

## Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Demam Berdarah Dengue: Sebuah Studi Kasus

Dian Haerani<sup>1</sup>, Siti Nurhayati<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Program Studi Diploma III Keperawatan, Akademi Keperawatan Pasar Rebo

<sup>2</sup>Departemen Keperawatan Anak, Akademi Keperawatan Pasar Rebo

Jl. Tanah Merdeka No. 16, 17, 18 Jakarta Timur

[dian.haerani98@gmail.com](mailto:dian.haerani98@gmail.com)

[Sitioffice19@gmail.com](mailto:Sitioffice19@gmail.com)

### Abstrak

Demam berdarah dengue (DBD), merupakan masalah kesehatan masyarakat cenderung mengalami peningkatan kejadian dan penyebarannya. DBD dapat menyebabkan berbagai komplikasi, yaitu kerusakan susunan sistem saraf pusat, kerusakan hati, resiko syok, kematian. Total sampel yang digunakan pada populasi target dalam penelitian ini adalah anak laki-laki berusia 14 tahun, agama Islam, suku bangsa Jawa, pendidikan Sekolah Menengah Pertama, bahasa yang digunakan Bahasa Indonesia. Dari penelitian ini didapatkan tiga diagnosa keperawatan utama yaitu resiko hipovolemia berhubungan dengan permeabilitas membran kapiler meningkat, resiko terjadinya perdarahan berhubungan dengan trombositopenia, hipertermia berhubungan dengan viremia. Dalam pembahasan pengkajian yang terdiri dari etiologi, manifestasi klinis, komplikasi, pemeriksaan diagnostik dan penatalaksanaan medis. Pada pengkajian faktor pendukung yaitu keluarga yang kooperatif dalam memberikan informasi penyakit klien, sedangkan kendala yang ditemukan yaitu saat dikaji anak kurang kooperatif, tidak peduli sehingga sulit didapatkan informasi langsung dari anak.

**Kata kunci :** demam berdarah dengue, asuhan keperawatan, anak

### Abstract

Dengue hemorrhagic fever (DHF), a public health problem, tends to experience an increase in its incidence and spread. DHF can cause various complications: damage of the central nervous and liver, risk of shock, death. The total sample used in the target population in this study was a boy 14 years old, Islam, Javanese ethnicity, junior high school education, Indonesian language. From this study, three main nursing diagnoses were obtained, namely the risk of hypovolemia associated with capillary membrane permeability increases, the risk of bleeding is associated with thrombocytopenia, hyperthermia is associated with viremia. In the discussion of the assessment consisting of etiology, clinical manifestations, complications, diagnostic tests and medical management. In the assessment of supporting factors, namely cooperative families in providing information, while the constraints found were when he were not cooperative, didn't care so it was difficult to get information directly.

**Keywords:** dengue hemorrhagic fever, nursing care, children.

## Pendahuluan

DBD merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di Indonesia yang semakin hari cenderung meningkat kejadian dan penyebarannya (Widoyono, 2011). Prevalensi penderita DBD berdasarkan data *World Health Organization* (WHO) adalah terdapat sekitar 2,5 milyar orang di dunia beresiko terinfeksi virus dengue terutama di daerah tropis maupun subtropis, dengan perkiraan 500.000 orang memerlukan rawat inap setiap tahunnya dan 90% dari penderitanya ialah anak – anak yang berusia kurang dari 15 tahun (WHO, 2011). Pada tahun 2013 dilaporkan terdapat sebanyak 235 juta kasus di Amerika (WHO, 2014). Di Negara dengan 2 musim, virus ini paling endemik. Di wilayah Asia, DBD banyak dijumpai di Cina Selatan, Pakistan, India, dan seluruh Kawasan Asia Tenggara (Widoyono, 2011).

Prevalensi penderita DBD di Indonesia pada tahun 2013 jumlah kabupaten atau kota di Indonesia yang terjangkit DBD sebanyak 412 kabupaten atau kota dan meningkat menjadi 433 kabupaten atau kota pada tahun 2014 (Kementerian kesehatan RI, 2015). Di DKI Jakarta pada tahun 2015 kasus DBD menurun menjadi 11.905 kasus, dan pada tahun

2016 kembali mengalami kenaikan yang signifikan menjadi 39.487 kasus (Dinkes DKI Jakarta, 2016). Pada tahun 2017 kasus DBD di DKI Jakarta berjumlah 3.350 kasus, dengan jumlah kematian sebanyak 1 orang. Angka kesakitan DBD yaitu 32,29 per 100.000 penduduk atau sebesar 0,03% (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Di wilayah Jawa Barat data kasus DBD pada tahun 2017 berjumlah 11.422, pada tahun 2018 berjumlah 11.458 dan pada tahun 2019 menurun menjadi 8.593 kasus. Sedangkan jika dilihat dari data kasus DBD pada bulan Juni 2019 kabupaten atau kota di Jawa Barat berdasarkan data yang tertinggi yaitu, Bandung sebanyak 1.783 kasus, Kab. Bogor sebanyak 825 kasus, Cirebon sebanyak 742 kasus, Cimahi sebanyak 613 kasus, Kota Bogor sebanyak 551 kasus, Sumedang sebanyak 548 kasus dan Bekasi sebanyak 480 kasus (Dinkes Provinsi Jawa Barat, 2019).

Kasus kematian DBD terbanyak dialami anak – anak. Kondisi ini disebabkan daya tahan tubuh anak yang belum sempurna. Perawatan DBD yang belum memadai dan gejala klinis yang memberat dapat berakibat gangguan pembuluh darah dan hati. Pasien dapat

mengalami perdarahan masif, syok hingga kematian (Hanifah, 2011).

Dengan melihat prevalensi dan akibat yang disebabkan dari penyakit DBD maka peran perawat sangatlah dibutuhkan dalam merawat penderita DBD. Peran perawat meliputi empat aspek, diantaranya peran promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Peran promotif yaitu dengan memberikan edukasi terkait pentingnya menerapkan Pola Hidup Bersih Sehat (PHBS) dan memberikan nutrisi sesuai kecukupan gizi anak. Menurut Kementerian kesehatan RI (2016) peran preventif adalah dengan menerapkan tentang tata laksana Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) 3M Plus dengan Gerakan satu rumah satu jumantik (Juru Pemantau Jentik) serta menjaga rumah agar tetap bersih dan rapi, hindari menggantung pakaian di dalam rumah dan rajin membersihkan tempat – tempat yang dapat menjadi genangan air. Peran kuratif, perawat dapat melakukan tindakan mandiri dan kolaboratif dalam pemberian asuhan keperawatan seperti memberi asupan nutrisi yang bergizi dan cairan yang adekuat, memantau tanda – tanda dehidrasi, memantau tanda – tanda perdarahan, menganjurkan tirah baring, memantau hasil trombosit, memantau tanda – tanda vital, memberikan cairan

parenteral sesuai indikasi dan memberikan obat antipiretik sesuai indikasi (Nursalam, 2013). Peran rehabilitatif perawat dapat menganjurkan untuk banyak beristirahat dan memotivasi kepada keluarga untuk berperilaku hidup bersih dan sehat.

### **Perumusan Masalah**

Dari identifikasi masalah tersebut, maka dapat disusun pertanyaan peneliti sebagai berikut “Bagaimana Asuhan Keperawatan pada An. A dengan Demam berdarah dengue (DBD) di ruang Anggrek RSUD dr. Chasbullah Abdulmadjid Kota Bekasi?”.

### **Tujuan Penelitian**

Tujuan penelitian ini adalah untuk memperoleh pengalaman secara nyata dalam pemberian asuhan keperawatan anak dengan masalah DBD.

### **Metode Penulisan**

#### **Desain Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif yang menguraikan tentang asuhan keperawatan yang diberikan kepada Anak dengan diagnosa medis Demam berdarah dengue (DBD) di ruang Anggrek RSUD dr. Chasbullah Abdulmadjid Kota Bekasi.

### **Pengertian**

Menurut Lestari (2016), Demam berdarah dengue (DBD) atau dengue haemorrhagic fever (DHF) adalah penyakit pada anak dan dewasa yang disebabkan oleh virus dengan manifestasi demam akut, perdarahan, nyeri otot dan sendi. Infeksi Dengue merupakan infeksi Arbovirus (*Arthropod Borne Virus*) akut yang ditularkan oleh nyamuk *Aedes Aegypti* atau oleh *Aedes Albopictus*. Demam berdarah dengue (DBD) atau dengue haemorrhagic fever (DHF), penyakit infeksi akibat virus dengue (arbovirus) yang menginvasi tubuh melalui gigitan nyamuk *Aedes Aegypti*.

Gejala DBD berupa demam, nyeri otot atau nyeri sendi yang disertai leucopenia, ruam, limfadenopati, trombositopenia dan diatesis hemoragik. Selanjutnya akan terjadi perembesan plasma yang ditandai dengan hemokonsentrasi (peningkatan hematokrit) atau penumpukan cairan dirongga tubuh. Bila kondisi ini terus berlangsung akan muncul Sindrom renjatan dengue (*dengue shock syndrome*) yaitu demam berdarah dengue yang ditandai oleh renjatan atau syok (Sudoyo, 2014; Suriadi, 2010).

### **Klasifikasi**

Menurut Suriadi (2010) dan WHO (2011), DBD diklasifikasikan menjadi empat, yaitu :

1. Derajat I : Demam dengan gejala nonspesifik, perdarahan spontan, uji tourniquet positif, trombositopenia, dan hemokonsentrasi.
2. Derajat II : Gejala pada derajat I diikuti perdarahan spontan dikulit atau perdarahan lain.
3. Derajat 3 : Ditemukan tanda kegagalan sirkulasi, berupa nadi cepat & lemah, tekanan darah menurun (<20 mmHg) dengan kulit dingin, lembab, dan iritabel
4. Derajat 4 : Renjatan syok berat, nadi sulit diraba serta tekanan darah sulit diukur

### **Etiologi**

Menurut Widoyono (2011) dan Suriadi (2010), DBD diakibatkan virus dengue dari kelompok *arthropod-borne virus*. Ada empat serotipe yaitu DEN-1, DEN-2, DEN-3, dan DEN-4, yang ditularkan melalui nyamuk *Aedes Aegypti*. Nyamuk ini berkembang biak di wilayah tropis dan bersarang pada genangan air. Semua tipe ada di Indonesia dan DEN-3 merupakan serotipe terbanyak. Infeksi akibat satu serotip akan menimbulkan antibodi yang terbentuk terhadap

serotipe yang sama, sehingga tidak dapat memberikan perlindungan yang memadai terhadap serotipe yang lain. Seseorang yang menetap di wilayah endemis dengue dapat terinfeksi oleh 3 atau 4 serotipe selama hidupnya. Keempat serotipe virus dengue dapat ditemukan diberbagai daerah di Indonesia (Sudoyo, 2014).

### **Patofisiologi**

Virus dengue yang telah masuk ke tubuh penderita akan menimbulkan viremia. Viremia memicu pengatur suhu di hipotalamus untuk melepaskan zat bradikinin, serotonin, trombin, histamin hingga peningkatan suhu. Selain itu viremia menyebabkan pelebaran pada dinding pembuluh darah yang membuat perpindahan cairan dan plasma dari intravascular ke interstitial sehingga muncullah hipovolemia. Penurunan trombosit terjadi akibat dari turunnya produksi trombosit akibat dari antibodi melawan virus (Murwani, 2011).

Selain itu Trombositopenia disebabkan oleh peningkatan destruksi trombosit. Etiologi dari kondisi ini tidak diketahui, namun diduga ada beberapa faktor pemicunya seperti adanya virus dengue, komponen aktif sistem komplemen, serta kerusakan sel endotel. Penyebab utama perdarahan pada DBD yaitu

Trombositopenia, gangguan fungsi trombosit serta kelainan sistem koagulasi (Ngastiyah, 2014).

Virus masuk ke tubuh melalui gigitan nyamuk aedes aegypti, timbullah viremia yang mengakibatkan penderita mengalami demam, sakit kepala, mual, nyeri otot atau pegal – pegal di seluruh tubuh. Selain itu muncul ruam atau bintik – bintik merah pada kulit, hiperemia tenggorokan atau mungkin terjadi pembesaran kelenjar getah bening, dan hati (hepatomegali).

Kemudian reaksi virus bersama antibodi membentuk kompleks virus antibody yang akan mengaktifasi sistem komplemen dalam sirkulasi. Kondisi ini akan mengaktifasi C3 dan C5 yang selanjutnya akan melepaskan C3a dan C5a hingga memicu histamin sebagai mediator kuat peningkatan permeabilitas dinding kapiler pembuluh darah. Dengan demikian timbul perpindahan plasma ke ruang ekstraseluler. Perembesan plasma ini menyebabkan kekurangan volume plasma, maka timbul hipotensi, hemokonsentrasi, hipoproteinemia, efusi serta renjatan (syok). Hemokonsentrasi (peningkatan hematokrit >20%) mengindikasikan adanya kebocoran (perembesan) plasma. Dengan demikian menjadi penting untuk memonitor nilai hematokrit

sebagai acuan pemberian cairan intravena (Nursalam, 2013).

Perembesan plasma ke ekstra vaskuler dibuktikan dengan adanya peningkatan cairan di rongga serosa (rongga peritonium, pleura, dan pericardium) melebihi pemberian cairan intravena. Oleh karena itu setelah kebocoran plasma teratasi, pemberian cairan intravena harus dikurangi untuk mencegah munculnya edema paru dan gagal jantung. Kondisi sebaliknya juga tidak boleh terjadi, jika tidak mendapat cukup cairan, pasien akan mengalami perburukan bahkan bisa terjadi renjatan. Renjatan atau hipovolemia yang berlangsung lama akan berakibat anoksia jaringan, asidosis metabolik dan kematian (Murwani, 2011).

### **Manifestasi Klinis**

Menurut Suriadi (2010), manifestasi klinis penderita DBD adalah demam tinggi selama 5 sampai 7 hari, perdarahan terutama dibawah kulit; ptekie, ekhimosis, hematoma, epitaksis, hematemesis, melena, hematuria, mual, muntah, tidak nafsu makan, diare, konstipasi, nyeri otot, tulang sendi, abdomen, ulu hati, sakit kepala, dan pembengkakan sekitar mata. Selain itu dapat pula terjadi hepatomegali, pembesaran limpa dan kelenjar getah

bening, hingga muncul tanda renjatan (sianosis, kulit lembab & dingin, hipotensi, agitasi, pengisian kapiler >2 detik, nadi cepat dan lemah).

### **Komplikasi**

Menurut Soedarto (2012), komplikasi DBD ada tujuh, yaitu komplikasi susunan sistem saraf pusat (SSP) yang dapat berbentuk konvulsi, kaku kuduk, perubahan kesadaran dan varises, ensefalopati yaitu komplikasi neurologik yang terjadi akibat pemberian cairan hipotonik yang berlebihan, infeksi, kerusakan hati, kerusakan otak, resiko syok, kematian.

### **Penatalaksanaan Medis**

Tatalaksana terapi anak yang mengalami DBD berupa terapi suportif dan simptomatik. Terapi suportif meliputi upaya penggantian cairan tubuh karena dehidrasi. Sedangkan terapi simptomatik ada beberapa jenis yang diberikan salah satunya adalah terapi antipiretik (Andriani, 2014).

### **Konsep Tumbuh Kembang Remaja**

#### **Pertumbuhan**

Menurut Kyle & Carman (2015), pada fase remaja awal (usia 11-14 tahun) karakteristik seks sekunder mulai tampak, seperti penonjolan payudara

pada remaja perempuan, pembesaran testis pada remaja laki – laki, pertumbuhan rambut ketiak, atau rambut pubis. Karakteristik seks sekunder ini terpenuhi lengkap ditahap remaja pertengahan (usia 14-17 tahun) serta remaja akhir (usia 17-20 tahun). Struktur dan pertumbuhan reproduktif hampir komplit dan remaja telah matang secara fisik.

### **Perkembangan**

Menurut Suriadi (2010), ada dua tahap perkembangan yaitu perkembangan kognisi dan perkembangan sosioemosional.

### **Dampak Hospitalisasi**

#### **Pengertian Hospitalisasi**

Menurut Mendri & Prayogi (2017), hospitalisasi merupakan keadaan yang mengharuskan anak tinggal di rumah sakit, menjalani terapi dan perawatan karena suatu alasan yang berencana maupun kondisi darurat. Tinggal di rumah sakit dapat menimbulkan stres bagi anak-anak, remaja, dan keluarga mereka.

#### **Dampak Hospitalisasi pada Anak**

Menurut Nursalam (2013), hospitalisasi anak akan mengakibatkan kecemasan serta stres di semua tingkat usia.

Kecemasan disebabkan oleh faktor petugas (perawat, dokter atau tenaga kesehatan lainnya), dan lingkungan (lingkungan baru maupun lingkungan keluarga pendamping perawatan). Meskipun dampak tersebut tidak dirasakan langsung oleh anak, namun secara psikologis anak merasakan perubahan perilaku orang tua selama mendampingi di RS. Akibatnya mempengaruhi proses penyembuhan karena anak semakin stres. Selain itu pasien mengalami kegoncangan jiwa dan mudah terserang penyakit lain, karena adanya penekanan sistem imun akibat stres. Anak akan merasa nyaman bersama dukungan sosial dari keluarga, lingkungan perawatan yang terapeutik, serta sikap perawat yang peduli dan hangat sehingga mampu mendorong proses pemulihan.

### **Asuhan Keperawatan**

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

Menurut Nursalam (2013) dan Suriadi (2010), pengkajian yang muncul pada pasien dengan Demam berdarah dengue (DBD) adalah : identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit yang pernah diderita, riwayat imunisasi, riwayat gizi, kondisi lingkungan, pola kebiasaan,

pemeriksaan fisik, sistem integumen, dan pemeriksaan diagnostik.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada pasien dengan DBD berdasarkan Nursalam (2013) dan Tim pokja SDKI DPP PPNI (2016), adalah:

1. Hipertemia berhubungan dengan proses penyakit (virus dalam darah/viremia).
2. Hipovolemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler.
3. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologi (keengganan untuk makan), anoreksia, intake inadecuata.
4. Resiko tinggi terjadinya perdarahan berhubungan dengan trombositopenia.
5. Resiko tinggi syok hipovolemik berhubungan dengan kurangnya volume cairan tubuh akibat perdarahan.
6. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.
7. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi informasi.

## 3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah tindakan keperawatan yang dipilih untuk membantu klien dalam mencapai hasil dan tujuan yang diharapkan (Doenges, Moorhouse & Geissler, 2012). Menurut Nursalam (2013) dan Tim pokja SIKI DPP PPNI (2018), perencanaan keperawatan pada kasus DBD yaitu:

- a. Diagnosa 1 : Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (virus dalam darah/viremia).

Kriteria hasil : Tanda – tanda vital dalam batas normal (suhu tubuh : 36,5 – 37,5°C, nadi : 80-100x/menit, tekanan darah : 110/70 – 120/80mmHg) dan anak tidak lemah.

Rencana tindakan:

- 1) Identifikasi penyebab hipertermi (mis. dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator)
- 2) Monitor suhu tubuh
- 3) Monitor haluaran urine
- 4) Monitor komplikasi akibat hipertermi
- 5) Sediakan lingkungan yang dingin
- 6) Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami

- hyperhidrosis (keringat berlebih)
- 7) Lakukan pendinginan eksternal (mis. selimut hipotermia atau kompres pada dahi, leher, dada, abdomen dan aksila)
  - 8) Anjurkan klien untuk tirah baring atau bedrest
  - 9) Kolaborasi : terapi obat sesuai indikasi
- b. Diagnosa 2 : Hipovolemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler.
- Kriteria hasil : Membran mukosa lembab, turgor kulit elastis, suhu normal (36,5-37,5°C), dan balance cairan seimbang.
- Rencana tindakan :
- 1) Kaji keadaan umum
  - 2) Awasi masukan, haluaran dan monitor intake output.
  - 3) Pantau TTV anak (TD, nadi, suhu) secara berkala.
  - 4) Observasi status hidrasi (mis. kulit kering, membran mukosa, turgor kulit) dan pengisian kapiler
  - 5) Anjurkan klien banyak minum
  - 6) Kolaborasi : pantau hasil laboratorium (Hematokrit)
- 7) Kolaborasi : terapi cairan parenteral sesuai program
- c. Diagnosa 3 : Devisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan), anoreksia, intake in adekuat.
- Kriteria hasil : Berat badan stabil dalam batas normal, tidak ada mual dan muntah, nafsu makan meningkat, makan habis 1 porsi, dan hb dalam batas normal (13,0-17,5 g/dL).
- Rencana tindakan :
- 1) Kaji pola makan klien
  - 2) Kaji makanan kesukaan klien
  - 3) Kaji adanya mual dan muntah
  - 4) Anjurkan pada keluarga memberi makan sedikit namun sering.
  - 5) Timbang berat badan 2 hari sekali
  - 6) Kolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian diit yang tepat.
  - 7) Kolaborasi terkait hasil laboratorium terutama hemoglobin
  - 8) Kolaborasi dengan dokter terkait pemberian obat anti mual sesuai indikasi

d. Diagnosa 4 : Resiko tinggi terjadinya perdarahan berhubungan dengan trombositopenia.

Kriteria hasil : Tanda-tanda vital dalam batas normal, jumlah trombosit klien meningkat, dan tidak terjadi epitaksis, melena, dan hematemesis.

Rencana tindakan:

- 1) Monitor tanda – tanda perdarahan
- 2) Monitor tanda – tanda vital
- 3) Anjurkan klien untuk banyak istirahat
- 4) Anjurkan klien untuk meningkatkan cairan dan nutrisi
- 5) Berikan penjelasan pada keluarga untuk segera melaporkan jika
- 6) ada tanda – tanda perdarahan.
- 7) Kolaborasi : pantau hasil pemeriksaan laboratorium terutama
- 8) trombosit, hematokrit dan hemoglobin.

e. Diagnosa 5 : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

Kriteria hasil : Keadaan umum membaik, kebutuhan sehari-hari terpenuhi seperti : makan,

minum, dan personal hygiene (mandi, menggosok gigi, dan keramas).

Rencana tindakan :

- 1) Kaji kebutuhan klien.
- 2) Kaji hal-hal yang mampu dilakukan klien berhubungan dengan kelemahan fisiknya.
- 3) Berikan lingkungan yang tenang dan batasi pengunjung.
- 4) Bantu klien memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-hari klien sesuai tingkat keterbatasan klien seperti mandi, makan, dan eliminasi.
- 5) Pantau tanda – tanda vital klien

f. Diagnosa 6 : Resiko tinggi syok hipovolemik berhubungan dengan kurangnya volume cairan tubuh akibat perdarahan.

Kriteria hasil : Tanda-tanda vital dalam batas normal, keadaan umum baik, dan syok hipovolemik tidak terjadi.

Rencana tindakan :

- 1) Monitor keadaan umum klien.
- 2) Observasi tanda-tanda vital.
- 3) Monitor tanda-tanda perdarahan.

- 4) Anjurkan keluarga/klien untuk segera melapor jika ada tanda-tanda perdarahan.
  - 5) Segera puasakan jika terjadi perdarahan saluran pencernaan.
  - 6) Perhatikan keluhan klien seperti pusing, lemah, ekstremitas dingin, sesak nafas.
  - 7) Kolaborasi berikan terapi cairan intravena jika terjadi perdarahan.
  - 8) Kolaborasi terkait monitor Hb, Ht, Trombosit
  - 9) Berikan transfusi sesuai instruksi dokter.
- 2) Kaji latar belakang pendidikan klien dan keluarga.
  - 3) Jelaskan tentang proses penyakit, diet, perawatan, obat-obatan pada klien dengan bahasa yang mudah dimengerti.
  - 4) Berikan kesempatan pada klien/keluarga untuk bertanya sesuai dengan penyakit yang dialami.
  - 5) Gunakan leaflet atau gambar-gambar dalam bentuk penjelasan.

g. **Diagnosa 7** : Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

**Kriteria hasil** : Pengetahuan klien atau keluarga tentang proses penyakit, diet, perawatan dan obat penderita DBD meningkat, klien atau keluarga mampu menjelaskan kembali.

**Rencana tindakan** :

- 1) Kaji tingkat pengetahuan klien/keluarga tentang penyakit DHF.

#### **4. Pelaksanaan Keperawatan**

Menurut Koziar, Erb, Berman & Snyder (2011), pelaksanaan keperawatan adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap ini disebut juga tahap implementasi yang dimulai dengan menyusun rencana tindakan, lalu dilakukan sesuai perencanaan. Hal ini perlu untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan (meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, memulihkan kesehatan serta memfasilitasi coping).

## 5. Evaluasi Keperawatan

Menurut Koziar, Erb, Berman & Snyder (2011), evaluasi merupakan fase akhir dari proses keperawatan, meliputi aktivitas yang direncanakan, berkelanjutan dan terarah. Evaluasi menjadi penting dalam asuhan keperawatan mengingat kesimpulan yang ditarik dari evaluasi akan menentukan keberlanjutan dari perencanaan: apakah perlu dimodifikasi, diakhiri, atau bahkan dilanjutkan.

## TINJAUAN KASUS

### Pengkajian Keperawatan

#### 1. Identitas klien

Nama klien An. A, nama panggilan Alif (14 tahun) jenis kelamin laki-laki, lahir di Bekasi, 24 April 2005, agama Islam, suku bangsa Jawa, bahasa yang digunakan adalah bahasa Indonesia dan pendidikan Sekolah Menengah Pertama.

Nama Ibu klien Ny. T (36 tahun), pendidikan terakhir SMA, pekerjaan ibu rumah tangga, agama Islam, suku bangsa Jawa. Nama ayah klien Tn. B (40 tahun), pendidikan terakhir SMA, pekerjaan karyawan swasta, agama Islam, suku bangsa Jawa. Klien dan orang tua tinggal di Jalan

Beringin II RT 03 RW 003 Kranji Bekasi Barat 17135.

#### 2. Resume

An. A (14 tahun) klien datang ke IGD RSUD Bekasi pada tanggal 11 Maret 2020 pukul 10.00 WIB dengan keluhan demam tinggi sejak hari Minggu pada tanggal 8 Maret 2020 (demam hari ke 1) dan mual. Klien tidak mimisan, tidak memiliki gusi berdarah, BAB dan BAK tidak ada keluhan. Diagnosa medis yang muncul adalah DHF (DBD Derajat I). Saat di IGD, telah dilakukan tindakan keperawatan seperti observasi keadaan umum, observasi tanda – tanda vital dengan hasil kesadaran compos mentis, nadi 95x/menit, respirasi 20x/menit, suhu tubuh 37,8°C. Sedangkan tindakan kolaborasi seperti pemasangan infus RL 500 cc, pemberian Paracetamol tablet 500 mg dan pemeriksaan laboratorium dengan hasil hematologi darah rutin DHF, yaitu Leukosit 9,9 ribu/uL (5-10) ribu/uL, Hemoglobin 12,0 g/dL (13-17,5) g/dL, Hematokrit 35,2% (40-54)%, Trombosit 136 ribu/uL (150-400) ribu/uL. Lalu pada pukul 16.27 WIB klien dikirim ke ruang rawat anak Angrek RSUD Bekasi. Saat di

ruangan, masalah keperawatan yang muncul adalah resiko tinggi hipertermi dan telah dilakukan tindakan keperawatan seperti observasi keadaan umum, observasi tanda – tanda vital dengan hasil kesadaran compos mentis, nadi 100x/menit, respirasi 22x/menit, suhu tubuh 36,8°C. Sedangkan tindakan kolaborasi yang dilakukan seperti pemberian cairan RL 20 tetes permenit (tpm), dan pemberian obat Paracetamol 3 x ¾ tablet, Ondancetron 3 x 3 mg. Sampai pada saat dilakukan pengkajian tanggal 11 Maret 2020 pukul 19.00 WIB klien masih dalam keadaan lemah.

### **Prosedur dan Pengumpulan Data**

Pengumpulan data dilakukan dengan mengumpulkan data dengan wawancara langsung pada klien, observasi dari pemeriksaan fisik secara langsung kepada klien, hasil pemeriksaan diagnostik dan data-data yang dikumpulkan. Sehingga penulis mendapatkan data subjektif dan data objektif.

### **Pengolahan dan Data Fokus**

Pengolahan data dilakukan dengan tahapan sebagai berikut:

#### **Data Subjektif**

Ibu An. A mengatakan anak demam sejak hari minggu ( $\pm$  4 hari), Ayah mengatakan badan anaknya terasa hangat, Ibu mengatakan khawatir akan kondisi anaknya, Ayah mengatakan tidak mengetahui penyebab anaknya sakit, Ayah mengatakan tidak mengetahui penyebab anaknya sakit, Ibu mengatakan anaknya susah makan, Ibu mengatakan anaknya malas minum, Ibu mengatakan anak hanya minum kurang lebih 1000 ml/ 24 jam, Ayah mengatakan anaknya makan hanya sedikit, An. A mengatakan nafsu makannya menurun, An. A mengatakan agak mual, An. A mengatakan lemas, An. A mengatakan pusing, dan Ayah mengatakan anaknya tidak bisa sekolah karena dirawat di rumah sakit.

#### **Data Objektif**

Ibu tampak bingung dan khawatir, anak tampak lemah, suhu tubuh : 37,8°C, nadi 110x/menit, indeks massa tubuh (IMT) : 16,23, kulit teraba hangat, membran mukosa kering, turgor kulit tidak elastis, konjungtiva anemis, makan habis ¼ porsi, trombosit 136 ribu/uL, hematokrit 35,2%, hemoglobin 12,0 g/dL, tes tourniquet : terdapat sedikit bintik pada lengan kanan, terpasang infus RL 20 tpm ditangan kiri.

## **Hasil Penelitian dan Pembahasan**

### **Hasil Penelitian**

Hasil analisis penelitian yang dilaksanakan pada tanggal 9 – 14 Maret 2020 adalah sebagai berikut : resiko hipovolemia berhubungan dengan permeabilitas membran kapiler meningkat, resiko terjadinya perdarahan berhubungan dengan trombositopenia, hipertermia berhubungan dengan viremia, defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan), resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif, ansietas berhubungan dengan dampak hospitalisasi.

### **Pembahasan**

#### **Pengkajian**

Pembahasan pengkajian meliputi etiologi, manifestasi klinik, komplikasi, pemeriksaan diagnostik dan penatalaksanaan medis. Dari hasil pengkajian etiologi DBD pada teori sama dengan etiologi pada kasus yaitu, disebabkan oleh virus dengue yang ditularkan melalui nyamuk *Aedes Aegypti*. Manifestasi klinik yang ada pada kasus sudah sesuai dengan teori yaitu demam tinggi selama 5 – 7 hari, mual, tidak nafsu makan. Seluruh

komplikasi yang terdapat pada teori tidak ditemukan pada kasus. Pada kasus pemeriksaan diagnostik yang sudah sesuai dengan teori, yaitu pemeriksaan laboratorium hemoglobin, hematokrit, trombosit dan leukopenia. Penatalaksanaan medis yang telah diberikan dan sesuai dengan teori, yaitu terapi suportif berupa pergantian cairan intravena, terapi simptomatik berupa terapi antipiretik, pemberian makanan lunak, dan tirah baring.

#### **Diagnosa Keperawatan**

Dalam tinjauan teori ada 7 (tujuh) diagnosa keperawatan, 5 (lima) diantaranya sudah sesuai dan muncul pada kasus, yaitu resiko hipovolemia berhubungan dengan permeabilitas membran kapiler meningkat, resiko terjadinya perdarahan berhubungan dengan trombositopenia, hipertermia berhubungan dengan viremia, defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan), ansietas berhubungan dengan dampak hospitalisasi. Diagnosa keperawatan yang ada pada teori tetapi tidak muncul pada kasus adalah resiko tinggi syok hipovolemik berhubungan dengan kurangnya volume cairan tubuh akibat perdarahan, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, defisit

pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Pada diagnosa keperawatan resiko hipovolemia berhubungan dengan permeabilitas membran kapiler meningkat ditegakkan karena virus dengue yang masuk ke tubuh penderita akan menimbulkan viremia yang menyebabkan pelebaran pada dinding pembuluh darah dan akan menyebabkan perpindahan cairan dan plasma dari intravascular ke interstitial atau ekstra seluler yang dapat menyebabkan hipovolemia, hal ini dibuktikan dengan adanya peningkatan produksi urine pada kasus an.A. Pada diagnosa keperawatan resiko terjadinya perdarahan berhubungan dengan trombositopenia ditegakkan karena melihat sifat virus dengue yang dapat mengakibatkan penurunan produksi trombosit sebagai reaksi dari antibodi melawan virus dan berbahaya bila terjadi perdarahan, hal ini dibuktikan dengan adanya trombositopenia pada kasus an.A.

Pada diagnosa keperawatan hipertermia berhubungan dengan viremia ditegakkan karena virus dengue yang telah masuk ke tubuh penderita akan menimbulkan viremia. Hal tersebut akan menimbulkan reaksi oleh pusat pengatur suhu di hipotalamus sehingga menyebabkan (pelepasan zat bradikinin, serotonin,

trombin, histamin) dan menyebabkan terjadinya demam, hal ini dibuktikan dengan adanya peningkatan suhu pada kasus an.A. Pada diagnosa keperawatan defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan) ditegakkan karena virus dengue yang telah masuk ke tubuh penderita akan menimbulkan viremia yang mengakibatkan penderita mengalami mual dan dapat menyebabkan terjadinya nutrisi yang tidak adekuat, hal ini dibuktikan dengan adanya keluhan mual dan hilang nafsu makan pada kasus an.A. Pada diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan dampak hospitalisasi ditegakkan karena menurut konsep hospitalisasi, tinggal di rumah sakit dapat menimbulkan stres bagi anak-anak, remaja, dan keluarga mereka, hal ini dibuktikan dengan timbulnya kekhawatiran orang tua pada kasus an.A. Pada diagnosa keperawatan resiko tinggi syok hipovolemik berhubungan dengan kurangnya volume cairan tubuh akibat perdarahan tidak muncul pada kasus karena data kurang mendukung dibuktikan dengan tanda – tanda vital klien yang masih dalam batas normal serta tidak ditemukan tanda – tanda perdarahan berlebih seperti ptekie, ekhimosis, hematoma, epitaksis, hematemesis, melena, hematuria. Pada

diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan tidak muncul pada kasus karena data kurang mendukung dibuktikan dengan klien mengatakan masih mampu berjalan normal serta tidak ditemukan tanda – tanda seperti perubahan tekanan darah drastis, denyut jantung lemah atau meningkat, dan sianosis serta sesak. Pada diagnosa keperawatan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi tidak muncul pada kasus karena data yang kurang mendukung dibuktikan dengan pendidikan orang tua yang tidak rendah. Diagnosa keperawatan yang tidak terdapat pada teori tetapi muncul pada kasus, yaitu resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif dibuktikan dengan saat dikaji klien terpasang infus pada tangan kiri.

### **Pelaksanaan Keperawatan**

Pelaksanaan keperawatan adalah tindakan nyata dari intervensi keperawatan yang telah disusun untuk mencapai tujuan dan hasil yang diharapkan dari asuhan. Pada diagnosa resiko hipovolemia berhubungan dengan permeabilitas membran kapiler meningkat; resiko terjadinya perdarahan berhubungan dengan trombotopenia;

pelaksanaan yang dilakukan sudah sesuai dengan perencanaan yang telah disusun, sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

Pada tahap pelaksanaan keperawatan hipertermia berhubungan dengan viremia terdapat intervensi yang tidak dilakukan yaitu melakukan pendinginan eksternal (mis. selimut hipotermia atau kompres pada dahi, leher, dada, abdomen dan aksila) dan mengganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih). Pada tahap pelaksanaan keperawatan defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan) terdapat intervensi yang tidak dilakukan yaitu menimbang berat badan 2 hari sekali dan kolaborasi dengan ahli gizi terkait diet yang tepat. Pada tahap pelaksanaan keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif terdapat intervensi yang tidak dilakukan yaitu kolaborasi : memberikan obat antibiotik. Pada tahap pelaksanaan keperawatan ansietas berhubungan dengan dampak hospitalisasi terdapat intervensi yang tidak dilakukan yaitu memonitor tanda – tanda vital terkait kecemasan dan mengajarkan teknik relaksasi pengendalian diri.

### Evaluasi Keperawatan

Pada tahap evaluasi keperawatan terdapat 3 (tiga) diagnosa keperawatan yang sudah teratasi yaitu resiko terjadinya perdarahan berhubungan dengan trombositopenia, hipertermia berhubungan dengan viremia, ansietas berhubungan dengan dampak hospitalisasi. Sedangkan terdapat 3 (tiga) diagnosa keperawatan yang belum teratasi yaitu, resiko hipovolemia berhubungan dengan permeabilitas membran kapiler meningkat, defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan), resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.

### Simpulan

Dari hasil pengkajian keperawatan, kasus DBD yang dialami klien disebabkan oleh virus dengue yang ditularkan melalui nyamuk *Aedes Aegypti*. Manifestasi klinik yang terdapat pada teori namun tidak ditemukan pada kasus, yaitu perdarahan terutama dibawah kulit yaitu ptekie, ekhimosis, hematoma, epitaksis, hematemesis, melena, hematuria, diare, konstipasi, pembengkakan sekitar mata, pembesaran hati, limpa, dan kelenjar getah bening, dan tanda renjatan (sianosis, kulit lembab dan dingin,

tekanan darah menurun, gelisah, capillary refill lebih dari dua detik, nadi cepat dan lemah). Seluruh komplikasi yang terdapat pada teori tidak ditemukan pada kasus. Pemeriksaan penunjang yang terdapat pada teori namun tidak ditemukan pada kasus, yaitu pemeriksaan IgG dengue positif, pemeriksaan kimia darah, urine, AGD dan SGOT/SGPT. Penatalaksanaan medis yang terdapat pada teori sudah sesuai dengan kasus sehingga tidak terjadi kesenjangan.

### Daftar Pustaka

- Adriana. (2013). *Tumbuh kembang dan terapi bermain pada anak*. Jakarta : Salemba Medika.
- Dinas Kesehatan DKI Jakarta. (2016). *Standar penanggulangan demam berdarah dengue*. Jakarta.
- Doengoes, M.E. (2012). *Rencana asuhan keperawatan*. Jakarta : EGC.
- Kementerian Kesehatan RI. (2015). *Profil kesehatan Indonesia 2014*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Profil kesehatan Indonesia 2017*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI.
- Kyle, T., & Carman, S. (2015). *Buku ajar keperawatan pediatri*. (penerjemah : Devi Yulianti). Jakarta : EGC.
- Kozier, Erb, Berman, & Snyder. (2011). *Buku ajar fundamental keperawatan : konsep, proses, dan praktik*. Edisi 7 Volume 1. Jakarta : EGC.

- Lestari, T. (2016). *Asuhan keperawatan anak*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Mendri, Prayogi. (2017). *Asuhan keperawatan pada anak sakit & bayi resiko tinggi*. Yogyakarta : Pustaka Baru Press.
- Murwani, A. (2011). *Perawatan Pasien Penyakit Dalam*. Yogyakarta: GoshyenPublishing
- Ngastiyah. (2014). *Perawatan anak sakit*. Edisi 2. Jakarta : EGC.
- Nursalam. (2013). *Managemen keperawatan : aplikasi dalam praktek keperawatan profesional*. Edisi 3. Jakarta : Salemba Medika.
- Soedarto. (2012). *Demam berdarah dengue dengue haemorrhagic fever*. Jakarta : Sugeng Seto.
- Sudoyo, A, W. (2014). *Buku ajar ilmu penyakit dalam. Jilid I Edisi VI*. Jakarta : Interna Publishing.
- Suriadi, Y, R. (2010). *Buku pegangan praktis klinik asuhan keperawatan pada anak*. Edisi 2, (Penerjemah Haryanto). Jakarta : EGC.
- Tim pokja SDKI DPP PPNI. (2016). *Standar diagnosis keperawatan Indonesia*. Jakarta : Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar intervensi keperawatan Indonesia*. Jakarta : Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Widoyono. (2011). *Penyakit tropis epidemiologi, penularan, pencegahan, dan pemberantasannya*. Edisi 2. Jakarta: Penerbit Erlangga
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat. (2019). *Kasus DBD mulai tahun 2017 s.d bulan Juni 2019 di Jawa Barat*. Diakses tanggal 15 April 2020 pukul 11.20, dari <http://diskes.jabarprov.go.id/index.php/pages/detailparent/2019/320/Kasus-DBD-Mulai-Tahun-2017-SD-Bulan-Juni-2019-Di-Jawa-Barat>
- Hanifah. (2011). *Komplikasi dan pencegahan demam berdarah dengue*. Diakses tanggal 19 Maret 2020 pukul 03.29, dari <http://dokterrizy.blogspot.com/2011/04/komplikasi-dan-pencegahan-demam.html>.
- Kementerian Kesehatan RI. (2016). *Kemenkes keluarkan surat edaran pemberantasan sarang nyamuk dengan 3M Plus dan Gerakan 1 Rumah 1 Jumantik*. Diakses tanggal 19 Maret 2020 pukul 03.29, dari <http://www.depkes.go.id/article/view/16121400002/kemenkes-keluarkansurat-edaran-pemberantasan-sarang-nyamuk-dengan-3m-plus-dan-gerakan-1-rumah-1-jum.html>.
- WHO. (2011). *World health statistics 2011*. Diakses tanggal 19 Maret 2020 pukul 03.29 WIB, dari World Health Organization : [https://www.who.int/gho/publications/world-health-statistics/EN\\_WHS211\\_Full.pdf](https://www.who.int/gho/publications/world-health-statistics/EN_WHS211_Full.pdf).
- WHO. (2014). *Dengue and severe dengue*. Diakses tanggal 19 Maret 2020 pukul 03.29 WIB, dari World Health Organization : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/en/>.