektrolit 4. Monitor haluaran urine Terapeutik : 1. Sediakan lingkungan yang dingin 2. Longgarkan atau lepaskan pakaian 3. Basahi dan kipasi permukaan tubuh 4. Berikan cairan oral 5. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami	Observasi : 1. Mengidentifikasi pola demam 2. Mengetahui keadaan umum pasien, suhu 38,9°-41,1°C menunjukkan proses infeksi 3. Mengetahui kadar elektrolit dalam tubuh 4. Membantu mengidentifikasi tingkat dehidrasi Terapeutik : 1. Dapat membantu pasien dan keluarga pasien mengurangi kecemasan 2. Membantu dalam proses penguapan 3. Membantu menurunkan suhu tubuh 4. Peningkatan suhu tubuh mengakibatkan penguapan

			hiperhidrosis (keringat berlebih) 6. Lakukan pendinginan eksternal (mis. selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila) Edukasi : 1. Anjurkan tirah baring Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu	tubuh meningkat sehingga perlu diimbangi dengan asupan cairan yang adekuat 5. Mencegah terjadinya hipotermi 6. Kompres hangat dapat memberikan efek vasodilatasi pembuluh darah Edukasi : 1. Meningkatkan istirahat pasien Kolaborasi : 1. Membantu memenuhi kebutuhan cairan dan elektrolit
2	Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan) (D.0019)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi klien terpenuhi secara adekuat (L.03030). Kriteria hasil: 1. Nafsu makan meningkat 2. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 3. Klien mengalami kenaikan berat badan sesuai tingkat perkembangan atau berat badan stabil 4. Indeks masa tubuh membaik	Manajemen Nutrisi (I.03119) Observasi : 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 5. Monitor asupan makanan 6. Monitor berat badan Terapeutik : 1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 2. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan) 3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 4. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi	Observasi : 1. Mengetahui status nutrisi anak 2. Mengetahui pantangan dan kemampuan makan anak 3. Membantu meningkatkan nafsu makan anak 4. Membantu memenuhi kebutuhan nutrisi sesuai kebutuhan tubuh anak 5. Memberikan nutrisi yang optimal meskipun kehilangan nafsu makan 6. Mengawasi penurunan berat badan anak Terapeutik : 1. Membantu meningkatkan nafsu makan anak 2. Memberikan nutrisi yang optimal meskipun kehilangan nafsu makan 3. Meningkatkan motivasi anak untuk makan 4. Mencegah terjadinya

			5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein Edukasi : 1. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 2. Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antiemetic), jika perlu 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu	konstipasi pada anak 5. Membantu memenuhi kebutuhan energi tubuh anak Edukasi : 1. Membantu proses pencernaan 2. Membantu memenuhi kebutuhan nutrisi sesuai program Kolaborasi : 1. Meningkatkan kenyamanan untuk makan 2. Membantu memenuhi kebutuhan nutrisi tubuh anak
3	Hipovolemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler (D.0023)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kebutuhan cairan klien terpenuhi secara adekuat (L.03028). Kriteria hasil: 1. Turgor kulit membaik <2 detik 2. Rasa haus menurun 3. Tekanan darah membaik 4. Frekuensi nadi membaik 5. Intake cairan membaik	Manajemen Hipovolemia (I.03116) Observasi : 1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah) 2. Monitor intake dan output cairan Terapeutik : 1. Hitung kebutuhan cairan 2. Berikan cairan asupan oral Edukasi : 1. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian cairan	Observasi : 1. Mengetahui tanda dan gejala dehidrasi pada anak 2. Mengetahui status dehidrasi Terapeutik : 1. Membantu menentukan cairan sesuai kebutuhan tubuh anak 2. Membantu memenuhi kebutuhan cairan Edukasi : 1. Memenuhi cairan tubuh anak Kolaborasi : 1. Membantu mengganti cairan yang hilang

			IV isotonis (mis. NaCl, RL)	
4	Resiko syok ditandai dengan kekurangan volume cairan (D.0039)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tidak terjadi syok (L.03032). Kriteria hasil: 1. Akral dingin menurun 2. Pucat menurun 3. Tekanan darah sistolik membaik 4. Tekanan darah diastolik membaik 5. Frekuensi nadi membaik 6. Frekuensi napas membaik	Pencegahan Syok (L.02068) Observasi : 1. Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, TD, MAP) 2. Monitor status oksigenasi (oksimetri nadi, AGD) 3. Monitor status cairan (masukan dan haluaran, turgor kulit, CRT) Terapeutik : 1. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% 2. Lakukan skin test untuk mencegah reaksi alergi Edukasi : 1. Jelaskan penyebab/faktor risiko syok 2. Jelaskan tanda dan gejala awal syok	Observasi : 1. Mengetahui frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, TD, MAP 2. Mengetahui status oksigenasi 3. Mengetahui makanan dan haluaran, turgor kulit, CRT pasien Terapeutik : 1. Untuk mempertahankan saturasi oksigen pasien >94% 2. Untuk mencegah reaksi alergi pasien Edukasi : 1. Pengetahuan untuk keluarga apa saja faktor syok 2. Agar keluarga pasien mengenal tanda dan gejala syok
5	Resiko perdarahan ditandai dengan koagulasi (trombositopenia) (D.0012)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tidak terjadi perdarahan (L.02017). Kriteria hasil: 1. Nadi 80-100x/menit 2. Suhu tubuh 36,5-37,5°C 3. Tekanan darah 120/80 mmHg 4. Trombosit 150.000-400.000	Pencegahan Perdarahan (L.02067) Observasi : 1. Monitor tekanan darah 2. Monitor nadi 3. Monitor pernapasan 4. Monitor suhu tubuh 5. Identifikasi penyebab perubahan tanda vital Terapeutik : 1. Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien Edukasi : 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan	Observasi : 1. Mengetahui kondisi tekanan darah 2. Mengetahui kondisi nadi 3. Mengetahui keadaan pernapasan 4. Mengetahui suhu tubuh pasien 5. Membantu menentukan tindakan penanganan yang tepat untuk pasien Terapeutik : 1. Membantu pasien mendapatkan penanganan sedini mungkin

				Edukasi : 1. Melakukan informed consent tindakan
6	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kebutuhan aktivitas sehari-hari terpenuhi (L.05047). Kriteria hasil: 1. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 2. Keluhan lelah menurun 3. Perasaan lemah menurun	Manajemen Energi (L.05178) Observasi : 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur Terapeutik : 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan) Edukasi : 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang Kolaborasi : 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan	Observasi : 1. Mengetahui penyebab kelemahan fisik 2. Mengetahui tingkat kelelahan 3. Mengetahui kebutuhan istirahat pasien Terapeutik : 1. Meningkatkan kualitas istirahat pasien Edukasi : 1. Membantu menyimpan energi tubuh 2. Membantu memberikan penanganan sedini mungkin Kolaborasi : 1. Membantu memenuhi kebutuhan energi tubuh melalui makanan

2.3.4 Implementasi

Tindakan keperawatan adalah suatu tahap dimana rencana keperawatan yang telah disusun diberikan kepada klien, sesuai dengan kebutuhan dan masalah yang dihadapi klien (Haryanto, 2007).

Ada tiga tahap dalam tindakan keperawatan yaitu: persiapan, perencanaan, dan dokumentasi.

Dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien, pada tahap implementasi, seorang perawat harus benar-benar memahami dan memiliki pengetahuan serta skill keperawatan mengenai tindakan yang dilakukan terhadap kasus yang sedang ditangani. Sehingga semua intervensi yang telah dirumuskan bisa dilakukan dengan baik dan bisa menyelesaikan masalah kesehatan yang dihadapi klien.

Setelah implementasi dilakukan oleh perawat, perawat harus mengawasi dan mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan sehingga nanti bisa dipertanggung jawabkan.

2.3.5 Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang membandingkan antara hasil implementasi dengan kriteria dan standar yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilannya (Nurarif & Kusuma, 2013).

Tahap evaluasi merupakan tahapan akhir pada proses keperawatan. Evaluasi adalah perbandingan hasil-hasil yang diamati dengan kriteria yang dibuat pada tahap intervensi klien akan kembali ke dalam sistem atau proses keperawatan jika masalah keperawatan belum selesai atau akan keluar dari proses keperawatan jika masalah keperawatan klien telah berakhir.

Tahapan evaluasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen, yaitu kriteria hasil, keefektifan tahap-tahap proses keperawatan dan perbaikan rencana asuhan keperawatan. Kerangka pembuatan kriteria hasil dibuat dalam bentuk SOAP (Subyektif, Obyektif, Assessment, Planning).

Adapun penjelasan lebih lanjut sebagai berikut :

S (Subyektif) : keluhan-keluhan klien (apa saja yang dikatakan klien, keluarga klien dan orang terdekat klien).

O (Obyektif) : segala sesuatu yang dapat dilihat, dicium, diraba, dan diukur oleh perawat.

A (Assessment) : suatu kesimpulan yang dirumuskan oleh perawat tentang kondisi klien.

P (Planning) : rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah klien selanjutnya.

2.3.6 Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan adalah segala sesuatu yang tertulis atau tercetak yang dapat diandalkan sebagai catatan tentang bukti bagi individu yang berwenang.

BAB III

METODE PENELITIAN

Metode penelitian adalah cara yang digunakan untuk memecahkan masalah dalam penelitian yang didasarkan pada metode keilmuan (Nursalam, 2016). Bab ini akan menguraikan metode penelitian yang digunakan untuk menjawab tujuan penelitian berdasarkan masalah yang ditetapkan antara lain rancangan penelitian, batasan istilah, partisipan, lokasi dan waktu, prosedur pengumpulan data, uji keabsahan data, analisa data. Metode pada penelitian diskriptif kualitatif ini meliputi: wawancara, observasi langsung dan studi dokumentasi.

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah kesatuan, rencana dan spesifik mengenai cara memperoleh, menganalisis, dan menginterpretasi data. Desain yang digunakan dalam penulisan karya tulis ilmiah ini adalah deskriptif kualitatif dengan metode studi kasus. Metode diskriptif adalah berupa penelitian dengan metode atau pendekatan studi kasus. Studi kasus merupakan suatu kejadian atau peristiwa yang mengandung masalah atau perkara, sehingga perlu ditelaah kemudian dicarikan cara penanggulangannya, antara lain melalui penelitian. Metode kualitatif adalah menentukan cara mencari, mengumpulkan, mengolah dan menganalisis data hasil penelitian tersebut. (Hernawati, 2017).

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah adalah pernyataan yang menjelaskan istilah-istilah kunci yang menjadi fokus dalam penulisan deskriptif. Batasan istilah pada penelitian ini adalah asuhan keperawatan pada anak dengan *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)*. Asuhan keperawatan ialah proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien/pasien diberbagai tatanan pelayanan kesehatan. Asuhan keperawatan ini diberikan pada anak dengan *Dengue Hemorrhagic Fever (DHF)* yang tidak memiliki penyakit penyerta lain dan mengobservasi bagaimana perkembangan pasien minimal 3 hari dengan dilakukan asuhan keperawatan di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek. *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* ialah penyakit yang disebabkan oleh virus melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti* dan *aedes albopictus*.

3.3 Partisipan

Partisipan merupakan orang yang diikutsertakan dalam suatu perencanaan, pelaksanaan dan memikul tanggung jawab sesuai dengan tingkat kematangan dan kewajibannya (Sugiyono, 2017). Partisipan pada penelitian ini adalah anak dengan *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* di ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek dengan kriteria:

- 1) Pasien tidak memiliki penyakit penyerta lain
- 2) Pasien dengan kesadaran composmentis
- 3) Pasien diperkirakan masih akan mendapatkan perawatan selama 3 hari kedepan
- 4) Pasien dan keluarga bersedia menjadi partisipan

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.4.1 Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian asuhan keperawatan pada anak dengan *Dengue Haemorrhagic fever (DHF)* dilaksanakan di ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

3.4.2 Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan pada tanggal 07 Maret sampai 09 Maret 2025.

3.5 Pengumpulan data

3.5.1 Bahan atau Instrumen

Instrumen penelitian adalah alat atau fasilitas yang digunakan penelitian dalam mengumpulkan data penelitian (Arikunto, 2008). Dalam penelitian ini instrumen yang digunakan adalah format Asuhan Keperawatan Anak.

3.5.2 Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah dokumen wawancara terstruktur berupa format asuhan keperawatan (Pengkajian, Diagnosa, Intervensi, Implementasi sampai Evaluasi), pedoman observasi, pengukuran dengan alat, alat pemeriksaan laboratorium atau dokumen yang relevan. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan metode pengumpulan data berupa:

- 1) Pengkajian: Proses pengumpulan data mulai dari wawancara, pemeriksaan fisik dan data-data penunjang lainnya.

- 2) Diagnosa keperawatan: Pernyataan yang jelas tentang masalah klien serta penyebabnya yang dapat diubah dan dipecahkan melalui tindakan keperawatan.
- 3) Membuat intervensi: Tindakan yang direncanakan oleh perawat untuk melakukan sesuatu proses dalam pencapaian suatu tujuan.
- 4) Implementasi: Melakukan suatu perencanaan keperawatan yang telah dituliskan pada rencana keperawatan.
- 5) Evaluasi: Proses akhir dari suatu tindakan keperawatan yang mana perawat akan mengevaluasi respon pasien terhadap apa yang telah perawat lakukan serta memastikan hasil yang telah dicapai.

Metode pengumpulan dengan menggunakan data primer dan data sekunder. Data primer berupa wawancara, pemeriksaan fisik (inspeksi, auskultasi, palpasi, dan perkusi), sedangkan data sekunder berupa hasil pemeriksaan laboratorium, hasil catatan status pasien dari tenaga medis yang lain serta studi dokumentasi (Nursalam, 2015).

3.5.3 Prosedur Pengumpulan Data

Data yang diperoleh pada penelitian ini adalah dengan melakukan pendekatan kasus yang dilakukan oleh peneliti sebelumnya. Sehingga prosedur pengambilan data didasarkan pada prosedur yang dilakukan oleh peneliti sebelumnya, yaitu sebagai berikut :

a) Prosedur pengumpulan data

Pertama tahap persiapan merupakan tahap proses pengumpulan data yang didahului dengan prosedur birokrasi atau surat perijinan dari Kaprodi D3 Keperawatan Poltekkes Kemenkes Malang Kampus Kabupaten Trenggalek nomor DP.04.03/F.XIII.15.5/56/2025, serta surat izin untuk melakukan praktik klinik dari RSUD dr. Soedomo Trenggalek nomor 000.9/71/406.010.001/18.00/2025, tentang Asuhan Keperawatan Pada Pasien Anak dengan *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Peneliti, sebelumnya melakukan koordinasi dengan pembimbing lahan dalam menentukan partisipan. Selanjutnya peneliti mencari partisipan yang sesuai kasus atau judul penelitiannya, setelah mendapat partisipan yang sesuai kasus, peneliti sebelumnya melakukan tindakan preorientasi atau memperkenalkan diri serta menjelaskan maksud dan tujuan pada partisipan atau keluarga. Kemudian, peneliti melakukan inform consent berkaitan dengan meminta kesediaan partisipan atau keluarga untuk dijadikan subyek penelitian secara sukarela tanpa paksaan. Setelah partisipan atau keluarga menyatakan bersedia untuk menjadi subyek penelitian, maka peneliti harus meminta bukti kesediaan partisipan atau keluarga

secara tertulis dengan menandatangani surat persetujuan menjadi subyek penelitian.

- b) Tahap kontrak, peneliti dan partisipan atau keluarga membuat kontrak waktu dan tempat untuk pengambilan data untuk penelitian, selanjutnya.
- c) Tahap pelaksanaan, peneliti melakukan pengambilan data dengan menggunakan teknik wawancara terstruktur yaitu format pengkajian asuhan keperawatan anak dan pengkajian persistem, pertama peneliti menanyakan data dasar, seperti nama, umur, alamat, pekerjaan, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit yang lalu, riwayat penyakit keluarga, dan pola aktivitas sehari-hari yang selanjutnya dilakukan pemeriksaan fisik pada partisipan. Setelah pengkajian dilanjutkan dengan penentuan diagnosa, kemudian menyusun rencana tindakan, melakukan tindakan keperawatan sesuai rencana, setelah itu evaluasi hasil dari tindakan keperawatan.
- d) Tahap penutup, peneliti mengakhiri penelitian dengan validasi hasil yang telah ditemukan, dan peneliti memberitahukan hasil penelitian kepada partisipan atau keluarga. Peneliti mengatakan bahwa penelitian sudah berakhir dan mengucapkan terimakasih pada partisipan atau keluarga.

3.6 Uji Keabsahan Data

Keabsahan data adalah maksud untuk memperoleh tingkat kepercayaan yang berkaitan dengan seberapa jauh kebenaran hasil penelitian mengungkap dan memperjelas data dengan fakta-fakta aktual di lapangan. Keabsahan data pada karya tulis ilmiah didasarkan pada derajat kepercayaan (*Credibility*), keteralihan (*Transferability*), ketergantungan (*Dependability*) dan kepastian (*Confirmability*) (Umar Sidiq, 2019).

Credibility bermakna kebenaran atau kepercayaan hasil yang mengindikasikan kenyataan yang sesungguhnya terjadi. Kredibilitas ini dapat dilihat dari kemampuan penulis mengeksplorasi masalah sesuai konteks, pemilihan pasien sesuai dengan masalah, pelaksanaan asuhan keperawatan sesuai dengan langkah-langkah, serta pendokumentasian dilakukan sesuai tahapan asuhan keperawatan.

Transferability adalah sejauh mana hasil penerapan penelitian deskripsi kualitatif pada suatu subyek dapat diterapkan dalam subyek penelitian yang lain. Artinya apakah asuhan keperawatan yang dilaksanakan ini dapat diterapkan pada pasien lain dengan fenomena keperawatan yang sesuai dan dapat dijadikan sebagai perbandingan oleh penulis yang lain atau penelitian deskripsi kualitatif lain yang sesuai.

Dependability adalah kesesuaian metode yang digunakan untuk menjawab permasalahan dan mencapai tujuan penulisan yang diinginkan.

Confirmability mengandung makna bahwa sesuatu itu obyektif jika mendapatkan persetujuan dari pihak-pihak lain terhadap pandangan, pendapat dan penemuan seseorang. Kondisi ini dapat diperoleh melalui

proses bimbingan yang telah mencapai kesepakatan antara pembimbing 1, II dan mahasiswa ujian proposal untuk mendapatkan kritikan dan masukan. Prinsip ini juga dapat diperoleh melalui upaya validasi data pasien pada saat melakukan asuhan keperawatan.

3.7 Analisa Data

Analisa data merupakan proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan, dan dokumentasi dengan cara mengorganisasikan data kedalam kategori, menjabarkan kedalam unit-unit, melakukan sintesa, menyusun kedalam pola, memilih mana yang penting dan mana yang akan dipelajari, dan membuat kesimpulan sehingga mudah untuk dipahami oleh diri sendiri dan orang lain. Prinsip yang harus dipegang dalam analisis studi kasus yang merupakan jenis penelitian deskripsi kualitatif adalah proses mencari, menyusun, dan menganalisis secara sistematis, kesenjangan data antara teori dengan fakta yang diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, maupun studi dokumentasi selama melakukan asuhan keperawatan (Sugiyono, 2017).

3.8 Etika Penelitian

Masalah etika penelitian keperawatan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian keperawatan langsung berhubungan dengan manusia. Maka segi etika penelitian yang harus diperhatikan dalam penyusunan KTI adalah sebagai berikut:

3.8.1 *Informed consent* (lembar persetujuan menjadi responden)

Informed consent merupakan suatu pernyataan tertulis kesediaan klien atau responden sebagai subyek dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini. Menjelaskan kepada klien dan keluarga tentang maksud dan tujuan untuk menjadi informan jika klien dan keluarga bersedia menjadi klien kelolaan.

3.8.2 *Anonymity* (tanpa nama)

Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden. Nama dari informasi tidak perlu dicantumkan pada lembar pengumpulan data, namun cukup dengan menuliskan nama inisial.

3.8.3 *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Kerahasiaan artinya kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkn dari informasi dijamin kerahasiaanya. Hanya kelompok data tertentu saja yang akan disajikan/dilaporkan pada hasil karya tulis ilmiah.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

Penulisan hasil penelitian Asuhan Keperawatan pada pasien anak dengan *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* dimulai dari melakukan pengkajian, merumuskan diagnose keperawatan, merencanakan tindakan keperawatan, dan melakukan tindakan keperawatan, serta evaluasi keperawatan.

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Lokasi pengambilan data dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek. RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek adalah salah satu Rumah Sakit milik Pemerintah Kabupaten Trenggalek yang bermodel Rumah Sakit Umum dan tergolong ke dalam Rumah Sakit tipe C. Rumah Sakit ini bertempat di Jln. dr. Soetomo No. 2 Kelurahan Tamanan Kecamatan Trenggalek Kabupaten Trenggalek, Jawa Timur. Lokasi pengambilan data tepatnya di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Ruang Dahlia merupakan ruang anak yang memberikan perawatan khusus anak. Jumlah petugas di Ruang Dahlia yaitu 16 perawat dan 1 administrasi dengan kapasitas tempat tidur 32 bed. Di HCU 6 bed. Di kelas 1 (ruang A) ada 2 bed. Di kelas 2 (ruang B) ada 4 bed. Di kelas 3 (ruang C, D, E) Ruang C ada 6 bed. Ruang D ada 6 bed. Dan ruang Isolasi ada 4 bed. Pada pelaksanaan Asuhan Keperawatan Anak ini dilakukan pada tanggal 07 maret sampai 09 Maret 2025 dengan klien An. F di ruang kelas 3 (ruang D) di bed D2.

4.1.2 Pengkajian

Tabel 4.1 Identitas Pasien

IDENTITAS KLIEN	
1. Biodata Pasien	
a. Nama	An. F
b. Umur	13 Tahun
c. Jenis kelamin	Laki - Laki
d. Dx. Medis	<i>Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)</i>
e. Reg	515192
f. MRS	07-03-2025/Jam 06.00
g. Tanggal pengkajian	07-03-2025/Jam 15.00
2. Biodata Orang Tua	
a) Ayah	
a. Nama Ayah	Tn. T
b. Umur	56 Tahun
c. Agama	Islam
d. Pendidikan	SLTP/SMP
e. Pekerjaan	Wiraswasta
f. Suku bangsa	Jawa
g. Alamat	Rt.01/Rw.01, Sumurup, Bendungan, Trenggalek
b) Ibu	
a. Nama Ibu	Almh. Ny. S
b. Umur	45 tahun
c. Agama	Islam
d. Pendidikan	SLTP/SMP
e. Pekerjaan	Ibu Rumah Tangga
f. Suku bangsa	Jawa
g. Alamat	Rt.01/Rw.01, Sumurup, Bendungan, Trenggalek

4.1.3 Riwayat Penyakit

Tabel 4.2 Riwayat penyakit

RIWAYAT PENYAKIT	
3. Keluhan utama	
a. Saat MRS	Pasien mengatakan badannya panas sejak minggu malam tanggal 02-03-2025.
b. Saat dikaji	Pasien mengatakan merasa panas, lemas, dan nyeri perut. Ayah pasien mengatakan panas anaknya hilang timbul.
4. Riwayat penyakit sekarang	Ayah pasien mengatakan anaknya demam sudah 5 hari mulai hari minggu malam tanggal 02-03-2025, pasien diberi obat paracetamol namun panasnya tidak kunjung turun. Kemudian pada tanggal 04-03-2025 pasien dibawa berobat ke dokter, setelah minum obat dari dokter panas pasien sempat turun, namun pada tanggal 06-03-2025 malam hari panas naik kembali sampai 40 °C. Lalu tanggal 07-03-2025 pukul 05.30 WIB pasien dibawa ke RSUD dr. Soedomo Trenggalek, setelah di observasi dan dilakukan pemeriksaan laboratorium trombosit pasien menurun, pasien di diagnose

	Demam Berdarah. Pada pukul 10.30 pasien di pindah ke Ruang Dahlia. Saat sampai di Ruang Dahlia panas pasien sudah turun yaitu 37,2 °C. Namun pada saat dikaji pukul 15.00 panas pasien naik kembali 38 °C, dan pasien mengeluh nyeri perut.
5. Riwayat penyakit dahulu	Ayah pasien mengatakan anaknya belum pernah mengalami penyakit seperti ini.
6. Riwayat kehamilan dan persalinan : a. Prenatal b. Natal c. Post natal	Ayah pasien mengatakan istrinya semasa hamil rutin kontrol setiap bulan ke bidan. Ayah pasien mengatakan istrinya melahirkan secara normal di bidan. Ayah pasien mengatakan istrinya tidak ada masalah setelah melahirkan, ASI sudah keluar lancar.
7. Riwayat pertumbuhan dan perkembangan : a. Pertumbuhan b. Perkembangan	Ayah pasien mengatakan berat badan anaknya saat lahir yaitu 3 kg dan panjang badan 50 cm, setiap dilakukan penimbangan di posyandu berat badan anaknya selalu meningkat. Berat badan pasien saat ini 90 kg dan panjang badan 165 cm. Ayah pasien mengatakan anaknya sudah bisa melakukan kegiatan sehari-hari tanpa bantuan orang tuanya, anaknya sudah kelas 1 SMP dan sering mengikuti berbagai kegiatan di SMP nya. f) Psikoseksual : Pasien berada pada fase genital, di fase ini pasien akan mengalami tumbuhnya jakun, perubahan suara menjadi lebih besar, pertumbuhan rambut di area tertentu, mimpi basah, serta perubahan fisik lainnya yaitu tubuh menjadi lebih besar, lebih kuat, dan bentuknya menjadi lebih maskulin. g) Psikososial : Pasien berada pada tahap identitas versus kebingungan, di tahap ini pasien mengalami tahap berupaya menemukan jati diri, tujuan hidup, dan peran sosial. h) Kognitif : Pasien berada pada tahap operasional formal, di tahap ini pasien mampu berpikir lebih luas, penalaran logis dan kemampuan berpikir abstrak seperti keadilan, cinta, serta kebebasan.
8. Riwayat imunisasi	Ayah pasien mengatakan anaknya sudah diberi imunisasi lengkap meliputi : 1. Hepatitis B : 4 kali (usia 0 bulan, usia 2 bulan, 3 bulan dan 4 bulan) 2. BCG : 1 kali (usia 2 bulan) 3. DPT : 3 kali (usia 2 bulan, 3 bulan, 4 bulan) 4. Campak : 2 kali (usia 9 bulan dan 2 tahun) 5. Polio : 4 kali (usia 1 bulan, 2 bulan, 3 bulan, 4 bulan)
9. Riwayat pemberian nutrisi	Ayah pasien mengatakan anaknya makan dengan nasi, sayur, lauk pauk dan minum air putih, pasien tidak memiliki riwayat alergi.

10. Riwayat kesehatan keluarga dan genogram	Ayah pasien mengatakan keluarganya belum pernah mengalami penyakit seperti yang diderita anaknya, keluarga tidak ada riwayat <i>Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)</i>. Genogram : Keterangan: □ : Laki-laki ○ : Perempuan — : Garis perkawinan : Garis keturunan ----- : Tinggal satu rumah ↗ : Pasien X : Meninggal
11. Riwayat psikososial	Pasien mengatakan sering bermain keluar rumah dengan tetangga sebayanya.
12. Riwayat sosial budaya	Ayah pasien mengatakan di rumah biasa menguras bak mandi 1x dalam seminggu, menutup tempat penyimpanan air serta mengubur barang-barang bekas yang mampu menampung air.
13. Riwayat spiritual	Ayah pasien mengatakan semua anggota keluarga menganut agama islam, dan jika ada anggota keluarga yang sakit langsung dibawa ke pelayanan kesehatan terdekat.

4.1.4 Pola Aktivitas Sehari-hari

Tabel 4.3 Pola Aktivitas Sehari-hari

Pola Sehari-Hari	Dirumah	Di rumah sakit
1. Nutrisi	Pasien mengatakan makan nasi, sayur, lauk pauk, dan minum air putih. 1 porsi habis.	Pasien mengatakan nafsu makannya menurun. Pada saat pengkajian pasien makan habis 4 sendok makan $\pm$ 80 ml, minum air putih habis $\frac{1}{2}$ botol sedang $\pm$ 300 ml.
2. Eliminasi	Pasien mengatakan BAB 1x/hari, warna kuning kecoklatan, konsistensi lunak bau khas feses.	Pasien mengatakan sudah BAK 4-5x $\pm$ 500 ml, warna kuning jernih bau khas urin. Pasien belum BAB sejak

	Sedangkan BAK 6-8x/hari dengan warna kuning jernih bau khas urin.	MRS. Tidak mengalami konstipasi
3. Istirahat tidur	Pasien mengatakan tidur saat malam hari pada pukul 21.30-05.30 WIB (± 8 jam)	Pasien mengatakan agak sulit tidur karena badannya panas
4. Aktivitas	Pasien mengatakan pada pagi hari berangkat sekolah dan pulang sore hari.	Pasien mengatakan ketika sakit hanya berbaring di tempat tidur.
5. Personal hygiene	Pasien mengatakan mandi 2x/hari menggunakan sabun mandi, gosok gigi 2x/hari dan keramas 3x/minggu.	Pasien belum disibin sejak MRS.

4.1.5 Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.4 Pemeriksaan fisik

PEMERIKSAAN FISIK	
1. Keadaan umum	Keadaan umum pasien tampak lemah, mukosa bibir kering, terpasang infus Asering ditangan kanan, terdapat bintik-bintik merah di ekstremitas atas dan bawah.
2. Status kesadaran	Kesadaran composmentis.
3. Tanda-tanda vital (TTV)	
a. TD	85/70 mmHg
b. Suhu	38°C
c. Nadi	81 x/menit
d. Respiratory rate	20 x/menit
e. SpO2	98%
4. Status Gizi	Tinggi badan 165 cm, Berat badan saat ini 90 kg usia pasien 13 tahun. $IMT = \frac{BB}{TB^2}$ $= \frac{90}{(1,65 \times 1,65)} = \frac{90}{2,72} = 33,08 \text{ interpretasi obesitas II}$
5. Kepala	Bentuk kepala normal, tidak ada benjolan, penyebaran rambut merata, rambut warna hitam, kepala bersih, tidak ada luka/lesi.
6. Mata	Mata lengkap, simetris kanan dan kiri, konjungtiva merah muda, sklera putih, reaksi cahaya normal, tidak ada kelainan pada mata.
7. Telinga	Telinga simetris kanan dan kiri, telinga bersih, tidak ada alat bantu pendengaran.

8. Hidung	Tidak ada pernafasan cuping hidung, lubang hidung bersih, tidak ada pembengkakan dan tidak ada polip, septum nasi tepat ditengah, tidak ada kelainan.				
9. Mulut	Mukosa bibir kering, keadaan gigi bersih, lidah bersih, tidak ada perdarahan pada gusi.				
10. Leher	Bentuk normal, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis.				
11. Pemeriksaan Paru					
a) Inspeksi	Bentuk dada normal chest pass, tidak ada pernafasan retraksi interkosta, irama nafas reguler.				
b) Palpasi	Vocal primitus teraba sama getarannya disemua lapang paru				
c) Perkusi	Suara paru sonor				
d) Auskultasi	Suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan				
12. Pemeriksaan Jantung					
a) Inspeksi	Bentuk dada normal chest pass, tidak ada pulsus atau denyut jantung pada permukaan dinding dada.				
b) Palpasi	Ictus cordis teraba pada ICS V mid clavikula kiri, tidak ada nyeri tekan				
c) Perkusi	Suara jantung pekak				
d) Auskultasi	Bunyi jantung 1 terdengar di ICS 4 kiri Bunyi jantung 2 terdengar di ICS 2 kanan dan kiri Bunyi jantung 1 dan bunyi jantung 2 terdengar lup-dup-lup-dup				
13. Abdomen					
a) Inspeksi	Tidak ada lesi, tidak ada edema.				
b) Auskultasi	Bising usus terdengar 12 x/menit.				
c) Palpasi	Tidak ada benjolan/massa, tidak ada nyeri tekan.				
d) Perkusi	Suara perut tympani.				
14. Ekstremitas atas dan bawah	Terpasang infus Aseringe di ekstremitas kanan atas.				
a. Bentuk	Simetris kanan dan kiri, tidak ada deformitas				
b. Pergerakan	Lemah, tidak nyeri sendi dan otot				
c. CRT	Kembali < 3 detik				
d. Edema	Tidak ada edema				
e. Kekuatan otot	<table> <tr> <td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>5</td><td>5</td></tr> </table>	5	5	5	5
5	5				
5	5				
15. Integumen					
a. Warna	Kemerahan				
b. Kelembaban	Kering				
c. Turgor	Kembali < 2 detik				
d. Akral	Hangat				
e. Kelainan kulit	Terdapat petekie (bintik-bintik merah) pada ekstremitas atas dan bawah Pemeriksaan Rumple Test: TD : 85/70 mmHg $(85 + 70) \div 2 = 155 \div 2 = 77,5$ Rumple test (+), di temukan adanya >10 petekie pada lengan dalam lingkaran dengan diameter 5 cm				
16. Neurologi	Tidak ada kerusakan pada saraf, pasien dapat merasakan sentuhan/rangsangan				

4.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Tabel 4.5 Pemeriksaan penunjang

Laboratorium

Tanggal: 07/03/2025, Jam: 06.47

Pemeriksaan	Hasil	Unit	Rujukan
HGB (Hemoglobin)	15.1	g/dL	12.8 – 16.8
WBC (Lekosit)	1.6	10 ³ /uL	4.5 – 13.0
PLT (Trombosit)	72	10 ³ /uL	156 – 408
HCT (Hematokrit)	46.2	%	42.0 – 51.0
RBC (Eritrosit)	5.29	juta/uL	3.50 – 4.76
MCV	87.3	fL	78 – 100.0
MCH	28.5	pg	31.0 – 37.0
MCHC	32.7	g/dL	37.0 – 54.0
RDW	12.3	%	11 – 16
PDW	13.3	fL	9.0 – 17.0
MPV	10.8	fL	8.0 – 11.0
NEU%	27.4	%	25.0 – 60.0
LYM%	55.8	%	25.0 – 50.0
MXD%	16.8	%	1.0 – 6.0
NEU#	0.4	10 ³ /uL	1.5 – 6.6
LYM#	0.9	10 ³ /uL	1.0 – 3.5
MXD#	0.3	10 ³ /uL	<1.0

4.1.7 Penatalaksanaan Medis

- 1) Infuse Asering 1500 cc/24 jam
- 2) Injeksi Ranitidine 2 x 50 mg
- 3) Paracetamol 3 x 500 mg
- 4) Sucralfat 3 x 1 sendok teh

4.1.8 Analisa Data

Tabel 4.6 Analisa data

No.	Data	Masalah	Etiologi
1.	DS : - Pasien mengatakan badannya panas DO : - K/U lemah - Akral hangat - Kesadaran composmentis - Tanda – tanda vital : TD : 85/70 mmHg Suhu : 38°C Nadi : 81 x/menit RR : 20 x/menit SpO2 : 98% - CRT < 3 detik - Turgor < 2 detik - Terdapat petekie (bintik-bintik merah) pada ekstremitas atas dan bawah, hasil pemeriksaan rumple test (+)	Hipertermia (D.0130)	Proses penyakit (reaksi inflamasi)
2.	DS : - Pasien mengatakan nafsu makannya menurun DO : - K/U lemah - Mukosa bibir kering - Kesadaran composmentis - Turgor < 2 detik - Tanda – tanda vital : TD : 85/70 mmHg Suhu : 38°C Nadi : 81 x/menit RR : 20 x/menit SpO2 : 98% - Intake - Air (makan + minum) : 80 ml + 300 ml = 380 ml - Cairan (infus + terapi) : 562,5 ml + 2 ml + 50 ml + 5 ml = 619,5 ml - Air metabolisme : 5 ml x 90 kg = 450 ml + 1.449,5 ml Output - Muntah : 0 ml - IWL : (30 - 13 th) x 90 + 200 (38 – 36,8) 17 x 90 + 200 x 1,2 1.530 + 240 1.770 - Urine : 500 ml - Feses : 0 ml + 2.270 ml - Balance cairan 1.449,5 ml – 2.270 ml = - 820,5 ml	Hipovolemia (D.0023)	Kekurangan intake cairan

4.1.9 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.7 Diagnosa keperawatan

No.	Tgl Muncul	Diagnosa Keperawatan	Tgl Teratasi
1.	07-03-2025	Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (reaksi inflamasi) ditandai dengan: DS : - Pasien mengatakan badannya panas DO : - K/U lemah - Akral hangat - Kesadaran composmentis - Tanda – tanda vital : TD : 85/70 mmHg Suhu : 38°C Nadi : 81 x/menit RR : 20 x/menit SpO2 : 98% - CRT <3 detik - Turgor <2 detik - Terdapat petekie (bintik-bintik merah) pada ekstremitas atas dan bawah, hasil pemeriksaan rumple test (+)	
2.	07-03-2025	Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan ditandai dengan: DS : - Pasien mengatakan nafsu makannya menurun DO : - K/U lemah - Mukosa bibir kering - Kesadaran composmentis - Turgor < 2 detik - Tanda – tanda vital : TD : 85/70 mmHg Suhu : 38°C Nadi : 81 x/menit RR : 20 x/menit SpO2 : 98% - Intake • Air (makan + minum) : 80 ml + 300 ml = 380 ml • Cairan (infus + terapi) : 562,5 ml + 2 ml + 50 ml + 5 ml = 619,5 ml • Air metabolisme : 5 ml x 90 kg = 450 ml + 1.449,5 ml - Output • Muntah : 0 ml	

-
- IWL :
 - $(30 - 13 \text{ th}) \times 90 + 200$
 $(38 - 36,8)$
 - $17 \times 90 + 200 \times 1,2$
 - $1.530 + 240$
 - 1.770
 - Urine : 500 ml
 - | | |
|--------------|----------|
| Feses : 0 ml | + |
| | 2.270 ml |
 - Balance cairan
 $1.449,5 \text{ ml} - 2.270 \text{ ml} = -$
820,5 ml
-

4.1.10 Intervensi Keperawatan

Tabel 4.8 Intervensi Keperawatan

No.	Tanggal	No. Dx. Kep.	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	TTD
1.	07-03-2025	1	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan suhu tubuh kembali normal dengan kriteria hasil : (L.14134) a. Suhu tubuh membaik (36,5-37,5°C) b. Suhu kulit membaik c. Tekanan darah membaik	Manajemen Hipertermia (I.15506) Observasi 1. Monitor suhu tubuh 2. Monitor haluaran urine Terapeutik 3. Longgarkan atau lepaskan pakaian 4. Berikan cairan oral 5. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih). 6. Lakukan pendinginan eksternal (mis. selimut hipotermia atau kompres hangat pada leher, dada, abdomen, aksila) Edukasi 7. Anjurkan tirah baring Kolaborasi 8. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu	1. Mengetahui keadaan umum pasien, suhu 38,9-41,1°C menunjukkan proses infeksi 2. Membantu mengidentifikasi tingkat dehidrasi 3. Membantu dalam proses penguapan 4. Peningkatan suhu tubuh mengakibatkan penguapan tubuh meningkat sehingga perlu diimbangi dengan asupan cairan yang adekuat 5. Mencegah supaya tidak terjadi hipotermi 6. Kompres hangat dapat memberikan efek vasodilatasi pembuluh darah 7. Meningkatkan istirahat pasien 8. Membantu untuk memenuhi kebutuhan cairan dan elektrolit	

2.	07-03-2025	2	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan kebutuhan cairan klien terpenuhi secara adekuat dengan kriteria hasil : (L.03028) a. Kekuatan nadi meningkat b. Membrane mukosa lembap meningkat c. Tekanan darah membaik d. Intake cairan membaik e. Suhu tubuh membaik	Manajemen Hipovolemia (L03116) Observasi 1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urine menurun, hematokrit meningkat, haus dan lemah) 2. Monitor intake dan output cairan Terapeutik 3. Hitung kebutuhan cairan 4. Berikan asupan cairan oral Edukasi 5. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral Kolaborasi 6. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. cairan NaCl, RL)	1. Mengetahui tanda dan gejala dehidrasi pada anak 2. Mengetahui status dehidrasi 3. Membantu menentukan kebutuhan cairan sesuai kebutuhan tubuh anak 4. Membantu memenuhi kebutuhan cairan 5. Memenuhi kebutuhan cairan tubuh anak 6. Membantu mengganti cairan yang hilang
----	------------	---	---	---	---

4.1.11 Implementasi Keperawatan

Tabel 4.9 Implementasi Keperawatan

No	Tanggal/ Jam	No. Dx. Kep	Implementasi
1.	07-03-2025 16.30 16.40 16.45 16.50 17.00 17.10 17.15 17.50	1	- Mengkaji keluhan yang dialami pasien - Pasien mengatakan badannya panas - Menganjurkan pada keluarga pasien untuk pemberian kompres hangat - Memeriksa TTV : - TD : 87/70 mmHg - S : 38,1°C - N : 85 x/menit - RR : 21 x/menit - SpO2 : 98% - Menganjurkan untuk memakai pakaian yang tipis dan menyerap keringat - Kolaborasi dengan tim medis untuk memberikan - Injeksi Paracetamol 500 mg - Menganjurkan untuk memperbanyak cairan oral - Pasien mengatakan minum air putih habis ± 400 ml - Menganjurkan pasien untuk memperbanyak istirahat - Mengobservasi TTV: - TD : 92/75 mmHg - S : 37,7°C - N : 87 x/menit - RR : 20 x/menit - SpO2 : 99%
2.	07-03-2025 17.55 18.00	2	- Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia - TD : 92/75 mmHg - N : 87 x/menit - Turgor: kembali < 2 detik - Mukosa bibir kering - Memonitor intake dan output cairan Intake - Air (makan + minum) : 150 ml + 550 ml = 700 ml - Cairan (infus + terapi) : 750 ml + 2 ml + 100 ml + 10 ml = 862 ml - Air metabolisme : 5 ml x 90 kg = 450 ml + 2.012 ml Output - Muntah ; 0 ml - IWL : (30 - 13 th) x 90 + 200 (37,7 – 36,8) 17 x 90 + 200 x 0,9 1.530 + 180 1.710 - Urine : 700 ml

			• Feses : 0 ml + 2.410 ml
	18.20		• Balance cairan 2.012 ml – 2.410 ml = - 398 ml
	18.30		3. Mengajukan memperbanyak asupan cairan oral sesuai cairan tubuh sekitar 8 gelas air per hari
			4. Kolaborasi pemberian cairan IV - Infus Asering 1500 cc/24 jam
	18.50		5. Mengobservasi TTV : - TD : 96/75 mmHg - S : 37,5°C - N : 93 x/menit - RR : 20 x/menit - SpO2 : 99 %

4.1.12 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.10 Evaluasi Keperawatan

No	Tanggal/Jam	Diagnosa	Evaluasi
1.	07-03-2025 19.00	Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (reaksi inflamasi)	S : Pasien mengatakan badannya panas O : - K/U lemah - Akral hangat - CRT < 3 detik - Turgor < 2 detik - TTV : TD : 92/75 mmHg S ; 37,7°C N : 87 x/menit RR : 20 x/menit SpO2 : 99% - Terdapat petekie (bintik-bintik merah) pada ekstremitas atas dan bawah A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan
2.	07-03-2025 19.10	Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan	S ; Pasien mengatakan nafsu makannya menurun O : - K/U lemah - Mukosa bibir kering - Turgor < 2 detik - TTV : TD : 96/75 mmHg S ; 37,5°C N : 93 x/menit RR : 20 x/menit SpO2 : 99% - Intake : 2.012 ml Output : 2.410 ml Balance : -398 ml A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan

4.1.13 Catatan Perkembangan

Tabel 4.11 Catatan Perkembangan

No	Tanggal/ Jam	No. Dx	Implementasi	Evaluasi
1.	08-03-2025 15.30 15.35 15.40 15.50 15.55 17.50	1	1. Mengkaji keluhan yang dialami pasien - Pasien mengatakan panasnya masih naik turun 2. Mengajukan pada keluarga pasien untuk pemberian kompres hangat 3. Memeriksa TTV : - TD : 97/75 mmHg - S : 37°C - N : 88 x/menit - RR : 20 x/menit - SpO2 : 99% 4. Mengajukan untuk memakai pakaian yang tipis dan menyerap keringat 5. Mengajukan untuk memperbanyak cairan oral - Pasien mengatakan minum air putih habis ± 500 ml, dan minum jus jambu habis ½ gelas ± 100 ml. 6. Mengobservasi TTV : - TD : 99/75 mmHg - S : 36,5°C - N : 92 x/menit - RR : 20 x/menit - SpO2 : 99%	S ; Pasien mengatakan panasnya masih naik turun O : - K/U cukup - Akral hangat - CRT < 3 detik - Turgor < 2 detik - TTV: TD : 99/75 mmHg S : 36,5°C N : 92 x/menit RR : 20 x/menit SpO2 : 99% - Terdapat petekie (bintik-bintik merah) pada ekstremitas atas dan bawah A : Masalah teratasi Sebagian P : Intervensi dilanjutkan
2.	08-03-2025 16.20 16.25 16.30	2	1. Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia - TD : 100/80 mmHg - N : 98 x/menit - Turgor kulit < 2 detik - Mukosa bibir lembab 2. Mengajukan untuk memperbanyak asupan cairan oral - Pasien mengatakan minum habis ± 600 ml, jus jambu habis 1 cup ± 200 ml 3. Memonitor intake dan output cairan Intake • Air (makan + minum) : 250 ml + 800 ml = 1.050 ml • Cairan (infus + terapi) : 656,25 ml + 2 ml + 10 ml = 668,25 ml	S ; Pasien mengatakan sudah sedikit-sedikit mau makan O : - TTV : TD : 100/79 mmHg S : 36,4°C N : 84 x/menit SpO2 : 99% - Mukosa bibir lembab - Turgor kulit < 2 detik - Intake : 2.168,25 ml Output : 2.230 ml Balance : - 61,75 A : Masalah teratasi sebagian

			• Air metabolisme : 5 ml x 90 kg = 450 ml $\begin{array}{r} 450 \text{ ml} \\ + \\ 1.666,25 \text{ ml} \\ \hline 2.166,25 \text{ ml} \end{array}$ Output • Muntah ; 0 ml • IWL : - (30 - 13 th) x 90 - 17 x 90 - 1.530 • Urine : 600 ml • Feses : 100 ml $\begin{array}{r} 600 \text{ ml} \\ + \\ 100 \text{ ml} \\ \hline 700 \text{ ml} \end{array}$ Balance cairan $2.166,25 \text{ ml} - 700 \text{ ml} = 1.466,25 \text{ ml}$ 4. Mengobservasi TTV : - TD : 100/79 mmHg - S : 36,4°C - N : 84 x/menit - SpO2 : 99%	P : Intervensi dilanjutkan
3.	09-03-2025 08.00 08.10 08.15 10.00	1	1. Memeriksa TTV: - TD : 110/80 mmHg - S : 36,5°C - N : 80 x/menit - RR : 21 x/menit - SpO2 : 98 % 2. Mengajukan untuk memperbanyak asupan cairan oral - Pasien mengatakan minum air putih habis ± 500 ml 3. Mengobservasi CRT <3 detik, turgor kulit < 2 detik 4. Mengobsevasi TTV: - TD : 112/81 mmHg - S : 36,3°C - N : 95 x/menit - RR : 20 x/menit - SpO2 : 99 %	S ; Pasien mengatakan badannya sudah tidak panas lagi O : - K/U baik - Akral hangat - CRT < 3 detik - Turgor kulit < 2 detik - TTV : TD: 112/81 mmHg S : 36,3°C N : 95 x/menit RR : 20 x/menit SpO2 : 99% A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan
4.	09-03-2025 08.30 08.50 11.00	2	1. Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia - TD : 108/82 mmHg - N : 85 x/menit - Turgor kulit < 2 detik - Mukosa bibir lembab 2. Mengajukan untuk memperbanyak asupan cairan oral - Pasien mengatakan minum air putih habis ± 500 ml, jus jambu habis 1 cup ± 200ml 3. Memonitor intake dan output cairan Intake • Air (makan + minum) : 500 ml + 700 ml = 1200 ml • Cairan (infus) : 312,5 ml	S ; Pasien mengatakan sudah mau makan habis 1 porsi O : - K/U baik - TTV : TD : 115/78 mmHg S : 36,2 °C N : 86 x/menit RR : 21 x/menit SpO2 : 99% - Mukosa bibir lembab - Turgor kulit < 2 detik - Intake : 1.962,5 ml

			• Air metabolisme : 5 ml x 90 kg = 450 ml $\begin{array}{r} 450 \\ + \\ 1.512,5 \\ \hline 1.962,5 \text{ ml} \end{array}$ Output • Muntah ; 0 ml • IWL : - (30 - 13 th) x 90 - 17 x 90 - 1.530 • Urine : 400 ml • Feses : 0 ml $\begin{array}{r} 400 \\ + \\ 0 \\ \hline 400 \text{ ml} \end{array}$ Balance cairan 1.962,5 ml – 1.930 ml = 32,5 ml 4. Mengobservasi TTV: - TD : 115/78 mmHg - S : 36,2 °C - N : 86 x/menit - RR : 21 x/menit - SpO2 : 99% 5. Persiapan KRS	Output : 1.930 ml Balance : 32,5 ml A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan (px krs)
	12.00			
	13.30			

4.1.14 Hasil Analisis Antara Fakta dan Teori

Tabel 4.12 Hasil Analisa Antara Fakta dan Teori

Analisis			
No	Teori	Fakta	Keterangan
	Identitas pasien :		
1.	Identitas pasien meliputi (nama, umur, jenis kelamin, alamat, agama, suku bangsa, tanggal MRS, tanggal pengkajian, diagnosa medis, no. Reg) orang tua meliputi (nama ayah, umur, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, nama ibu umur, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat) (Hidayat, 2005).	1) Biodata Pasien a. Nama : An. F b. Umur : 13 Tahun c. Jenis kelamin : Laki - Laki d. Dx. Medis : <i>Dengue Hamorrhagic Fever (DHF)</i> e. Reg : 515192 f. MRS : 7-03-2025/Jam 06.00 g. Tanggal pengkajian : 07-03-2025/Jam 15.00 2) Biodata Orang Tua a) Ayah a. Nama Ayah : Tn. T b. Umur : 56 Tahun c. Agama : Islam d. Pendidikan : SLTP/SMP e. Pekerjaan : Wiraswasta f. Suku bangsa : Jawa g. Alamat : Rt.01/Rw.01, Sumurup, Bendungan. Trenggalek b) Ibu a. Nama Ibu : Almh. Ny. S b. Umur : 45 tahun c. Agama : Islam d. Pendidikan : SLTP/SMP e. Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga f. Suku bangsa : Jawa g. Alamat : Rt.01/Rw.01, Sumurup, Bendungan, Trenggalek	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta.

Keluhan utama :			
2.	Alasan/keluhan yang menonjol pada pasien <i>Dengue Haemorrhagic Fever</i> untuk datang ke Rumah Sakit adalah panas tinggi dan anak lemah (Hidayat, 2005).	Saat MRS : Pasien mengatakan panas sejak minggu malam tanggal 02-03-2025. Saat dikaji : Pasien mengatakan badannya panas, lemas dan nyeri perut. Ayah pasien mengatakan panas anaknya hilang timbul.	Tidak terdapat kesenjangan antara teoridan fakta.
Riwayat penyakit sekarang :			
3.	Didapatkan adanya keluhan panas mendadak yang disertai menggigil, dan saat demam kesadaran komposmentis. Turunnya panas terjadi antara hari ke 3 dan ke 7 dan anak semakin lemah. Kadang-kadang disertai dengan keluhan batuk pilek, nyeri telan, nyeri perut, mual, muntah, anoreksia, diare atau konstipasi, sakit kepala,nyeri otot dan persendian, nyeri uluh hati, dan pergerakan bola mata terasa pegal, serta adanya manisfestasi perdarahan pada kulit, gusi, melena, atau hematemesis (Grade II) (Hidayat, 2005).	Ayah pasien mengatakan anaknya demam sudah 5 hari mulai hari minggu malam tanggal 02-03-2025, pasien diberi obat paracetamol namun panasnya tidak kunjung turun. Kemudian pada tanggal 04-03-2025 pasien dibawa berobat ke dokter, setelah minum obat dari dokter panas pasien sempat turun, namun pada tanggal 06-03-2025 malam hari panas naik kembali sampai 40 °C. Lalu tanggal 07-03-2025 pukul 05.30 WIB pasien dibawa ke RSUD dr. Soedomo Trenggalek, setelah di observasi dan dilakukan pemeriksaan laboratorium trombosit pasien menurun, pasien di diagnose Demam Berdarah. Pada pukul 10.30 pasien di pindah ke Ruang Dahlia. Saat sampai di Ruang Dahlia panas pasien sudah turun yaitu 37,2°C. Namun pada saat dikaji pukul 15.00 panas pasien naik kembali 38 °C, dan pasien mengeluh nyeri perut.	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta.
Riwayat penyakit yang pernah diderita :			
4.	Penyakit apa saja yang pernah diderita. Pada <i>Dengue Haemorrhagic Fever</i> , anak bisa mengalami serangan ulangan <i>Dengue Haemorrhagic Fever</i> dengan tipe virus yang lain (Hidayat, 2005).	Ayah pasien mengatakan anaknya belum pernah mengalami penyakit seperti ini.	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta.
Pola makan dan minum :			
5.	Biasanya pada penderita <i>DHF</i> mengalami penurunan nafsu makan, mual muntah, haus, sakit saat menelan yang ditandai dengan mukosa mulut kering, perdarahan gusi, lidah kotor, nyeri tekan pada ulu hati (Hidayat, 2005).	Pasien mengatakan nafsu makannya menurun. Pada saat pengkajian pasien makan habis 4 sendok makan ± 80 ml, minum air putih habis ½ botol sedang ± 300 ml.	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta.

Pola eliminasi :		
6.	1) Konstipasi, penurunan berkemih, melena, hematuri, (tahap lanjut). 2) Eliminasi alvi atau buang air besar. Kadang- kadang anak mengalami diare atau konstipasi. Sementara <i>Dengue Haemorrhagic Fever</i> pada grade II bisa terjadi melena. 3) Eliminasi urine atau buan air kecil. (a) Dehidrasi ringan : pengeluaran urin sedikit, berat jenis urin meningkat, ureum normal, CO₂ sedikit. (b) Dehidrasi sedang : pengeluaran urin sangat sedikit, berat jenis urin meningkat, ureum $\pm$ meningkat, CO₂ sangat sedikit. (c) Dehidrasi berat : pengeluaran urin sangat sedikit, berat jenis urin meningkat, ureum meningkat, CO₂ sangat sedikit sekali (Hidayat, 2005).	Pasien mengatakan sudah BAK 4-5x $\pm$ 500 ml, warna kuning jernih bau khas urin. Pasien belum BAB sejak MRS. Pola eliminasi di rumah BAB 1x /hari. Tidak mengalami konstipasi. Terdapat kesenjangan antara fakta dan teori yaitu bahwa pasien tidak mengalami tanda-tanda konstipasi, penurunan berkemih, melena dan hematuri.
Pola istirahat dan tidur :		
7.	Anak sering mengalami kesulitan tidur, kelelahan, karena demam/panas/menggigil, nadi cepat dan lemah, dispnea, sesak karena efusi pleura, nyeri epigastrik, nyeri otot/ sendi (Hidayat, 2005).	Pasien mengatakan agak sulit tidur karena badannya panas. Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta.

Pemeriksaan fisik meliputi :		
8.	1) Keadaan umum pasien : lemah 2) Tanda-tanda vital: tekanan darah (hipotensi), suhu (meningkat), nadi (takikardi), pernafasan (cepat). Berdasarkan tingkatan atau (grade) Demam Berdarah Dengue, keadaan fisik anak adalah sebagai berikut: (a) Grade I: kesadaran composmentis, keadaan umum lemah, tanda-tanda vital dan nadi lemah. (b) Grade II: kesadaran composmentis, keadaan umum lemah, dan perdarahan spontan, petekie, perdarahan gusi dan/atau telinga, serta nadi lemah, kecil dan tidak teratur. (c) Grade III: kesadaran apatis, somnolen, keadaan umum lemah, nadi lemah, kecil dan tidak teratur, serta tensi menurun. (d) Grade IV: kesadaran koma, tanda-tanda vital: nadi tidak teraba, tensi tidak terukur, pernapasan tidak teratur, ekstremitas dingin, berkeringat, dan kulit tampak biru (Hidayat, 2005).	Keadaan umum pasien tampak lemah, mukosa bibir kering, terpasang infus Asering ditangan kanan, terdapat bintik-bintik merah di ekstremitas atas dan bawah. Kesadaran composmentis. TTV : - TD : 85/70 mmHg - Suhu : 38°C - Nadi : 81 x/menit - Respiratory rate : 20 x/menit - Spo2 : 98% Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta.

Kepala dan Leher :			
9.	Pada pemeriksaan kepala penderita <i>DHF</i> akan ditemukan adanya nyeri kepala, konjungtiva anemis pada <i>DHF</i> Grade II, perdarahan pada hidung (epistaksis), mulut (mukosa kering, lidah kotor, perdarahan gusi), pada pemeriksaan leher (tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis) (Hidayat, 2005).	- Kepala: Bentuk kepala normal, tidak ada benjolan, penyebaran rambut merata, rambut warna hitam, tidak ada luka/lesi. - Mata: Mata lengkap, simetris kanan dan kiri, konjungtiva merah muda, sklera putih, reaksi cahaya normal, tidak ada kelainan pada mata. - Telinga: Telinga simetris kanan dan kiri, telinga bersih, tidak ada alat bantu pendengaran. - Hidung: Tidak ada pernafasan cuping hidung, lubang hidung bersih, tidak ada pembengkakan dan tidak ada polip, septum nasi tepat ditengah, tidak ada kelainan. - Mulut: Mukosa bibir kering, keadaan gigi bersih, lidah bersih, tidak ada perdarahan pada gusi. - Leher: Bentuk normal, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis.	Terdapat kesenjangan antara fakta dan teori yaitu bahwa pada pasien konjungtiva tidak mengalami anemis, tidak terjadi mimisan dan perdarahan gusi.
Thorak :			
10.	a. Pemeriksaan Paru : - Inspeksi : Bentuk simetris, kadang-kadang tampak sesak. - Palpasi : Biasanya fremitus kiri dan kanan tidak sama. - Perkusi : Bunyi redup karena terdapat adanya cairan yang tertimbun pada paru. - Auskultasi : Adanya bunyi ronchi yang biasanya terdapat pada grade III dan IV (Hidayat, 2005).	- Inspeksi: Bentuk dada normal chest pass, tidak ada pernafasan retraksi interkosta, irama nafas regular - Palpasi : Vocal premitus terba sama getarannya disemua lapang paru - Perkusi : Suara paru sonor - Auskultasi : Suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta yaitu bahwa pada pasien tidak terdapat cairan yang tertimbun pada paru, tidak terdapat bunyi ronchi.

b. Pemeriksaan Jantung :		
- Inspeksi: Tidak ada pulsus atau denyut jantung pada permukaan dinding dada - Palpasi: Ictus cordis teraba pas ICS 5 sinistra - Perkusi: Suara jantung pekak - Auskultasi: Mengetahui suara jantung pertama (S1) terdengar bunyi “lup”, suara jantung kedua (S2) terdengar bunyi “dup” dan suara jantung tambahan (S3 dan S4). Jika terdengar bunyi S3 berarti jantung normal.	- Inspeksi : Bentuk dada normal chest pass, tidak ada pulsus atau denyut jantung pada permukaan dinding dada. - Palpasi : Ictus cordis teraba pada ICS V mid clavikula kiri, tidak ada nyeri tekan - Perkusi : Suara jantung pekak - Auskultasi : Bunyi jantung 1 terdengar di ICS kiri, bunyi jantung 2 terdengar di ICS 2 kanan dan kiri, bunyi jantung 1 dan bunyi jantung 2 terdengar lup-dup-lup-dup	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta.
Keadaan abdomen :		
11. - Inspeksi: Datar - Palpasi : Teraba pembesaran pada hati. Hati yang lunak umumnya teraba sejak awal fase demam yang lebih sering terjadi pada penderita yang mengalami syok. Spenomegali jarang terlihat pada bayi, tetapi dapat terlihat pada pemeriksaan sinar x. - Perkusi: Bunyi timpani jika tidak disertai komplikasi dan bunyi abdomen bisa juga hipertimpani jika disertai diare. - Auskultasi: Peristaltik usus meningkat bila terjadi diare dan peristaltik usus dalam batas normal jika tidak disertai diare (Hidayat, 2005).	- Inspeksi : Tidak ada lesi, tidak ada edema - Auskultasi : Bising usus terdengar 12x/menit. - Palpasi : Tidak ada benjolan/massa, tidak ada nyeri tekan. - Perkusi : Suara perut tympani.	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta.

Sistem integument :			
12.	Adanya petekia pada kulit (pada grade II), turgor kulit menurun, dan muncul keringat dingin, akral dingin, dan lembab (pada grade III). Kuku sianosis (pada grade III) (Hidayat, 2005)	- Warna : Kemerahan - Kelembaban : Kering - Akral : Hangat - Kelainan kulit : Terdapat petekie (bintik-bintik merah) pada ekstremitas atas dan bawah Pemeriksaan Rumple Test: TD : 85/70 mmHg $(85 + 70) \div 2 = 155 \div 2 = 77,5$ Rumple test (+), di temukan adanya >10 petekie pada lengan dalam lingkaran dengan diameter 5 cm	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta yaitu bahwa pada pasien tidak mengalami akral dingin, turgor kulit kembali < 2 detik.
Ekstermitas atas dan bawah :			
13.	Terjadi nyeri otot, sendi, serta tulang, (Pada grade II). Turgor (jelek), Capilari Refil Time (CRT) kembali >3 detik, dan akral dingin (pada Grade III) (Hidayat, 2005).	Ekstermitas atas dan bawah : Terpasan infus Aseringe di ekstremitas kanan atas - Pergerakan ; Lemah, tidak nyeri sendi dan otot - Turgor : Kembali < 2 detik - CRT : Kembali < 3 detik - Akral : Hangat - Kekuatan otot : 5 5 5 5	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta yaitu bahwa pasien tidak mengalami nyeri sendi dan otot.

14.	Pemeriksaan Penunjang Untuk menegakkan diagnostik <i>Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)</i> perlu dilakukan berbagai pemeriksaan penunjang, diantaranya: 1) Pemeriksaan laboratorium (a) Ig G dengue positif (dengue blood) (b) Trombositopenia (<100.000/mm ³) (c) Hemoglobin meningkat >20% (d) Hemokonsentrasi (hematokrit meningkat) (e) Hasil pemeriksaan kimia darah menunjukkan hipoproteinemia, hiponatremia, hipokalemia (f) SGOT dan SGPT mungkin meningkat (g) Ureum dan pH darah mungkin meningkat (h) Waktu perdarahan memanjang (i) Pada analisa gas darah arteri menunjukkan asidois metabolik PCO ₂ <35-40 mmHg, HCO ₃ rendah. (Hidayat, 2005).	Pemeriksaan	Hasil	Unit	Rujukan	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta.
		HGB (Hemoglobin)	15.1	g/dL	12.8 – 16.8	
		WBC (Lekosit)	1.6	10 ³ /uL	4.5 – 13.0	
		PLT (Trombosit)	72	10 ³ /uL	156 – 408	
		HCT (Hematokrit)	46.2	%	42.0 – 51.0	
		RBC (Eritrosit)	5.29	juta/uL	3.50 – 4.76	
		MCV	87.3	fL	78 – 100.0	
		MCH	28.5	pg	31.0 – 37.0	
		MCHC	32.7	g/dL	37.0 – 54.0	
		RDW	12.3	%	11 – 16	
		PDW	13.3	fL	9.0 – 17.0	
		MPV	10.8	fL	8.0 – 11.0	
		NEU%	27.4	%	25.0 – 60.0	
		LYM%	55.8	%	25.0 – 50.0	
		MXD%	16.8	%	1.0 – 6.0	
		NEU#	0.4	10 ³ /uL	1.5 – 6.6	
		LYM#	0.9	10 ³ /uL	1.0 – 3.5	
		MXD#	0.3	10 ³ /uL	<1.0	
Diagnosa Keperawatan :						
15.	Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada kasus <i>Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)</i> menurut (SDKI DPP PPNI 2017) yaitu: 1) Hipertermia 2) Defisit Nutrisi 3) Hipovolemia 4) Resiko Syok 5) Resiko Perdarahan 6) Intoleransi Aktivitas	Hasil pengkajian dan observasi pada tanggal 7 Maret 2025 ditegakkan diagnosa a. Hipertermia b/d proses penyakit (reaksi inflamasi) b. Hipovolemia b/d kekurangan intake cairan	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta			

Intervensi : 16. Perencanaan keperawatan atau intervensi keperawatan adalah perumusan tujuan, tindakan dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada klien berdasarkan analisa pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan pasien dapat diatasi (Nurarif Huda, 2016).	1) Hipertermia b/d proses penyakit (reaksi inflamasi) 1. Monitor suhu tubuh 2. Monitor haluaran urine 3. Longgarkan atau lepaskan pakaian 4. Berikan cairan oral 5. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih). 6. Lakukan pendinginan eksternal (mis. selimut hipotermia atau kompres hangat pada leher, dada, abdomen, aksila) 7. Anjurkan tirah baring 8. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu 2) Hipovolemia b/d kekurangan cairan 1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urine menurun, hematokrit meningkat, haus dan lemah) 2. Monitor intake dan output cairan 3. Hitung kebutuhan cairan 4. Berikan asupan cairan oral 5. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 6. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. cairan NaCl, RL)	Perencanaan disusun berdasarkan diagnosa yang muncul sesuai dengan teori yang ada. Intervensi yang dicantumkan disesuaikan dengan keadaan yang diperlukan oleh pasien
Implementasi : 17. Tindakan keperawatan adalah suatu tahap dimana rencana keperawatan yang telah disusun diberikan kepada klien, sesuai dengan kebutuhan dan masalah yang dihadapi klien (Haryanto, 2007).	Tindakan atau implementasi di lakukan pada saat penelitian pada klien dan mengacu pada intervensi yang telah dibuat sesuai dengan teori yang ada namun tidak semua intervensi dapat dilakukan karena di sesuaikan dengan kondisi klien	Dari semua perencanaan yang dibuat. Peneliti melakukan Tindakan sesuai intervensi, akan tetapi tidak semua perencanaan dapat dilakukan, disesuaikan dengan kondisi klien

Evaluasi : 18. Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang membandingkan antara hasil implementasi dengan kriteria dan standar yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilannya (Nurarif & Kusuma, 2013).	Pada waktu di lakukan evaluasi selama 3 hari, klien mengalami keadaan membaik. Di hari pertama klien masih panas dengan suhu 38°C dan akral hangat, di hari kedua klien pangsnya masih naik turun dengan suhu 37°C, dan di hari ketiga klien sudah membaik dengan suhu 36,5°C.	Hal ini dilakukan tindakan yang sama selama 3 hari. Klien mengalami proses penyembuhan dan dihari terakhir klien mengalami penurunan suhu dengan suhu dalam batas normal
---	---	---

4.2 Pembahasan

Berdasarkan hasil dari penelitian yang dilaksanakan pada anak usia 13 tahun dengan *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* pada klien An. F diruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek, didapatkan hasil sebagai berikut :

4.2.1 Pengkajian

Dari hasil pengkajian didapatkan kesenjangan pada bagian :

1. Pola eliminasi

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan data pada pasien BAK lancar 4-5x sehari $\pm$ 500 ml, warna kuning jernih bau khas urin. Pasien belum BAB sejak MRS. Pola eliminasi di rumah BAB 1x/hari. Tidak mengalami konstipasi.

Menurut Hidayat (2005), pada pemeriksaan pola eliminasi didapatkan data bahwa pasien *DHF* mengalami konstipasi, penurunan berkemih, melena, hematuri, (tahap lanjut).

Berdasarkan fakta dan teori tersebut peneliti berasumsi terdapat kesenjangan antara fakta dan teori. Dimana pasien tidak mengalami konstipasi dan penurunan berkemih karena penyakit pasien masuk pada *DHF* grade II dan belum memasuki tahap lebih lanjut serta masih mau makan dan minum meskipun sedikit serta telah mendapatkan tindakan seperti pemasangan infus.

2. Kepala dan leher

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan data pada pasien konjungtiva tidak mengalami anemis, tidak terjadi mimisan dan perdarahan gusi.

Menurut Hidayat (2005), pada pemeriksaan kepala dan leher didapatkan adanya nyeri kepala, konjungtiva anemis pada *DHF* Grade II, perdarahan pada hidung (epistaksis), mulut (mukosa kering lidah kotor, perdarahan gusi), pada pemeriksaan leher (tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis).

Berdasarkan fakta dan teori yang tersebut peneliti berasumsi terdapat kesenjangan antara fakta dan teori. Dimana pasien konjungtiva tidak anemis karena pasien masih pada grade II sehingga tidak mengalami perdarahan spontan seperti epistaksis dan perdarahan gusi serta pada hasil pemeriksaan laboratorium didapat hasil kadar Hb masih dalam batas normal.

3. Pemeriksaan Paru

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan data pada pasien tidak terdapat cairan yang tertimbun pada paru, tidak terdapat bunyi ronchi.

Menurut Hidayat (2005), pada pemeriksaan paru didapatkan adanya bentuk simetris, kadang-kadang tampak sesak (Inspeksi), biasanya fremitus kiri dan kanan tidak sama (Palpasi), bunyi redup karena terdapat adanya cairan yang tertimbun pada paru (Perkusi), adanya bunyi ronchi yang biasanya terdapat pada grade III dan IV (Auskultasi).

Berdasarkan fakta dan teori tersebut peneliti berasumsi terdapat kesenjangan antara fakta dan teori. Dimana pasien tidak terdapat cairan yang tertimbun pada parunya, karena pasien

mengalami kebocoran plasma tetapi tidak sampai masuk ke dalam paru, kebocoran plasma masih sampai pada kulit yaitu munculnya petekie. Pasien juga tidak mengalami adanya bunyi nafas tambahan ronchi karena pada pasien tidak ada penumpukan secret. Dan pasien masih berada pada grade II.

4. Sistem Integumen

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan data pada pasien tidak mengalami akral dingin, turgor kulit kembali < 2 detik.

Menurut Hidayat (2005), pada pemeriksaan system integumen didapatkan adanya petekia pada kulit (pada grade II), turgor kulit menurun, dan muncul keringat dingin, akral dingin, dan lembab (pada grade III). Kuku sianosis (pada grade III).

Berdasarkan fakta dan teori yang tersebut peniliti berasumsi terdapat kesenjangan antara fakta dan teori. Dimana pasien tidak mengalami akral dingin dan tidak mengalami penurunan turgor kulit karena pada pasien tidak terjadi penurunan suplai oksigen ke jaringan, pasien berada pada grade II belum memasuki grade IV.

5. Ekstremitas atas dan bawah

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan data pada pasien tidak mengalami nyeri sendi dan otot, Turgor < 2 detik, CRT < 3 detik.

Menurut Hidayat (2005), pada pemeriksaan ekstremitas didapatkan adanya nyeri otot, sendi, serta tulang, (Pada grade II).

Turgor (jelek), Capilari Refil Time (CRT) kembali >3 detik, dan akral dingin (pada Grade III).

Berdasarkan fakta dan teori yang tersebut peneliti berasumsi terdapat kesenjangan antara fakta dan teori. Dimana pasien tidak mengalami nyeri otot dan sendi karena imun pasien masih dalam keadaan baik dan berada pada grade II belum memasuki grade IV. Pasien tidak mengalami pemanjangan CRT karena pasien tidak mengalami dehidrasi dan gangguan perfusi jaringan perifer serta telah mendapatkan pemberian rehidrasi cairan melalui intravena maupun oral secara terstruktur.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Pada faktanya ditemukan diagnosa keperawatan pertama hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (reaksi inflamasi). Pada diagnosa kedua hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan.

Sedangkan menurut SDKI ada beberapa diagnosa keperawatan pada klien dengan *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* adalah hipertermia, defisit nutrisi, hipovolemia, resiko syok, resiko perdarahan, intoleransi aktivitas.

Dari hasil penelitian, penulis berpendapat bahwa adanya kesenjangan antara fakta dan teori karena diagnosa yang muncul disesuaikan dengan data yang diperoleh dan keadaan klien pada saat dilakukan pengkajian.

4.2.3 Intervensi

Intervensi keperawatan pada pasien *Dengue Haemorrhagic Feber (DHF)* disusun berdasarkan teori yang telah ada dan disesuaikan dengan SOP (Standart Operasional Prosedur) yang ada di lokasi pengambilan data.

Secara teori perencanaan keperawatan atau intervensi keperawatan adalah perumusan tujuan, tindakan dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada klien berdasarkan analisa pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan pasien dapat diatasi (Nurarif Huda, 2016).

Peneliti berpendapat bahwa tidak ada kesenjangan teori dan fakta pada intervensi. Intervensi sudah disusun berdasarkan teori yang ada di buku SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia). Intervensi yang dicantumkan disesuaikan dengan keadaan yang diperlukan oleh klien.

4.2.4 Implementasi

Implementasi dilakukan selama 3 hari pada An. F yaitu pada tanggal 7 Maret 2025 sampai dengan 9 Maret 2025. Implementasi yang dilakukan mengacu pada intervensi yang telah disusun, sedangkan waktu pelaksanaan tindakan keperawatan tidak berurutan seperti yang ada di intervensi atau disesuaikan dengan kondisi klien.

Tindakan keperawatan adalah suatu tahap dimana rencana keperawatan yang telah disusun diberikan kepada klien, sesuai

dengan kebutuhan dan masalah yang dihadapi klien (Haryanto, 2007).

Penulis berpendapat bahwa ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta, dimana pada diagnosa Hipertermia intervensi yang dapat diimplementasikan terhadap klien sebanyak 8, sedangkan menurut teori terdapat 15 intervensi, kemudian pada diagnosa Hipovolemia intervensi yang dapat diimplementasikan pada klien sebanyak 6, sedangkan menurut teori terdapat 11 intervensi.

4.2.5 Evaluasi

Di dalam penelitian ini, penulisan evaluasi menggunakan catatan perkembangan SOAP untuk memudahkan peneliti dalam memantau perkembangan pasien. Peneliti melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien selama 3 hari. Dari hasil evaluasi selama 3 hari tersebut, kondisi pasien sudah mulai ada perubahan baik.

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang membandingkan antara hasil implementasi dengan kriteria dan standar yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilannya (Nurarif & Kusuma, 2013).

Berdasarkan uraian tersebut menurut penulis tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta, yaitu pada penyusunan evaluasi menggunakan SOAP untuk menilai hasil dari proses keperawatan. Peneliti melakukan evaluasi keperawatan pada An. F selama 3 hari dengan kriteria hasil masalah teratasi.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis penelitian asuhan keperawatan anak dengan *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek yang telah dilaksanakan mulai tanggal 07 Maret 2025 sampai dengan 09 Maret 2025 dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

5.1.1 Pengkajian

Setelah dilakukan pengkajian pada penderita *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* terdapat beberapa kesenjangan antara teori dan fakta yang peneliti temukan saat dilapangan. Kesenjangan tersebut adalah pada pola eliminasi, pemeriksaan kepala dan leher, pemeriksaan paru, pemeriksaan sistem integumen, pemeriksaan ekstremitas atas dan bawah.

5.1.2 Diagnosa

Pada diagnosa keperawatan, terdapat kesenjangan antara teori dan fakta. Dan yang sesuai dengan kondisi klien yaitu hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (reaksi inflamasi) dan hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan.

5.1.3 Intervensi

Pada tahap intervensi keperawatan, intervensi disusun berdasarkan teori-teori kepustakaan yang ada, sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta.

5.1.4 Implementasi

Pada tahap implementasi keperawatan, implementasi dilaksanakan berdasarkan intervensi yang telah disusun. Akan tetapi tidak semua intervensi dapat dilakukan. Implementasi dilakukan sesuai dengan kondisi pasien.

5.1.5 Evaluasi

Pada tahap evaluasi secara umum kondisi pasien mulai menunjukkan tanda-tanda baik. Pelaksanaan evaluasi pada pasien dilakukan selama satu hari. Pada hari pertama klien masih mengalami panas dan nyeri perut.

5.1.6 Analisa Hasil

Pada tahap analisa hasil peneliti melakukan perbandingan antara fakta dan teori untuk menemukan adanya kesenjangan. Dan didapatkan kesenjangan pada pola eliminasi, pemeriksaan kepala dan leher, pemeriksaan paru, pemeriksaan sistem integumen, pemeriksaan ekstremitas atas dan bawah.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Institusi Rumah Sakit

Dari hasil penelitian bagi institusi rumah sakit diharapkan dapat melaksanakan asuhan keperawatan anak dengan *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* dengan masalah hipertermia dan hipovolemia, serta dapat meningkatkan mutu pelayanan asuhan keperawatan.

5.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

Dari hasil penelitian diharapkan dapat menambah pengetahuan khususnya memberikan asuhan keperawatan anak dengan *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)*.

5.2.3 Bagi Peneliti

Dari hasil penelitian ini, peneliti dapat menemukan perbandingan-perbandingan antara fakta dan teori yang ditemukan selama penelitian, serta sebagai bahan pembelajaran dalam meningkatkan pengetahuan dan keterampilan personal dalam memberikan asuhan keperawatan yang akan datang.

5.2.4 Bagi Klien dan Keluarga

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan keluarga tentang perawatan, pencegahan dan penanganan penyakit *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* pada anak.

5.2.5 Bagi Peneliti yang akan datang

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber informasi serta memperkaya ilmu dan dapat digunakan sebagai acuan bagi peneliti yang akan datang dengan variable yang berbeda.

DAFTAR PUSTAKA

- Adhar,M. (2025) ‘Demam Berdarah di Trenggalek Tembus 1.071 Kasus’, *Detik Jatim*. Available at: <https://www.detik.com/jatim/berita/d-7722207/demam-berdarah-di-trenggalek-tembus-1-071-kasus>.
- Agnesia, Yoana; Nopianto; Sari, Winda Sabtria; Ramadhani, W.D. (2023) *Demam Berdarah Dengue (DBD)*. PT Nasya Expanding Management (Penerbit NEM).
- Ahmad, Z.F. *et al.* (2023) ‘Perbandingan Manifestasi Klinis Penderita Demam Berdarah’, *Indonesian Journal of Pharmaceutical Education*, 3(1). Available at: <https://doi.org/10.37311/ijpe.v3i1.19231>.
- Aji, R. (2018) ‘Peran Perawat Puskesmas Dalam Penanggulangan Jentik Aedes Aegypti Pada Tpa’, *Jurnal Media Kesehatan*, 9(1), pp. 35–41. Available at: <https://doi.org/10.33088/jmk.v9i1.290>.
- Askar (2012) *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: EGC.
- DinkesJatim(2022).Availableat:<https://dinkes.jatimprov.go.id/userfile/dokumen/PROFIL%20KESEHATAN%202021%20JATIM.pdf>
- Effendy, C. (1995) *Perawatan Pasien DHF*. Edited by Y. Asih. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Erita, Hununwidiastuti, S. and Leniwita, H. (2019) *Buku Materi Pembelajaran Keperawatan Anak*, Universitas Kristen Indonesia. Available at: <http://repository.uki.ac.id/2703/1/bmpkeperawatanjiwa.pdf>.

Fransiska, A.A. and Ringoringo, V.S. (2020) ‘Pemantauan Terapi Obat Pada Pasien Demam Berdarah Dengue (DBD Grade 1) Di Rumah Sakit X’, *Indonesia Journal*, 5(1), pp. 77–82.

Gainau, B.M. (2021) *PSIKOLOGI ANAK*. Edited by M. Flora. PT kanisius.

Haerani, D. and Nurhayati, S. (2020) ‘Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Demam Berdarah Dengue : Sebuah Studi Kasus DBD merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di Indonesia yang kejadian dan 2016 kembali mengalami kenaikan yang sebesar DBD berdasarkan data World Health Organization’, *Buletin Kesehatan*, 4(2), pp. 80–97.

Hernawati, S. (2017) *Metodologi Penelitian dalam Bidang Kesehatan, Kualitatif & Kuantitatif*. I Cetakan. Edited by S.H. Nugroho Wahito. Forum Ilmiah Kesehatan (FORIKES).

Hidayat; Alimul, A. (2008) *Penyakit Infeksi*. Jakarta.

Kartika Ningsih, M.J. (2022) ‘Tahap Perkembangan Moral Anak Perspektif Psikologi Pendidikan Islam’, *OASIS : Jurnal Ilmiah Kajian Islam*, 1(1), pp. 38–50.

Kemenkes (2023). Available at: <https://kemkes.go.id/id/atasi-dengue-kemenkes-kembangkan-dua-teknologi-ini>.

Kurniawan, R.E. *et al.* (2022) ‘Hubungan Sanitasi Lingkungan Rumah Tinggal dengan Kejadian Demam Berdarah’, *Jurnal Ilmiah Multi Disiplin Indonesia*, 2(1), pp. 163–173. Available at:

<https://katadata.co.id/berita/2020/01/06/baru-83-peserta-bpjs-kesehatan-per-akhir-2019->.

Lastini Asmar, Yulis Marita and Eka Joni Yansyah (2023) ‘Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pencegahan Penyakit Demam Berdarah Dangué (DBD) Di Desa Pulau Panggung Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Tanjung Agung Kabupaten Muara Enim Tahun 2023’, *Jurnal Rumpun Ilmu Kesehatan*, 3(3), pp. 120–132. Available at: <https://doi.org/10.55606/jrik.v3i3.2624>.

Mahendra, Y.I. *et al.* (2022) ‘Analisis Penyebab Demam Berdarah Dengue (DBD) Desa Bandar Klippa Kecamatan Percut Sei Tuan’, *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 22(3), p. 1732. Available at: <https://doi.org/10.33087/jiubj.v22i3.2790>.

Mahmud, R. (2020) ‘Penerapan Asuhan Keperawatan Demam Berdarah Dengue dalam Pemenuhan Kebutuhan Termoregulasi’, *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 12(2), pp. 1023–1028. Available at: <https://doi.org/10.35816/jiskh.v12i2.460>.

Podung, G.C.D., Tatura, S.N.N. and Mantik, M.F.J. (2021) ‘Faktor Risiko Terjadinya Sindroma Syok Dengue pada Demam Berdarah Dengue’, *Jurnal Biomedik (Jbm)*, 13(2), p. 161. Available at: <https://doi.org/10.35790/jbm.13.2.2021.31816>.

Pratama, A.A. *et al.* (2021) ‘Asuhan Keperawatan Pada Klien Demam Berdarah Dengue (Studi Literatur) Nursing Care for Clients of Dengue Hemorrhagic

- Fever (Literature Study)', *Journal Well Being*, 6(2), p. 26157519. Available at: <http://journal.stikes-bu.ac.id/>.
- Puspita, O., Elan, E. and Mulyadi, S. (2022) 'Perkembangan psikososial anak usia dini', 6(2), pp. 215–220.
- Putri, N.H. (2020) 'jenis pemeriksaan DBD yang dilakukan untuk memastikan Diagnosis', *SehatQ* [Preprint].
- Santy, Heris Wesiana & Nurjanah, siti & F. (2019) *Bahan Ajar Keperawatan Anak I*. Surabaya: Universitas Nahdlatul Ulama Surabaya. Available at: https://fliphtml5.com/lxsjl/unxw/Buku_Ajar_Kep_Anak_1/.
- SDKI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- SIKI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- SLKI. (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Sembiring, E.E. (2023) 'Edukasi Pencegahan dan Pertolongan Pertama Demam Berdarah Dengue di Rumah', *Jurnal Lentera - Penelitian dan Pengabdian Masyarakat*, 4(1), pp. 01–05. Available at: <https://doi.org/10.57207/lentera.v4i1.41>.
- Soedarto (2012) *DEMAM BERDARAH DENGUE*. Jakarta: CV Sagung Seto.

Soetjiningsih (2002) *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: EGC.

Sudirjo, Encep; Alif, N.M. (2018) *Pertumbuhan dan Perkembangan Motorik*.

Edited by S. Entan. UPI Sumedang Jawa Barat. Available at:
https://www.google.co.id/books/edition/Pertumbuhan_dan_Perkembangan_Motorik_Kon/9I1jDwAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=Perkembangan+Psikoseksual+Anak+Menurut+Sigmund+Freud&pg=PA22&printsec=frontcover.

Sugiyono. (2017). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

Umar Sidiq, d. (2019). *METODE PENELITIAN KUALITATIF DI BIDANG PENDIDIKAN*. Ponorogo: Nata Karya.

Warmansyah, Jhoni; Utami, Tri; Faridy, Faizatul; Syarfina; Marini, Tria; Ashari, N. (2023) *PERKEMBANGAN KOGNITIF ANAK USIA DINI*. Edited by A.T. Ulinuha. PT Bumi Aksara.

*Lampiran 1***LEMBAR INFORMED CONSENT**

Nama saya Natasya Desty Andani. Saya adalah mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek mengharap partisipasi klien sebagai responden dalam penelitian saya yang berjudul *“Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek”* dan juga mengharapkan tanggapan dan jawaban yang diberikan sesuai dengan keluhan yang klien rasakan tanpa dipengaruhi oleh orang lain. Saya menjamin kerahasiaan jawaban dan identitas klien serta informasi yang klien berikan hanya akan dipergunakan untuk mengembangkan ilmu keperawatan.

Tanda tangan di bawah ini menunjukkan bahwa klien atau keluarga telah diberi informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Inisial Responden : T A . T

Tanda Tangan :



Tanggal

: 07 - 03 - 2025

*Lampiran 2***LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Setelah saya membaca dan memahami maksud dan tujuan serta manfaat penelitian dari mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek yang bernama Natasya Desty Andani dengan judul "*Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek*". Saya dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan bersedia menjadi responden dan menanda tangani surat persetujuan ini.

Inisial Responden : T N. T

Tanda Tangan :


T N. T
Tanggal

: 07-03-2025

Lampiran 3



Kementerian Kesehatan
Direktorat Jenderal
Sumber Daya Manusia Kesehatan
 Politeknik Kesehatan Malang
 Jalan Besar Ijen 77C
 Malang, Jawa Timur 65112
 ☎ (0341) 566075
 🌐 <https://poltekkes-malang.ac.id>

Trenggalek, 18 Februari 2025

Nomor: DP.04.03/F.XIII.15.5 /56/2025

Lamp. : 1 (satu) bendel

Perihal : Surat Mencari Data dan Ijin Melaksanakan Penelitian (Studi Kasus)

K e p a d a :

Yth.Sdr. Direktur RSUD Dr Soedomo

Kabupaten Trenggalek

di –

TRENGGALEK

Sehubungan dengan tugas akhir bagi mahasiswa tingkat III Poltekkes Kemenkes Malang Prodi D3 – Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek diwajibkan untuk membuat Studi Kasus, maka mohon diperkenankan mahasiswa tersebut di bawah ini :

Nama : NATASYA DESTY ANDANI

NIM : P17240221023

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Anak dengan *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

Untuk mencari data dan mengadakan penelitian Studi Kasus di unit / wilayah kerja saudara mulai, Februari s/d April 2025 sesuai proposal terlampir.

Demikian agar menjadikan periksa dan disampaikan terima kasih.

Ketua Prodi D-III Keperawatan Trenggalek,



Ns.Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes

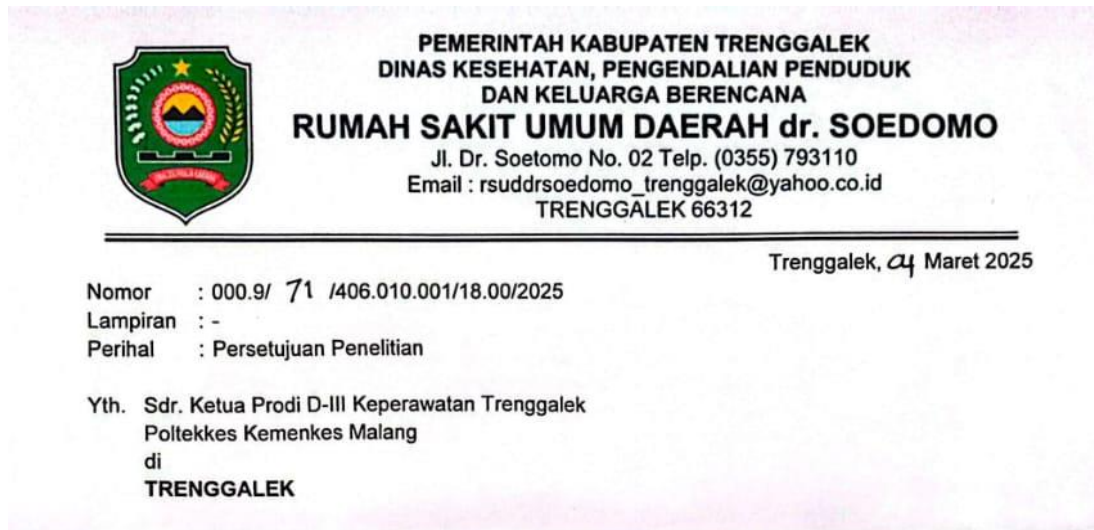
TEMBUSAN disampaikan kepada :

Yth. 1. Sdr. Kasi. Pelayanan Keperawatan.

2. Sdr. Karu Dahlia.

➔ 3. Peneliti.

Lampiran 4



Menjawab surat Saudara nomor DP.04.03/F.XIII.15.5/56/2025 tanggal 18 Februari 2025 perihal Permohonan Penelitian dan Pengambilan Data, maka dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami dapat memberikan izin kepada:

Nama : NATASYA DESTY ANDANI
 NIM : P17240221023
 Program Studi : D-III Keperawatan
 Institusi Asal : Poltekkes Kemenkes Malang Kampus Trenggalek

untuk melaksanakan Penelitian berjudul "Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek". Adapun ketentuan yang harus dipenuhi peneliti, sebagai berikut:

1. Memenuhi biaya penelitian sebesar Rp 250.000;
2. Mentaati Tata Tertib dan Protokol Kesehatan yang berlaku;
3. Melaporkan hasil penelitian tersebut kepada RSUD dr. SOEDOMO Kabupaten Trenggalek melalui Tim Koordinasi Pendidikan (Tim Kordik).

Demikian atas kerja sama yang baik disampaikan terima kasih.

a.n. DIREKTUR RSUD dr. SOEDOMO
 KABUPATEN TRENGGALEK
 Kabid. Pengembangan dan Pengendalian



Tembusan disampaikan kepada:

- Yth. 1. Sdr. Kasi Pelayanan Keperawatan
 2. Sdr. Ka. Instalasi Rawat Inap
 3. Sdr. Ka.
 RSUD dr. SOEDOMO Kab. Trenggalek
 4. Sdr. Peneliti
 5. Arsip

Lampiran 5

KEMENTERIAN KESEHATAN RI

BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SDM KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG



- Kampus Pusat : Jl. Besar Ijen No. 77 C Malang, 65112 Telp (0341) 566075, 571388 Fax (0341) 556746
- Kampus I : Jl. Srikoyo No. 106 Jember Telp (0331) 486613
- Kampus II : Jl. A. Yani Sumberporong Lawang Telp (0341) 427847
- Kampus III : Jl. Dr. Soetomo No. 46 Blitar Telp (0342) 801043
- Kampus IV : Jl. KH Wakhid Hasyim No. 64B Kediri Telp (0354) 773095
- Kampus V : Jl. Dr. Soetomo No. 5 Trenggalek Telp (0355) 791293
- Kampus VI : Jl. Dr. Cipto Mangunkusomo No. 82A Ponorogo Telp (0352) 461792

Website : [Http://www.poltekkes-malang.ac.id](http://www.poltekkes-malang.ac.id) Email : direktorat@poltekkes-malang.ac.id

A. PENGKAJIAN

1. Biodata pasien :
 - a. Nama :
 - b. Umur :
 - c. Jenis kelamin :
 - d. Dx. Medis :
 - e. Reg :
 - f. Tgl pengkajian :
2. Biodata keluarga :
 - 1) Nama ayah :
 - a. Umur :
 - b. Agama :
 - c. Pendidikan :
 - d. Pekerjaan :
 - e. Suku bangsa :
 - f. Alamat :

- 2) Nama ibu :
- a. Umur :
- b. Agama :
- c. Pendidikan :
- d. Pekerjaan :
- e. Suku bangsa :
- f. Alamat :

3. Keluhan utama :
- a. Saat MRS :
- b. Saat dikaji :

4. Riwayat penyakit sekarang :

.....

.....

.....

5. Riwayat kesehatan yang lalu :

.....

.....

.....

6. Riwayat kehamilan dan persalinan :

- a. Prenatal :
- b. Natal :
- c. Post Natal :

7. Riwayat pertumbuhan dan perkembangan :

- a. Pertumbuhan :
-
-

b. Perkembangan:

.....

.....

8. Riwayat imunisasi :

.....

.....

.....

9. Riwayat pemberian nutrisi :

.....

.....

.....

10. Riwayat kesehatan keluarga dan genogram :

.....

.....

.....

11. Riwayat psikososial :

.....

.....

.....

12. Riwayat sosial budaya :

.....

.....

.....

13. Riwayat spiritual :

.....

.....

.....

14. Pola kebiasaan sehari – hari :

No	Pola sehari – hari	Di rumah	Di RS
1	Nutrisi		

2	Eliminasi		
3	Istirahat/tidur		
4	Aktivitas		
5	Personal hygiene		

Pemeriksaan Fisik :

1. Keadaan umum :
.....
.....
2. Tanda – tanda vital :
.....
.....
3. Status gizi :
.....
.....
4. Kepala :
.....
.....
5. Mata :
.....
.....
6. Telinga :
.....
.....

7. Hidung :

8. Mulut :

9. Leher :

10. Dada :

Paru :

a. Inspeksi :

b. Palpasi :

c. Perkusi :

d. Auskultasi :

Jantung :

a. Inspeksi :

b. Palpasi :

c. Perkusi :

d. Auskultasi :

11. Perut :

a. Inspeksi :

b. Auskultasi :

c. Palpasi :

d. Perkusi :

12. Genetalia dan anus :

13. Ekstremitas :

.....
.....

14. Integumen :

.....
.....

15. Neurologi :

.....
.....

Pemeriksaan penunjang :

.....
.....

Penatalaksanaan terapi :

.....
.....

Trenggalek, 2025

NIM.

ANALISA DATA**Nama :** **No. REG :****Umur :** **Ruang :**

No	Data	Masalah	Etiologi

DIAGNOSA KEPERAWATAN**Nama :** **No. REG :****Umur :** **Ruang :**

No	Tanggal	Diagnosa keperawatan Berdasarkan SDKI	Tgl teratasi	Tanda tangan

INTERVENSI

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Tujuan dan kriteria hasil berdasarkan SLKI	Intervensi keperawatan berdasarkan SIKI	Rasionalisasi	Tanda tangan

IMPLEMENTASI**Nama :** **No. REG :****Umur :** **Ruang :**

No	Tanggal/jam	No. Dx. Kep.	Implementasi	Tanda tangan

CATATAN PERKEMBANGAN

No	Tgl/Jam	No. Dx	Implementasi	Evaluasi

Lampiran 6 Lembar Konsultasi



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

📍 Jalan Besar Ijen 77C
Malang, Jawa Timur 65112
☎ (0341) 566075
🌐 <https://poltekkes-malang.ac.id>

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Natasya Desty Andani

NIM : P17240221023

Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Pada Anak dengan *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek

Dosen Pembimbing : Ns. Tunik., S.Kep., M.Kep

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN
1.	20-01-2025	- Pengajuan Judul “Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan <i>Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)</i> di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek”	
2.	24-01-2025	Revisi BAB I : - Alenia I : Pengertian diambil satu saja, yang satu diambil manifestasinya.	

		- Alenia II : Angka kejadian DHF di trenggalek ditambah sumbernya - Alenia III : Memindahkan kalimat diawal dan menambah akibat	
3.	27-01-2025	Revisi BAB I : Alenia I : Sebelum masuk pembahasan peran perawat diberi kata penghubung dulu supaya masuk dengan pembahasan diatas Alenia II : Angka kejadian DHF di spesifikkan Lanjutkan BAB II	
4.	29-01-2025	Revisi BAB II : - Pada konsep perkembangan anak, jika dimasukkan perkembangan psikoseksual, maka seharusnya perkembangan lain juga disertakan seperti perkembangan psikososial, kognitif, moral, dll - Memperbaiki pada tabel intervensi serta mengganti font	
5.	30-01-2025	Revisi BAB III : - Pada partisipan lengkapi penulisannya	

		- Memperbaiki pada bagian batasan istilah - Mengganti batasan usia anak di kriteria pasien menjadi <18 tahun	
6.	31-01-2025	Revisi BAB III : - Perbaiki pengertian DHF pada bagian batasan istilah - Benarkan kalimat pada kriteria partisipan	
7.	03-02-2025	ACC BAB 1-3 Persiapkan ujian proposal	
8.	05-02-2025	- Sidang Seminar Proposal Karya Tulis Ilmiah - Revisi sesuai masukan	
9.	10-02-2025	ACC	
10.	21-04-2025	Revisi BAB IV : - Perbaiki pada riwayat Kesehatan keluarga - Pada warna kulit diganti kemerahan - Pemeriksaan lab diberi jam - Pada pemeriksaan paru dan sistem integument terdapat kesenjangan	

11.	23-04-2025	Revisi BAB IV : - Pada riwayat perkembangan tambahkan perkembangan psikoseksual, psikososial, dan kognitifnya - Perbaiki pada pembahasan kesenjangan dibagian pola eliminasi dan pemeriksaan paru	
12.	25-04-2025	- Memperbaiki Abstrak dan BAB 5 pada bagian kesimpulan - Melengkapi lampirsn	
13.	29-04-2025	ACC Siapkan PPT dan Persiapan Semhas	
14.	07-05-2025	- Sidang Seminar Hasil Karya Tulis Ilmiah - Revisi sesuai saran dari pembimbing	
15.	23-05-2025	ACC	



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

📍 Jalan Besar Ijen 77C
Malang, Jawa Timur 65112
☎ (0341) 566075
🌐 <https://poltekkes-malang.ac.id>

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Natasya Desty Andani

NIM : P17240221023

Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Pada Anak dengan *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek

Dosen Pembimbing : Ns. Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes.

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN
1.	05-02-2025	BAB 1 : - “Dengue Hamorrhagic Fever (DHF)” dicetak miring - Perbaiki pada batasan masalah BAB II : - Pathway dikasih panas kebawah - Diagnosa keperawatan sesuaikan dengan SDKI	

		BAB III : - Pada kriteria pasien di perbaiki	
2.	12-02-2025	ACC lanjut penelitian	
3.	07-05-2025	- Sidang seminar hasil karya tulis ilmiah - Revisi sesuai saran dari penguji	
4.	15-05-2025	Revisi sesuai saran	
5	23-05-2025	ACC	