

Asuhan Keperawatan Pada Anak dengan Demam Berdarah Dengue

Sarah Tsabitha Natasha Bella¹, Siti Nurhayati²
Akademi Keperawatan Pasar Rebo
Email: tashabella64@gmail.com
Jl. Tanah merdeka no. 16-18, Jakarta timur.

ABSTRAK

Demam berdarah dengue (DBD) merupakan suatu penyakit epidemik akut yang disebabkan oleh virus yang ditransmisikan oleh *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*. Demam berdarah dengue adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus dengue dengan manifestasi klinis demam, nyeri otot / nyeri sendi yang disertai ruam, trombositopenia dan diatesis hemoragik. Tujuan penulisan diharapkan mahasiswa/i dapat memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak dengan DBD. Metode penulisan adalah deskriptif dan kepustakaan. Hasil dari karya tulis ilmiah ini adalah mahasiswa memperoleh gambaran tentang asuhan keperawatan pada anak dengan DBD. Masalah keperawatan berupa: Resiko hipovolemia, Defisit nutrisi, Resiko terjadi perdarahan dan ansietas.

Kata kunci: Demam berdarah dengue, Anak, Keseimbangan cairan.

ABSTRACT

Dengue hemorrhagic fever (DHF) is an acute epidemic disease caused by a virus transmitted by the *Aedes aegypti* and *Aedes albopictus*. Dengue hemorrhagic fever (DHF) is infectious disease caused by dengue virus with some symptoms include fever, joint and muscle pain, rash, thrombocytopenia and bleeding diathesis. The purpose of writing is that students are expected to get real-life experiences to provide nursing care for children with DHF. The methods of writing are descriptive and literature. The result of the scientific paper is that students get an overview of nursing care in children with DHF. The nursing diagnosis in case of An.A: Risk of fluid volume deficit, Imbalance of nutrients less than body requirements, Risk of bleeding and anxiety.

Key words: Dengue hemorrhagic fever, Children, Fluid balance.

Pendahuluan

Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan suatu penyakit epidemik akut yang disebabkan oleh virus yang ditransmisikan oleh *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus* (WHO, 2011).

Asia Tenggara dan Pasifik Barat menunjukkan 390 juta infeksi demam berdarah per tahun. Pada tahun 2013 dilaporkan terdapat sebanyak 235 juta kasus di Amerika (WHO, 2014). Pada tahun 2017 di Indonesia kasus DBD berjumlah 68.407 kasus, dengan jumlah kematian sebanyak 493 orang. Pada tahun 2017 kasus DBD di DKI Jakarta berjumlah 3.350 kasus, dengan jumlah kematian sebanyak 1 orang (Kementerian Kesehatan RI, 2018).. Berdasarkan data yang diperoleh dari buku registasi ruang Mawar RSUD Pasar Rebo Jakarta Timur jumlah anak yang dirawat dihitung sejak November – Februari 2019 sebanyak 905 orang, jumlah anak yang dirawat dengan penyakit DBD adalah 159 anak dengan presentase 17,57%.

Pengertian

Demam berdarah dengue adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus dengue dengan manifestasi klinis demam, nyeri otot / nyeri sendi yang

disertai ruam, trombositopenia dan diatesis hemoragik (Amin dan Hardi, 2015). DBD adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh virus *dengue arbovirus* yang masuk ke dalam tubuh melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti* (Suriadi & Yuliani, 2010).

Etiologi

Penyebab penyakit DBD adalah virus Dengue. Di Indonesia, virus tersebut sampai saat ini telah diisolasi menjadi 4 serotipe virus Dengue yang termasuk dalam Grup B arthropodborne *viruses arboviruses*, yaitu DEN-1, DEN-2, DEN-3, dan DEN-4 (Lestari, 2016).

Patofisiologi

Menurut Marni (2016), Virus *dengue* masuk ke dalam tubuh lalu beredar dalam aliran darah dan menginfeksi yang disebut viremia. Hal tersebut menyebabkan pengaktifan komplemen sehingga terjadi kompleks imun Antibodi – virus. Pengaktifan tersebut akan membentuk dan melepaskan zat (C3a, C5a), yang akan merangsang PGE2 (prostaglandin yang berfungsi layaknya senyawa sinyal tetapi hanya bekerja di dalam sel yang bersifat sintesis) di Hipotalamus sehingga terjadi termoregulasi instabil yaitu hipertermia yang akan meningkatkan reabsorpsi Na+

dan air sehingga terjadi hipovolemia. Hipovolemia juga dapat disebabkan peningkatan permeabilitas dinding pembuluh darah menyebabkan kebocoran plasma yang akhirnya terjadi perlemahan sirkulasi sistemik sehingga perfusi jaringan menurun jika tidak teratasi terjadi hipoxia jaringan. Adanya kompleks imun antibodi – virus juga menimbulkan agregasi trombosit sehingga terjadi trombositopeni. Trombositopenia yaitu trombosit kurang dari 100.000/ml. Ketiga hal tersebut menyebabkan perdarahan berlebihan yang jika berlanjut terjadi syok dan jika syok tidak teratasi terjadi hipoksia jaringan dan akhirnya terjadi asidosis metabolik.

Manifestasi klinis

Penyakit DBD ditandai oleh demam mendadak tanpa sebab yang jelas disertai gejala lain seperti lemah, nafsu makan berkurang, muntah, nyeri pada anggota badan, punggung, sendi, kepala dan perut. Gejala-gejala tersebut menyerupai influenza biasa. Pada hari ke-2 dan ke-3 demam muncul bentuk perdarahan yang beraneka ragam dimulai dari yang paling ringan berupa perdarahan dibawah kulit (petekie atau ekimosis), perdarahan gusi, epistaksis, sampai perdarahan yang hebat berupa muntah darah akibat

perdarahan lambung, melena, dan juga hematuria massif (Ngastiyah, 2014)

Komplikasi

Menurut Desmawati (2013), komplikasi yang dapat terjadi pada pasien DBD adalah sebagai berikut: perdarahan massif, syok, efusi pleura, penurunan kesadaran, kematian.

Klasifikasi

Klasifikasi DBD menurut WHO (2011), yaitu :

1. Derajat I tanda dan gejala demam, dan manifestasi perdarahan (Uji bendung positif) dan tanda perembasan plasma.
2. Derajat II tanda dan gejala seperti derajat I ditambah perdarahan spontan.
3. Derajat III tanda dan gejala seperti derajat I dan II ditambahkan kegagalan sirkulasi (nadi lemah, tekanan nadi ≤ 20 mmHg, hipotensi, gelisah, diuresis menurun).
4. Derajat IV tanda dan gejala syok hebat dengan tekanan darah dan nadi yang tidak terdeteksi.

Penatalaksanaan

1. Terapi
 - a. Memenuhi kebutuhan cairan

- b. Memberikan antipiretik dari golongan asetaminofen

2. Penatalaksanaan medis

Menurut Marni (2016) dan Wijayaningsih (2013) tindakan medis yang bertujuan untuk pengobatan dan pemeriksaan diagnostik yaitu:

- a. Pemasangan CVP (*Central Venous Pressure*) CVP dipasang ketika anak mengalami renjatan berat untuk mengukur tekanan vena central melalui vena safena magna atau vena jugularis.
- b. Hemoglobin biasanya meningkat, apabila sudah terjadi perdarahan yang banyak dan hebat Hb biasanya menurun. Nilai normal: Hb: 10-16 gr/dL.
- c. Hematokrit meningkat 20% karena darah mengental dan terjadi kebocoran plasma. Nilai normal: 33- 38%.
- d. Trombosit biasanya menurun akan mengakibatkan trombositopenia kurang dari 100.000/ml. Nilai normal: 200.000-400.000/ml.
- e. Leukosit mengalami penurunan dibawah normal. Nilai normal: 9.000-12.000/mm³.

Asuhan Keperawatan

A. Pengkajian keperawatan

Menurut Nursalam, Susilaningrum & Utami. (2013), pengkajian yang muncul pada pasien dengan DBD antara lain:

1. Identitas pasien
2. Keluhan utama
Alasan/keluhan yang menonjol pada pasien DBD adalah anak demam tinggi dan kondisi anak lemah.
3. Riwayat penyakit sekarang
Didapatkan adanya keluhan panas mendadak disertai menggigil, saat demam kesadaran kompos mentis. Panas menurun terjadi antara hari ke-3 dan ke-7, 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 (grade III, IV), melena atau hematemesis.
4. Riwayat penyakit yang pernah diderita
Pada DBD, anak bisa mengalami serangan ulang DBD dengan tipe virus yang lain.
5. Riwayat imunisasi

Bila anak mempunyai kekebalan tubuh yang baik, kemungkinan timbul komplikasi dapat dihindari.

6. Riwayat gizi

Semua anak dengan status gizi yang baik maupun buruk dapat beresiko apabila terdapat faktor predisposisinya. Pada anak menderita DBD sering mengalami keluhan mual, muntah, dan nafsu makan menurun. Apabila kondisi ini berlanjut, dan tidak disertai dengan pemenuhan nutrisi yang adekuat anak dapat mengalami penurunan berat badan, sehingga status gizinya menjadi kurang.

7. Kondisi lingkungan

Sering terjadi pada daerah yang padat penduduknya, lingkungan yang kurang kebersihannya (air yang menggenang) dan gantungan baju dikamar.

8. Pola kebiasaan

- a. Nutrisi dan metabolik yaitu frekuensi, jenis, pantangan, nafsu makan berkurang.
- b. Eliminasi alvi (BAB) yaitu kadang-kadang anak mengalami diare. DBD pada grade III-IV bisa terjadi melena.

- c. Eliminasi urin yaitu perlu dikaji apakah sering kencing, sedikit atau banyak, sakit atau tidak. Pada grade IV sering terjadi hematuria.
- d. Tidur dan istirahat yaitu anak sering mengalami kurang tidur karena sakit atau nyeri otot dan persendian.
- e. Kebersihan yaitu upaya keluarga untuk menjaga kebersihan diri dan lingkungan cenderung kurang terutama tempat tempat sarangnya nyamuk *Aedes Aegypti*.
- f. Tanggapan bila ada keluarga yang sakit dan upaya untuk menjaga kesehatan.

9. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik meliputi inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi dari ujung rambut sampai ujung kaki. Berdasarkan tingkatan DBD, keadaan fisik anak sebagai berikut:

- a. Grade I: kesadaran kompos mentis; keadaan umum lemah; tanda-tanda vital nadi lemah.
- b. Grade II: kesadaran kompos mentis; keadaan umum lemah;

- adanya perdarahan spontan petekia; perdarahan gusi dan telinga; nadi lemah, kecil tidak teratur.
- c. Grade III: kesadaran apatis; somnolen; keadaan umum lemah, nadi lemah, kecil, tidak teratur; tensi menurun.
 - d. Grade IV: kesadaran koma; nadi tidak teraba; tensi tidak terukur; pernafasan tidak teratur; ekstremitas dingin; berkeringat dan kulit tampak biru.
10. Sistem integumen
- a. Kulit adanya petekie, turgor kulit menurun, keringat dingin, lembab.
 - b. Kuku cyanosis atau tidak.
11. Pemeriksaan diagnostik
- a. Hb dan PCV meningkat ($\geq 20\%$).
 - b. Trombositopenia ($\leq 100.000/\text{ml}$).
 - c. Leukopenia (mungkin normal atau leukositosis).
 - d. Ig. D dengue positif.
 - e. Hasil pemeriksaan kimia darah menunjukkan hipoproteinemia, hipokloremia, hiponatrimia.

- f. Ureum dan pH darah mungkin meningkat.
- g. Asidosis metabolik: $\text{pCO}_2 < 35-40$ mmHg, HCO_3 rendah.
- h. SGOT/SGPT mungkin meningkat.

B. Diagnosa Keperawatan

Menurut Amin dan Hardi (2015), beberapa diagnosa yang mungkin ditemukan pada pasien dengan DBD adalah :

1. Resiko syok hipovolemik berhubungan dengan perdarahan yang berlebih, pindahnya cairan intravaskuler ke ekstrasvaskuler.
2. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi virus dengue.
3. Resiko terjadi perdarahan berhubungan dengan trombotopenia.

C. Perencanaan Keperawatan

- 1. Resiko syok hipovolemik berhubungan dengan perdarahan yang berlebih, pindahnya cairan intravaskuler ke ekstrasvaskuler.**

Tujuan: Tidak terjadi syok hipovolemik, tanda-tanda vital dalam batas normal, dengan **kriteria hasil:** Nadi dalam batas yang normal (60-80 x/mnt), RR dalam batas normal (12-20 x/mnt),

Irama pernafasan dalam batas normal atau teratur.

Intervensi:

- a. Monitor tanda awal syok.
- b. Observasi tanda-tanda vital tiap 2 sampai 3 ja
- c. Monitor tanda perdarahan.
- d. Pantau hemoglobin, hematokrit, trombosit.
- e. Berikan cairan IV dan atau oral yang tepat

2. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi virus dengue

Tujuan: Hipertermi teratasi, dengan **kriteria hasil:** Suhu tubuh dalam rentang normal ($36,5^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$), nadi dan RR dalam rentang normal (Nadi 60-80 x/mnt . RR 12-20 x/mnt).

Intervensi :

- a. Kaji saat timbulnya demam.
- b. Observasi tanda vital (suhu, nadi, tensi, pernafasan) setiap 3 jam.
- c. Berikan penjelasan tentang penyebab demam atau peningkatan suhu tubuh.
- d. Berikan penjelasan pada pasien dan keluarga tentang hal-hal yang dilakukan.
- e. Anjurkan pasien untuk banyak minum $\pm 2,5$ liter/24 jam.

f. Berikan kompres hangat dan anjurkan memakai pakaian tipis.

g. Berikan terapi (antipiretik) sesuai dengan program dokter.

3. Resiko terjadinya perdarahan berhubungan dengan trombositopenia.

Tujuan : Resiko perdarahan tidak terjadi, dengan **kriteria hasil:** Tidak ada tanda-tanda perdarahan., Hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal, Tekanan darah dalam batas normal.

Intervensi :

- a. Monitor ketat tanda-tanda perdarahan dan nilai hasil lab.
- b. Monitor tanda-tanda vital.
- c. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan dan minum.
- d. Beri penjelasan tentang tanda-tanda perdarahan.
- e. Kolaborasi dalam pemberian transfusi darah.

B. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri atau independen dan tindakan kolaborasi. Tindakan

mandiri atau independen adalah aktivitas perawatan yang didasarkan pada kesimpulan atau keputusan sendiri dan bukan merupakan petunjuk atau perintah dari petugas kesehatan lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan yang didasarkan hasil keputusan bersama seperti dokter dan petugas kesehatan lain. Agar lebih jelas dan akurat dalam melakukan implementasi diperlukan perencanaan perawatan yang spesifik dan operasional. Bentuk implementasi perawatan seperti pengkajian untuk mengidentifikasi masalah baru atau mempertahankan masalah yang ada, pengajaran atau pendidikan masalah kesehatan pada pasien untuk membantu menambah pengetahuan tentang kesehatan pasien, konsultasi atau merujuk dengan tenaga profesional secara spesifik atau tindakan untuk memecahkan masalah kesehatan dan membantu pasien dalam melakukan aktivitas sendiri (Doenges, 2012).

C. Evaluasi Keperawatan

Menurut Amin dan Hardi (2015), tahapan akhir dari proses keperawatan ialah mengevaluasi respon pasien terhadap perawatan yang diberikan untuk memastikan bahwa hasil yang diberikan dan

diharapkan telah tercapai. Hasil asuhan keperawatan pada pasien dengan DBD sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan.

Evaluasi dibagi menjadi dua, yaitu evaluasi proses setiap selesai dilakukan tindakan keperawatan dan evaluasi hasil membandingkan antara tujuan dengan kriteria hasil.

TINJAUAN KASUS

Pengkajian Keperawatan

A. Identitas Pasien

Tanggal pengkajian 26 Februari 2019 pukul 13.00 WIB, tanggal masuk rumah sakit 23 Februari 2019 pukul 16.00 WIB di ruang Mawar, nomor register 2019-829265 dengan diagnosa medis Demam Berdarah Dengue (DBD) derajat II. Nama klien An. A, sering dipanggil An. A (8 tahun) jenis kelamin laki-laki, lahir di Jakarta, 08 Oktober 2010, agama Islam, suku bangsa Jawa tengah, bahasa yang digunakan adalah bahasa Indonesia dan klien kelas 2 Sekolah dasar. Nama Ibu klien Ny. T (35 tahun), pendidikan terakhir SMK, pekerjaan Ibu rumah tangga, agama Islam, suku bangsa Jawa tengah. Nama ayah klien Tn. A (37 tahun), pendidikan terakhir S1, pekerjaan

Guru SD, agama Islam, suku bangsa Jawa.

B. Resume

An.A (8 tahun) Klien datang ke IGD RSUD Pasar Rebo pada tanggal 23 Februari 2019 pukul 14:05 WIB dengan keluhan demam sejak hari Rabu pada tanggal 20 Februari 2019 (demam hari ke 3). Klien tidak mimisan, gusi tidak berdarah dan tidak ada riwayat kejang, ibu mengatakan An.A mual, nafsu makan berkurang dan muncul bintik-bintik merah. Diagnosa medis yang muncul adalah DBD derajat II. Saat di IGD, telah dilakukan tindakan keperawatan seperti observasi keadaan umum, observasi ttv dan pemeriksaan laboratorium. Sedangkan, tindakan kolaborasi seperti pemasangan infus RA 500cc dan pemberian sanmol 250 mg. Pada tanggal 23 Februari 2019 pukul 16:00 WIB klien dikirim ke ruang anak Mawar RSUD Pasar Rebo. Saat diruangan, masalah keperawatan yang muncul adalah hipertermi, hipovolemia dan resiko terjadinya perdarahan dan telah dilakukan tindakan keperawatan seperti observasi keadaan umum, observasi tanda-tanda vital dan pemeriksaan laboratorium. Sedangkan, tindakan kolaborasi yang

telah dilakukan seperti pemberian cairan asering 23 tpm dan pemberian ranitidin 25 mg. Pada tanggal 25 Februari 2019 dokter menginstruksikan untuk menurunkan dosis cairan asering menjadi 17 tpm dan menghentikan pemberian terapi obat paracetamol. Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 23 Februari 2019 adalah HB 11,6 g/dl (13,2-17,3 g/dl), Ht 34% (40-52%), eritrosit 4,2 juta/ul (4,4-5,9 juta/ul), leukosit 5000 /ul (3800-10.000/ul), trombosit 28.000 /ul (150.000-450.000 /ul).

C. Pengkajian

Klien mulai sakit sejak tanggal 20 Februari 2019 sekitar jam 03.30 WIB dan mulai dirawat di rumah sakit RSUD Pasar rebo semenjak tanggal 23 Februari 2019 pukul 16.00 WIB. Pada saat dikaji, tanggal 26 Februari 2019 keluhan utama klien saat ini adalah mual dan muncul bintik merah. Terjadinya keluhan secara bertahap yang lamanya 3 hari. Faktor pencetus timbulnya penyakit yaitu virus yang ditularkan melalui nyamuk *Aedes Aegypti*. Upaya ibu untuk mengurangi adalah anak dibawa ke IGD.

1. Pengkajian Fisik

Data Subjektif : Ibu An. A mengatakan cemas karena trombositnya rendah, ibu An.A mengatakan sedih melihat kondisi anaknya. **Data Objektif** : Suhu 36,7° C, nadi 94x/menit, pernapasan 20x/menit, tekanan darah 109/70 mmHg dan kesadaran compos mentis.

2. Pola nutrisi dan metabolisme

Data Subjektif : Ibu An. A mengatakan nafsu makan anaknya berkurang, BB An. A sebelum masuk rumah sakit 24 kg dan sesudah masuk rumah sakit 23 kg, An. A makan hanya roti dan makanan lunak dari rumah sakit, makan hanya 3 sendok makan, perut terasa begah seperti kenyang, minum kurang lebih 900cc/24 jam, mual dan tidak disfagia, anak tidak muntah. **Data Objektif** : Warna membran mukosa merah muda, tidak ada lesi, membran mukosa kering, tidak ada kelainan palatum, bibir normal, tidak ada kelainan gusi, lidah kotor. Gigi sudah lengkap gigi permanen 28 buah, tidak ada karang gigi, tidak ada karies, dan tidak obesitas. Integritas kulit utuh, tidak ada lesi, turgor kulit elastis, tekstur halus dan rata, warna sawo matang.

Klien tidak menggunakan NGT, tampak adanya sisa makanan.

3. Pola respirasi/Sirkulasi

Data Subjektif : Ibu An. A mengatakan anaknya tidak sesak, tidak ada dahak, tidak batuk, tidak ada bengkak. **Data Objektif** : suara napas vesikuler, tidak batuk, tidak batuk darah, tidak ada sputum, tidak menggunakan otot bantu napas, tidak menggunakan pernapasan cuping hidung. Tidak ada ikterus, tidak sianosis, tidak edema, pengisian kapiler 2 detik, temperatur suhu 36,7° C.

4. Pola eliminasi

Data Subjektif : Ibu An. A mengatakan perut anaknya tidak kembung, klien mengeluh nyeri pada perut dengan skala 4, BAB dengan bau yang khas, warna kuning, tidak ada lendirnya, tidak diare, konsistensinya lunak, frekuensi BAB kurang lebih 1x/hari. Jumlah BAK kurang lebih 1800cc/ 24 jam, frekuensinya tidak tentu, tidak ada keluhan, tidak nokturia, tidak dysuria, tidak hematuria dan tidak inkontinensia. **Data Objektif** : Abdomen klien tidak lemas, tidak tegang atau kaku, tidak kembung, bising usus 18x per menit, lingkaran perut 52 cm.

Warna BAK kuning jernih, baunya khas, tidak menggunakan kateter, frekuensinya tidak tentu, anus tidak iritasi, tidak atresia ani, tidak prolaps, anus tidak kemerahan, Kebutuhan cairan : $1500 + 20.3 = 1560$ cc. Minum : ± 900 cc / 24 jam, Infus 1200 cc / 24 jam. Intake / 24 jam = 2100 cc

Urine : ± 1800 cc/ 24 jam, Iwl = $(30-8) \times 23$ kg = 506 cc. Output / 24 jam = 2306 cc.

Balance cairan/ 24 jam= Intake – Output = $2100-2306= -206$ cc

5. Pola aktivitas/Latihan

Data Subjektif : Ibu An.A mengatakan kekuatan klien baik, ibu An. A mengatakan kebutuhan sehari-harinya dibantu oleh orang tuanya, tidak ada kekakuan pergerakan sendi dan tidak ada rasa nyeri pada sendi. **Data Objektif** : tidak ada gangguan keseimbangan berjalan, kekuatan menggenggam baik, bentuk kaki tidak ada kelainan, otot kaki kuat, tidak kejang.

6. Pola sensori persepsi

Data Subjektif : Ibu An. A mengatakan anak mampu mendengar dengan baik dibuktikan dengan jika dipanggil anak berespon, anak mampu

melihat dengan baik, penciuman jika ada bau yang tidak disukai anak akan menutup hidungnya, jika disentuh anak memberi respons, pengecap ibu mengatakan anak sudah mulai memilih makanan, jika makanan tidak disukai anak akan memuntahkannya. **Data Objektif** : reaksi terhadap cahaya baik, orientasi baik, pupil isokor, konjungtiva ananemis, pendengaran baik, penglihatan baik.

7. Konsep Diri

Data Subjektif : Ibu An. A mengatakan sakit ini mempengaruhi anaknya. Anaknya menjadi malas makan dan minum. **Data Objektif** : kontak mata ada, postur tubuh normal, perilaku klien tidak rewel.

8. Pola tidur/Istirahat

Data Subjektif : Ibu An. A mengatakan anaknya tidur selalu nyenyak, tidak ada masalah atau gangguan waktu tidur. **Data Objektif** : tidak ada tanda-tanda kurang tidur, hanya saja terkadang anak rewel.

9. Pola seksualitas/Reproduksi

Data Subjektif : Ibu An. A mengatakan anaknya tidak ada

kesulitan dalam BAK. **Data Objektif** : Tidak ada kelainan pada skrotum, hyposphadia dan fimosis.

10. Dampak Hospitalisasi

Ibu mengatakan pagi ini anak rewel. Pada saat dikaji, anak tidak menangis namun sedikit rewel dan anak tampak terdiam sehingga anak sulit untuk ditanya yang sedang dirasakan. Anak mau berbicara jika ditanya dan diam saja pada saat perawat melakukan tindakan. Orang tua tampak sedih dengan kondisi anaknya dan mengatakan cemas karena trombosit anaknya rendah.

11. Tingkat pertumbuhan dan Perkembangan Saat ini

Pertumbuhan: Berat badan 23 kg (BBI = 23,4 kg), tinggi badan 126 cm, IMT 14,55 (kurus), lingkar kepala 46 cm dibawah normal anak (normal 49-54cm) , lingkar lengan atas 17 cm, pertumbuhan gigi sudah cukup lengkap gigi permanen 28 buah, tidak ada karang gigi. Perkembangan Motorik kasar : anak sudah mampu bersepeda roda dua, berenang, berlari. Motorik halus : anak mampu menulis, menggambar dan melukis. Bahasa : sudah menguasai sekitar 2500 kata, aktif

bertanya dan mengungkapkan ide. Sosialisasi : anak sudah mempunyai teman akrab sebaya.

D. Pemeriksaan Penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 26 Februari 2019:

HB 12,2 g/dl (13,2-17,3 g/dl), Ht 35% (40-52%), eritrosit 4,4 juta/ul (4,4-5,9 juta/ul), leukosit 4100 /ul (3800-10.000/ul), trombosit 44.000 /ul (150.000-450.000 /ul).

Penatalaksanaan:

Tanggal 26 Februari :

Klien terpasang infus Asering 1200cc/24 jam. Terapi obat ranitidin 2 x 25 mg melalui IV bolus (stop tanggal 27 Februari). Terapi obat omeprazole 1 x 20 mg melalui IV bolus (menggantikan ranitidine). Diet lunak (nasi tim, lauk pauk dan sayuran).

E. Data Fokus

Data subyektif : Ibu klien mengatakan tidak terlalu paham tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi, penyebaran dan pencegahan serta penanganan penyakit DBD. Ibu klien mengatakan DBD disebabkan oleh nyamuk. Ibu klien mengatakan An.A menjadi malas minum. Ibu klien mengatakan An.A minum hanya kurang lebih 900 cc/ 24 jam. Ibu klien mengatakan

nafsu makan An.A berkurang. Ibu klien mengatakan An.A hanya menghabiskan 3 sdm/hari dan roti. Ibu klien mengatakan An.A mual. Ibu klien mengatakan An.A menjadi malas makan. Ibu klien mengatakan An.A turun 1 kg selama sakit. Ibu mengatakan cemas trombosit anaknya rendah.

Data Obyektif : Ibu klien tampak bingung. Ibu tampak khawatir dan terlihat sedih dengan keadaan anaknya, mukosa bibir tampak kering, lidah tampak kotor, tampak adanya sisa makanan kurang lebih ½ porsi, BB 23 kg (BBI = 25,5 kg), IMT 14,55 (kurus), trombosit 44.000 /uL, terdapat ptekie, HB 12,2 g/dl, Ibu tampak khawatir dan terlihat sedih karena keadaan anaknya. Pada saat dikaji, anak tidak menangis dan rewel. Anak mau berbicara jika ditanya dan diam saja pada saat perawat melakukan tindakan namun terkadang anak tampak terdiam sehingga anak sulit untuk ditanya yang sedang dirasakan.

F. Diagnosa Keperawatan

1. Resiko hipovolemia berhubungan dengan permeabilitas membran meningkat
2. Defisit nutrisi berhubungan dengan intake in adekuat

3. Resiko terjadinya perdarahan b.d trombositopenia
4. Ansietas berhubungan dengan dampak hospitalisasi dan kurang terpapar informasi

G. Perencanaan, Pelaksanaan, Evaluasi

1. Resiko hipovolemia berhubungan dengan permeabilitas membran meningkat

ditandai dengan, DS: Ibu klien mengatakan An.A menjadi malas minum, ibu klien mengatakan An.A minum hanya kurang lebih 900 cc/ 24 jam dan DO: mukosa bibir tampak kering, balance cairan -206cc.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 2 x 24 jam diharapkan defisit volume cairan tidak terjadi.

Kriteria hasil : turgor kulit elastis, kulit lembab, membran mukosa lembab, intake output seimbang, TTV normal (TD: 97-112/57-71 mmhg, N: 80-120 x/mnt, S: 36,5-37,5 °C), CRT <3 detik.

Rencana Tindakan

- a. Monitor status hidrasi (turgor kulit, mukosa bibir, crt)
- b. Monitor tanda-tanda vital
- c. Pantau intake dan output cairan

- d. Anjurkan minum yang banyak 2 liter/hari
- e. Hitung kebutuhan cairan
- f. Kolaborasi : terapi cairan parenteral Asering 1200 cc/24 jam

Pelaksanaan

Tanggal : 26 Februari 2019

Pada pukul 09.00 perawat ruangan mengganti cairan infus dengan **RS** : (-) dan **RO** : cairan infus Asering 500cc 17 tpm telah diberikan. **Pukul 09.10** perawat ruangan memonitor tanda-tanda vital dengan **RS**: -, **RO**: Td: 101/73 mmhg, N: 96 x/mnt, S: 37,1 °C. **Pada pukul 13.00** mengganti cairan infus dengan **RS** : (-) dan **RO** : cairan infus Asering 500cc 17 tpm telah diberikan. **Pada pukul 13.05** menghitung kebutuhan cairan dengan **RS**:- dan **RO**: $1500 + 20.3 = 1560$ cc. **Pada pukul 13.25** mengobservasi kulit kering, membran mukosa, turgor kulit dan crt dengan **RS** : (-) dan **RO** : kulit kering, membran mukosa kering, turgor kulit elastis, crt 2 detik. **Pada pukul 14.30** memantau intake dan output cairan dengan **RS**: ibu mengatakan An.A minum ± 900 cc dan **RO**: Balance cairan = -206 cc. **Pada pukul**

14.35 menganjurkan pasien minum 2 liter sehari dengan **RS**: keluarga mengatakan iya suster, **RO**: ibu tampak kooperatif. **Pada pukul 16.30** perawat ruangan mengukur TTV dengan **RS** : (-) dan **RO** : TD : 103/70 mmHg, N : 101x/menit, S: 36,7 °C. **Pada pukul 21.00** perawat ruangan mengganti cairan infus dengan **RS** : (-) dan **RO** : cairan infus Asering 500cc 17 tpm telah diberikan. **Pada pukul 01.00** perawat ruangan mengganti cairan infus dengan **RS** : (-) dan **RO** : cairan infus Asering 500cc 17 tpm telah diberikan. **Pada pukul 04.30** perawat ruangan mengobservasi TTV dengan **RS** : (-) dan **RO** : TD : 90/113mmHg, N : 78x/menit, S: 37,3 °C.

Evaluasi

Tanggal : 27 Februari 2019

Subjektif : ibu mengatakan anaknya sudah minum lebih banyak dari kemarin ± 1200 cc selama 24 jam. **Objektif** : kulit lembab, turgor kulit anak elastis, membran mukosa lembab, crt 2 detik, TD : 109/71mmHg, N : 78x/menit, S: 37,1 °C, balance cairan: +94cc. **Analisa** : Tujuan tercapai masalah teratasi.

Perencanaan : rencana tindakan dihentikan.

2. Defisit nutrisi berhubungan dengan intake in adekuat ditandai dengan, DS: Ibu klien mengatakan nafsu makan An.A berkurang, ibu klien mengatakan An.A hanya menghabiskan 3 sdm/hari dan roti, ibu klien mengatakan An.A mual, ibu klien mengatakan An.A menjadi malas makan, ibu klien mengatakan An.A turun 1 kg selama sakit dan DO: Mukosa bibir tampak kering, lidah tampak kotor, tampak adanya sisa makanan kurang lebih ½ porsi, BB 23 kg (BBI = 25,5 kg), IMT 14,55 (kurus) , hb 12,2 g/dl.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan resiko defisit nutrisi tidak terjadi.

Kriteria Hasil : Berat badan stabil dalam batas normal, tidak ada mual dan muntah, anak nafsu makan, makan habis 1 porsi, Hemoglobin : 13,2-17,3 g/dl, mukosa bibir lembab, IMT 18,5-22,9 kg/m², BBI= $(8 \times 7 - 5) : 2 = 25,5$ kg.

Rencana Tindakan :

- a. Monitor mual, muntah dan membran mukosa
- b. Monitor adanya penurunan berat badan
- c. Catat jumlah / porsi makan yang dihabiskan oleh klien setiap hari
- d. Anjurkan pada keluarga memberi makan sedikit namun sering
- e. Pantau hasil laboratorium: hemoglobin
- f. Kolaborasi pemberian obat ranitidin 2 x 25 mg melalui IV bolus, OMZ 1 x 20 mg melalui IV bolus
- g. Kolaborasi pemberian diit lunak (nasi tim, lauk pauk dan sayuran) pada ahli gizi

Pelaksanaan

Tanggal : 26 Februari 2019

Pada pukul 13.00 memonitor mual dan muntah dengan **RS** : ibu mengatakan saat ini anak mual tapi tidak ada muntah , **RO** : anak tampak mual. **Pada pukul 13.25** menimbang Berat Badan anak dengan **RS** : (-), **RO** : berat badan anak 23 kg. **Pada pukul 13.05** ahli gizi memberikan diit lunak dengan **RS:-** dan **RO:** diit lunak telah diberikan. **Pada pukul 13.15** memantau hasil lab dengan **RS:** (-

), **RO:** hb = 12,2 g/dl. **Pada pukul 13.30** menganjurkan pada keluarga untuk memberikan makan sedikit namun sering dengan **RS :** ibu klien mengatakan akan mencobanya dan **RO :** keluarga klien tampak mengerti. **Pada pukul 13.35** mencatat porsi makan yang dihabiskan dengan **RS:** ibu mengatakan An.A hanya makan 3 SDM dan **RO:** Tampak makanan yang dihabiskan hanya ¼ porsi. **Pada pukul 14.00** memberikan obat ranitidin 25 mg melalui IV bolus dengan **RS:** (-) dan **RO:** ranitidine 25 mg telah diberikan via IV bolus. **Pada pukul 02.00** memberikan obat ranitidin 25 mg melalui IV bolus dengan **RS:** (-) dan **RO:** ranitidine 25 mg telah diberikan via IV bolus.

Evaluasi

Tanggal : 28 Februari 2019

Subjektif : ibu klien mengatakan sudah mau makan dengan ayam goreng, An.A mengatakan sudah tidak mual, tidak muntah dan makan habis 1 porsi. **Objektif :** BB anak 23,6 kg, IMT= 14,94 kg/m² (kurus), hb = 13,4 g/dl, mukosa bibir lembab, lidah bersih.

Analisa : Tujuan tercapai sebagian masalah belum teratasi.

Perencanaan : Rencana tindakan dihentikan karena pasien pulang.

3. Resiko terjadinya perdarahan

b.d trombositopenia ditandai dengan, DS: - dan DO: Trombosit 44.000/uL, terdapat ptekie.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan perdarahan tidak terjadi.

Kriteria Hasil : Tanda-tanda vital normal (TD: 97-112/57-71 mmhg, N: 80-120 x/mnt), jumlah trombosit 150.000-400.000 /ul, tidak terjadi epistaksis, melena, dan hematemesis.

Rencana Tindakan :

- a. Monitor ketat tanda-tanda perdarahan dan nilai hasil lab:Trombosit
- b. Monitor tanda-tanda vital
- c. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan dan minum
- d. Beri penjelasan tentang tanda-tanda perdarahan
- e. Kolaborasi dalam pemberian transfusi darah PRC sesuai kebutuhan (bila perlu).

Pelaksanaan :

Tanggal : 26 Februari 2019

Pukul 09.10 perawat ruangan memonitor tanda-tanda vital dengan **RS**: - dan **RO**: Td: 101/73 mmhg, N: 96 x/mnt. **Pada pukul 13.05** memonitor tanda-tanda perdarahan dan nilai hasil lab dengan **RS** : keluarga mengatakan terdapat bintik merah pada kaki dan tangan pada An. A.tidak mimisan, gusi tidak berdarah atau BAB darah dan **RO** : terdapat ptekie pada kaki dan tangan, trombosit 44.000 /uL. **Pada pukul 13.10** memberikan penjelasan tentang tanda-tanda perdarahan dengan **RS** : ibu klien mengatakan mengerti suster dan **RO** : ibu tampak kooperatif. **Pada pukul 14.15** menganjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan dan minum dengan **RS**: keluarga mengatakan iya suster dan **RO**: ibu tampak kooperatif. **Pada pukul 16.30** mengukur TTV dengan **RS** : (-) dan **RO** : TD : 103/70 mmHg, N : 101x/menit. **Pada pukul 04.30** perawat ruangan mengobservasi TTV dengan **RS** : (-) dan **RO** : TD : 90/113mmHg, N : 78x/menit.

Evaluasi

Tanggal : 28 Februari 2019

Subjektif : Keluarga mengatakan terdapat bintik merah pada kaki

dan tangan pada An. A. **Objektif** : tampak ptekie pada badan anak, trombosit 108.000/uL, TD: 105/70 mmhg, N: 109 x/mnt., tidak terjadi epistaksis, melena, dan hematemesis. **Analisa** : Tujuan tercapai sebagian masalah masih berisiko. **Perencanaan** : Rencana tindakan dihentikan karena pasien pulang.

4. Ansietas berhubungan dengan dampak hospitalisasi dan kurang terpapar informasi

ditandai dengan, DS: ibu klien mengatakan cemas trombosit anaknya rendah, Ibu mengatakan tidak mengetahui tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi dan cara pencegahan serta penanganannya, ibu klien mengatakan DBD disebabkan oleh nyamuk dan DO: Ibu tampak khawatir dan terlihat sedih karena keadaan anaknya, pada saat dikaji, anak tidak menangis namun sedikit rewel. Anak mau berbicara jika ditanya dan diam saja pada saat perawat melakukan tindakan dan ibu klien tampak bingung saat ditanya tentang penyakit DBD.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 diharapkan ansietas teratasi dan pengetahuan keluarga tentang DBD bertambah.

Kriteria Hasil: Anak kooperatif, anak tidak rewel dan tidak menangis, anak menjawab saat ditanya, keluarga mampu menjelaskan pengertian dari DBD, keluarga mampu menjelaskan penyebab dari DBD, keluarga mampu menyebutkan 4 dari 6 tanda dan gejala dari DBD, keluarga mampu menyebutkan 3 dari 5 komplikasi dari DBD, keluarga mampu menyebutkan 5 dari 11 cara pencegahan dari DBD, keluarga mampu menyebutkan 3 dari 4 cara pertolongan pertama dari DBD.

Rencana Tindakan :

- a. Monitor tanda-tanda ansietas
- b. Kaji tingkat pengetahuan keluarga tentang DBD
- c. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- d. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami
- e. Beri pendidikan kesehatan tentang penyakit DBD
- f. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien

Pelaksanaan :

Tanggal : 26 Februari 2019

Pada pukul 13.00 mengkaji adanya tanda-tanda perdarahan pada anak dengan melakukan komunikasi terapeutik dengan **RS:** klien mengatakan tangan aku banyak bintik bintik dan **RO:** anak tersenyum dan kooperatif. **Pukul 13.10** membina hubungan saling percaya dan pendekatan terapeutik dengan **RS:** klien mengatakan senang bermain sepeda, bola dan berenang dan **RO:** tampak tersenyum dan merespon setiap pertanyaan. **Pukul 13.15** memonitor tanda-tanda ansietas dengan **RS :** ibu klien mengatakan cemas trombosit anaknya rendah, ibu mengatakan anak rewel pagi ini dan **RO:** Ibu tampak khawatir dan terlihat sedih karena keadaan anaknya. **Pukul 13.25** mengkaji tingkat pengetahuan keluarga klien tentang penyakit DBD dengan **RS :** keluarga klien mengatakan DBD disebabkan oleh nyamuk Aedes Aegypti dan **RO :** tampak keluarga bingung saat ditanya dan tampak antusias ingin tahu. **Pada pukul 14.00** memberikan obat ranitidin 25 mg melalui IV bolus

dan menjelaskan prosedur dengan pendekatan terapeutik **RS:** (-) dan **RO:** ranitidine 25 mg telah diberikan via IV bolus dan anak tidak menangis. Pukul 16.30 perawat ruangan memonitor tanda-tanda vital sambil memainkan permainan di handphone dengan **RS:** - dan **RO:** anak tidak menangis saat diperiksa dan anak terlihat menikmati permainan di handphone nya. **Pada pukul 05.00** perawat ruangan mengambil sampel darah dengan melakukan komunikasi terapeutik dan bekerja sama dengan ibu klien untuk mendampingi klien dengan **RS:-** dan **RO:** anak menangis, darah 3 cc telah diambil.

Evaluasi

Tanggal : 28 Februari 2019

Subjektif : keluarga klien mengatakan DBD disebabkan oleh virus dengue yang di bawa oleh nyamuk aedes aegypti betina, keluarga klien menyebutkan DBD disebarkan oleh nyamuk betina, keluarga klien menyebutkan tanda dan gejala dari DBD itu demam naik saat malam hari, ada nya perdarahan dan nilai trombosit di bawah normal, keluarga klien menyebutkan cara pencegahan

DBD itu dengan 3M plus yaitu menutup, menguras, menimbun dan memakai lotion dan kelambu, keluarga klien menyebutkan cara pertolongan pertama penderita DBD, yaitu penderita diberi minum yang banyak, penderita dikompres agar panasnya turun, penderita diberi obat penurun panas, ecepatnya penderita dibawa ke rumahsakit, puskesmas atau klinik. **Objektif :** Keluarga mampu menjelaskan pengertian dari DBD, keluarga mampu menjelaskan penyebab dari DBD. keluarga mampu menyebutkan 4 dari 6 tanda dan gejala dari DBD, keluarga mampu menyebutkan 3 dari 5 komplikasi dari DBD, keluarga mampu menyebutkan 5 dari 11 cara pencegahan dari DBD, keluarga mampu menyebutkan 3 dari 4 cara pertolongan pertama dari DBD, anak kooperatif, tampak tersenyum, tidak rewel dan menjawab setiap pertanyaan. **Analisa :** Tujuan tercapai masalah teratasi. **Perencanaan :** rencana tindakan dihentikan.

Daftar Pustaka

- Amin & Hardi. (2015). *Aplikasi asuhan keperawatan berdasarkan diagnosa medis dan Nanda Nic-Noc Edisi revisi jilid 2*. Yogyakarta: Media Action.
- Desmawati. 2013. *Sistem hematologi dan imunohematologi*. Jakarta.
- Doenges, M.E. (2012). *Rencana asuhan keperawatan*. Jakarta : EGC.
- Kementerian kesehatan RI. (2018). *Profil kesehatan Indonesia 2017*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Lestari, T. (2016). *Asuhan keperawatan anak*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Marni. (2016). *Asuhan keperawatan anak pada penyakit tropis*. Jakarta: Erlangga.
- Ngastiyah. (2014). *Perawatan anak sakit. Edisi 2*. Jakarta: EGC.
- Nursalam, Susilaningrum & Utami. (2013). *Asuhan keperawatan bayi dan anak. Edisi 1*. Jakarta: Salemba Medika.
- Suriadi, Y, R. (2010). *Buku pegangan praktis klinik asuhan keperawatan pada anak. Edisi 2*, Penerjemah Haryanto, EGC, Jakarta, hal 122.
- WHO. (2011). *World health statistics 2011*. Diakses tgl 9 Februari 2019. from World Health Organization:
https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2_11_Full.pdf. Pukul 23.00 WIB.
- WHO. (2014). *Dengue and severe dengue*. Diakses tgl 9 Februari 2019 pukul 23.00 WIB. dari World Health Organization:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/en/>.