

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Anak merupakan sebagian individu yang unik dan mempunyai kebutuhan sesuai dengan tahap perkembangannya, kebutuhan tersebut dapat meliputi kebutuhan fisiologis seperti nutrisi dan cairan, aktifitas dan eliminasi, istirahat tidur dan lain-lain, anak juga individu yang membutuhkan kebutuhan psikologis sosial dan spiritual. Anak merupakan individu yang berada dalam satu rentang perubahan perkembangan yang dimulai dari bayi hingga remaja (Jing & Ming 2019).

Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) adalah penyakit yang menyerang anak dan orang dewasa yang disebabkan oleh virus dengan manifestasi berupa demam akut, perdarahan, nyeri otot dan sendi. Dengue adalah suatu infeksi *Arbovirus* (Artropod Born Virus) yang akut ditularkan oleh nyamuk *Aedes Aegypti* atau oleh *Aedes Aebopictus* (Wijayaningsih, 2017). *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF) menular melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti*. DHF merupakan penyakit berbasis vektor yang menjadi penyebab kematian utama di banyak negara tropis. Penyakit DHF bersifat endemis, sering menyerang masyarakat dalam bentuk wabah dan disertai dengan angka kematian yang cukup tinggi, khususnya pada mereka yang berusia dibawah 15 tahun (Hermawan, 2018).

Menurut data (WHO 2016) *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF) adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh satu dari 4 virus *dengue* berbeda dan ditularkan melalui nyamuk terutama *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*

yang ditemukan di daerah tropis dan subtropis di antaranya kepulauan di Indonesia hingga bagian utara Australia.

Menurut data WHO, Asia Pasifik menanggung 75 persen dari beban *dengue*, sementara Indonesia dilaporkan sebagai negara ke-2 dengan kasus DHF terbesar diantara 30 negara wilayah endemis. Kasus DHF yang terjadi di Indonesia dengan jumlah kasus 68.407 tahun 2017 mengalami penurunan yang signifikan dari tahun 2016 sebanyak 204.171 kasus (WHO 2018). Saat ini bukan hanya terjadi peningkatan jumlah kasus DHF, tetapi penyebaran di luar daerah tropis dan subtropis, Setidaknya 500.000 penderita DHF memerlukan rawat inap setiap tahunnya, dimana proporsi penderita sebagian besar adalah anak-anak dan 2,5% di antaranya dilaporkan meninggal dunia. *Morbiditas* dan *mortalitas* DHF bervariasi dan dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain status imun, kondisi vector nyamuk, transmisi virus *dengue*, virulensi virus, dan kondisi geografi setempat (Kemenkes RI 2018).

Berdasarkan data dari Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, Kementerian Kesehatan (Kemenkes) RI disebutkan distribusi penyakit suspek DHF sejak minggu pertama 2018 hingga akhir bulan Desember 2018 tertinggi ada di Jawa Timur dengan jumlah suspek DHF 700 orang, diikuti Jawa Tengah 512 orang dan Jawa Barat 401 orang. Peningkatan kasus DHF terjadi di beberapa daerah seperti Kabupaten Kuala Kapuas Provinsi Kalimantan Tengah, Kabupaten Manggarai Barat Provinsi NTT, Sulawesi Utara, dan daerah lainnya di Indonesia (Kemenkes RI 2018). Secara nasional, jumlah kasus hingga tanggal 3 Februari 2019 adalah

sebanyak 16.692 kasus dengan 169 orang meninggal dunia. Kasus terbanyak ada di wilayah Jawa Timur, Jawa Tengah, NTT, dan Kupang. Data sebelumnya pada 29 Januari 2019, jumlah kasus DHF mencapai 13.683 dengan jumlah meninggal dunia 133 jiwa (Kemenkes RI 2019).

Menurut (Kularatne, 2010) penyebab kematian adalah hipertermi di negara berkembang termasuk di Indonesia yang dalam urutan ke dua, yang mendapatkan urutan pertama yaitu benua Amerika. Jika di dibandingkan tahun 2018, jumlah kasus DHF paling utama adalah hipertermi kemudian disusul resiko perdarahan. Pravelensi data yang dilaporkan Rumah Sakit Umum Daerah Blambangan Kabupaten Banyuwangi kasus DHF pada tanggal 12 November 2020 sampai November 2021 terdapat 72 anak dan hampir 80% mengalami masalah keperawatan hipertermi (Rekam Medis RSUD BLAMBANGAN).

Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) adalah penyakit yang menyerang anak dan orang dewasa yang disebabkan oleh virus dengan manifestasi berupa demam akut, perdarahan, nyeri otot dan sendi. Dengue adalah suatu infeksi *Arbovirus* (Artropod Born Virus) yang akut ditularkan oleh nyamuk *Aedes Aegypti* atau oleh *Aedes Aebopictus* (Wijayaningsih, 2017). Nyamuk *aedes aegypti* yang terinfeksi virus bisa masuk ke tubuh dan menyebabkan tubuh seseorang menjadi lemah, setelah masuk ke dalam tubuh seseorang, virus akan memperbanyak diri di dalam kelenjar limfe badan. Sesudah jumlah virus cukup untuk menyebabkan terjadi gejala, penderita akan menunjukkan gejala klinis yang terjadi disekitar 4-6 hari sesudah masuknya virus. Setelah itu terjadi respon anti bodi yang menimbulkan kompleks

antigen antibodi, kemudian badan menjadi panas akibat toksin tersebut hipotalamus tidak bisa terkontrol yang akhirnya menjadi panas tinggi dan demam. Demam yang tidak segera diatasi akan menyebabkan kejang demam, dehidrasi, dan gangguan tumbuh kembang pada anak. Munculnya penyakit ini berkaitan dengan kondisi lingkungan dan perilaku masyarakat (Kemenkes,RI,2016).

Faktor penyebab DHF pada umumnya sangat dipengaruhi oleh lingkungan dan perilaku manusia. Mulai dari perilaku tidak menguras bak, membiarkan genangan air di sekitar tempat tinggal. Belum lagi saat ini telah masuk musim hujan dengan potensi penyebaran DHF lebih tinggi. Penderita DHF umumnya terkena demam tinggi dan mengalami penurunan jumlah trombosit secara drastis yang dapat membahayakan jiwa. Inilah yang membuat orangtua terkadang menganggap remeh. Sehingga hanya diberikan obat dan menunggu hingga beberapa hari sebelum dibawa ke dokter atau puskesmas. Kondisi ini tentu bisa parah bila pasien terlambat dirujuk dan tidak dapat tertangani dengan cepat (Wang et al. 2019).

Sebagian pasien DHF yang tidak tertangani dapat mengalami *Dengue Syok Syndrome* (DSS) yang dapat menyebabkan kematian. Hal ini dikarenakan pasien mengalami hipovolemi atau defisit volume cairan akibat meningkatnya permeabilitas kapiler pembuluh darah sehingga darah menuju luar pembuluh. Saat ini angka kejadian DHF di rumah sakit semakin meningkat, tidak hanya pada kasus anak, tetapi pada remaja dan juga dewasa (Pare et al. 2020).

Hipertermi merupakan suhu tubuh meningkat diatas rentan normal tubuh. Penyebab terjadinya hipertermia seperti dehidrasi, terpapar lingkungan panas, proses penyakit, ketidak sesuaian pakaian dengan suhu lingkungan, peningkatan laju metabolisme, respon trauma, aktivitas berlebihan, penggunaan incubator. Tanda dan gejala hipertermia dibagi menjadi 2 yaitu tanda mayor dan tanda minor, tanda mayor objektif seperti suhu tubuh diatas nilai normal dan tanda minor objektif seperti kulit merah, kejang, takikardi, takipnea, kulit terasa hangat. (SDKI DPP PPNI 2017)

Program kegiatan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) dengan cara 3M Plus diperlukan peran perawat sebagai edukator untuk melakukan upaya tersebut melalui upaya *promotive* dan perawat harus memiliki ketrampilan dan pengetahuan yang cukup dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan masalah keperawatan DHF di rumah sakit. Ketrampilan yang sangat dibutuhkan adalah kemampuan untuk mengidentifikasi tanda-tanda syok dan kecepatan dalam menangani pasien yang mengalami *Dengue Syok Syndrome* (DSS). Selain itu ditambah dengan perilaku hidup bersih dan sehat, memberantas jentik nyamuk di rumah dan sebisa mungkin menghindari gigitan nyamuk seperti tidur dengan memasang selambu, menggunakan lotion pengusir nyamuk, dan menanam tanaman pengusir nyamuk (Kemenkes RI 2018).

Jika tidak ditangani dengan baik maka hipertermi bisa berkembang menjadi kondisi yang mematikan, adapun cara untuk mengatasi masalah keperawatan hipertermi dengan cara : mendingan suhu tubuh, hal ini bisa dilakukan dengan cara berhentian dari tempat yang panas ke tempat yang

lebih sejuk atau dingin, selain itu mendinginkan bisa dilakukan dirumah. Menganjurkan untuk memperbanyak minum air putih untuk menggantikan cairan yang hilang dan mengatasi dehidrasi (PPNI, 2018). Upaya intervensi siki (Standrat Intevensi Keperawatan Indonesia) adalah menejemen hipertemi yang terdiri dari memonitor TTV, memberikan cairan oral, melakukan pendinginan eksternal, dan menganjurkan tirah baring. Berdasarkan dengan uraian diatas maka peneliti tertarik untuk melakukan studi kasus *literature review* penelitian tentang “Asuhan Keperawatan pada Klien Anak dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) yang di Rawat di Rumah Sakit”.

1.2 Batasan Masalah

Masalah pada studi kasus ini dibatasi pada Asuhan Keperawatan anak yang mengalami DHF dengan masalah keperawatan Hipertermi di RSUD Blambangan Banyuwangi Tahun 2022.

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka masalah keperawatan pada studi kasus ini di batasi pada asuhan keperawatan pada klien DHF dengan diagnosa keperawatan hipertermi di ruang anak RSUD Blambangan Banyuwangi 2022.

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Melaksanakan Asuhan Keperawatan pada anak yang mengalami DHF dengan masalah keperawatan Hipertermi di RSUD Blambangan Banyuwangi Tahun 2022.

1.4.2 Tujuan Khusus

- 1) Melakukan pengkajian keperawatan pada anak yang mengalami DHF dengan masalah keperawatan Hipertermi di RSUD Blambangan Banyuwangi Tahun 2022.
- 2) Menetapkan diagnosis keperawatan pada anak yang mengalami DHF dengan masalah keperawatan Hipertermi di RSUD Blambangan Banyuwangi tahun 2022.
- 3) Menyusun perencanaan keperawatan pada anak yang mengalami DHF dengan masalah keperawatan Hipertermi di RSUD Blambangan Banyuwangi Tahun 2022.
- 4) Melaksanakan tindakan keperawatan pada anak yang mengalami DHF dengan masalah keperawatan Hipertermi di RSUD Blambangan Banyuwangi Tahun 2022.
- 5) Melakukan evaluasi pada anak yang mengalami DHF dengan masalah keperawatan Hipertermi di RSUD Blambangan Banyuwangi Tahun 2022.

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Teoritis

Studi kasus ini diharapkan dapat memberikan informasi mengenai Asuhan Keperawatan Anak yang mengalami DHF dengan masalah keperawatan Hipertermi, sehingga bisa dikembangkan dan dijadikan dasar ilmu dalam melakukan asuhan keperawatan.

1.5.2 Manfaat Praktis

1) Bagi perawat

Studi kasus ini diharapkan dapat sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dalam hal mengkaji pasien yang mengalami DHF dengan masalah keperawatan Hipertermi dan menentukan asuhan keperawatan yang tepat.

2) Bagi Rumah Sakit

Studi kasus ini dapat menjadikan bahan referensi bagi pihak RSUD Blambangan banyuwangi dalam melaksanakan tindakan keperawatan dan penetapan SOP pada pasien yang mengalami DHF dengan masalah keperawatan Hipertermi.

3) Bagi Institusi Pendidikan

Meningkatkan mutu dan kualitas proses belajar mengajar khususnya mata kuliah keperawatan sehingga menghasilkan perawat yang profesional.

4) Bagi Klien dan Keluarga Klien

Hasil penelitian ini diharapkan klien mendapat asuhan keperawatan yang profesional agar klien mendapat kesehatan secara optimal dan keluarga mampu merawat klien, sehingga keluarga dapat mencegah terjadinya komplikasi yang disebabkan oleh DHF.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori

2.1.1 Pengertian DHF

Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) adalah penyakit yang menyerang anak dan orang dewasa yang disebabkan oleh virus dengan manifestasi berupa demam akut, perdarahan, nyeri otot dan sendi. Dengue adalah suatu infeksi *Arbovirus* (Artropod Borne Virus) yang akut ditularkan oleh nyamuk *Aedes Aegypti* atau oleh *Aedes Aebopictus* (Wijayaningsih, 2017).

Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) menular melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti*. DHF merupakan penyakit berbasis vektor yang menjadi penyebab kematian utama di banyak negara tropis. Penyakit DHF bersifat endemis, sering menyerang masyarakat dalam bentuk wabah dan disertai dengan angka kematian yang cukup tinggi, khususnya pada mereka yang berusia dibawah 15 tahun (Hermawan, 2018).

2.1.2 Etiologi

Menurut (Nurarif and Kusuma, 2015) *Virus dengue*, termasuk genus *Flavivirus*, keluarga *flaviridae*. Terdapat 4 serotipe virus yaitu DEN-1, DEN-2, DEN-3 dan DEN-4. Keempatnya ditemukan di Indonesia dengan DEN-3 serotipe terbanyak. Infeksi salah satu serotipe akan menimbulkan antibody terhadap serotipe yang bersangkutan, sedangkan antibody yang terbentuk terhadap serotype

lain sangat kurang, sehingga tidak dapat memberikan perlindungan yang memadai terhadap serotipe lain tersebut. Seseorang yang tinggal di daerah endemis dengue dapat terinfeksi oleh 3 atau 4 serotipe selama hidupnya. Keempat serotipe virus dengue dapat ditemukan di berbagai daerah di Indonesia.

Nyamuk *aedes aegypti* adalah spesies yang paling utama sebagai vector penular dengue. Spesies nyamuk lain yang dapat menularkan penyakit ini adalah *aedes albopictus*, *aedes polynesiensis* dan *aedes scutellaris*. Serangga penyebar penyakit ini masuk ke dalam klasifikasi ilmiah dalam filum arthropoda, sehingga virus dengue ini juga dinamakan sebagai arbovirus (Kularatne, 2015).

2.2 Manifestasi Klinis

Menurut Susilaningrum (2013) manifestasi klinis dari DHF adalah:

1) Demam.

Demam tinggi sampai 40°C dan mendadak, demam terjadi secara mendadak berlangsung selama 2 – 7 hari kemudian turun menuju suhu normal atau lebih rendah. Bersamaan dengan berlangsung demam, gejala – gejala klinik yang tidak spesifik misalnya anoreksia. Nyeri punggung, nyeri tulang dan persediaan, nyeri kepala dan rasa lemah dapat menyertainya.

2) Perdarahan.

Uji tourniquet positif. Perdarahan, petekia, epitaksis, perdarahan massif. Perdarahan biasanya terjadi pada hari ke 2 dan 3 dari demam

dan umumnya terjadi pada kulit dan dapat berupa uji torniquet yang positif mudah terjadi perdarahan pada tempat fungsi vena, petekia (bintik-bintik merah akibat perdarahan intradermal/submukosa) purpura (perdarahan di kulit), epistaksis (mimisan), perdarahan gusi. Perdarahan ringan hingga sedang dapat terlihat pada saluran cerna bagian atas hingga menyebabkan haematemesis, dan melena tinja berwarna hitam karena adanya perdarahan. Perdarahan gastrointestinal biasanya di dahului dengan nyeri perut yang hebat.

- 1) Anoreksia
- 2) Mual muntah
- 3) Nyeri perut kanan atas atau seluruh bagian perut
- 4) Nyeri kepala
- 5) Nyeri otot dan sendi
- 6) Trombositopenia ($< 100.000/ \text{mm}^3$)
- 7) Hepatomegali

Pada permulaan dari demam biasanya hati sudah teraba, meskipun pada anak yang kurang gizi hati juga sudah. Bila terjadi peningkatan dari hepatomegali dan hati teraba kenyal harus diperhatikan kemungkinan akan terjadi renjatan pada penderita.

3) Renjatan (Syok).

Permulaan syok biasanya terjadi pada hari ke 3 sejak sakitnya penderita, dimulai dengan tanda – tanda kegagalan sirkulasi yaitu kulit lembab, dingin pada ujung hidung, jari tangan, jari kaki serta sianosis disekitar mulut. Bila syok terjadi pada masa demam maka biasanya menunjukkan

prognosis yang buruk.

2.2.1 Klasifikasi

Menurut derajat ringannya penyakit, Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) dibagi menjadi 4 tingkat, yaitu :

1) Derajat I

Panas 2 – 7 hari, gejala umum tidak khas, uji tourniquet hasilnya positif.

2) Derajat II

Sama dengan derajat I di tambah dengan gejala – gejala perdarahan spontan seperti petekia, *ekimosa*, *epimosa*, *epistaxis*, *haematemesis*, *melena*, perdarahan gusi, telinga dan sebagainya.

3) Derajat III

Penderita syok ditandai dengan gejala kegagalan peredaran darah seperti nadi lemah dan cepat (> 120 / menit) tekanan nadi sempit (< 20 mmHg) tekanan darah menurun ($120 / 80$ mmHg) sampai tekanan sistolik di bawah 80 mmHg.

4) Derajat IV

Nadi tidak teraba, tekanan darah tidak terukur (denyut jantung > 140 mmHg) anggota gerak teraba dingin, berkeringat dan kulit nampak biru.

2.2.2 Patofisiologi

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) terjadinya: peningkatan suhu. Selain itu viremia menyebabkan pelebaran pada dinding pembuluh darah yang menyebabkan perpindahan cairan dan plasma dari intravascular ke intersisiel yang menyebabkan hipovolemia. Trombositopenia dapat terjadi akibat dari penurunan produksi trombosit sebagai reaksi dari antibodi melawan virus (Muwarni, 2018).

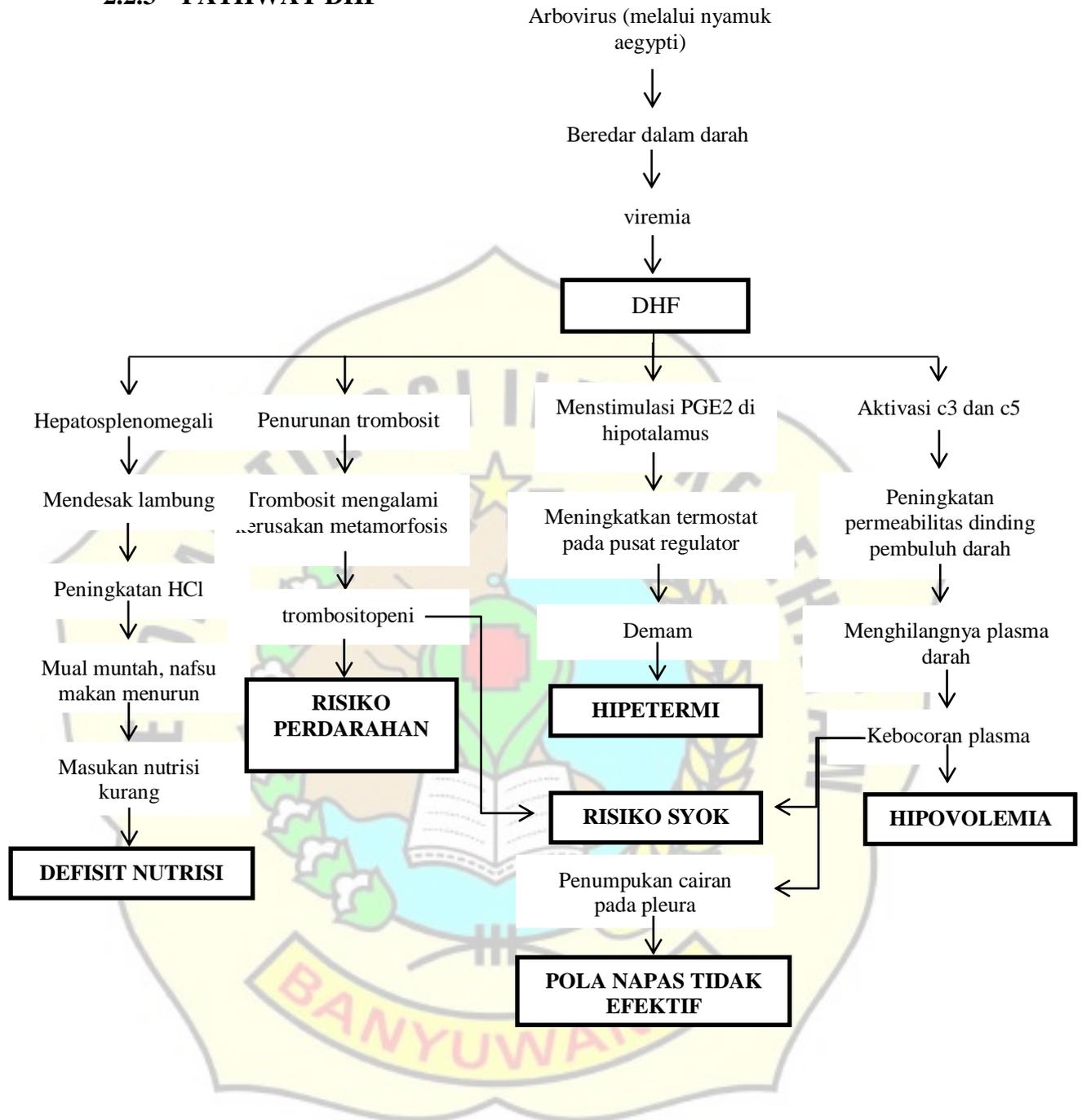
Pada pasien dengan trombositopenia terdapat adanya perdarahan baik kulit seperti petekia atau perdarahan mukosa di mulut. Hal ini mengakibatkan adanya kehilangan kemampuan tubuh untuk melakukan mekanisme hemostatis secara normal. Hal tersebut dapat menimbulkan perdarahan dan jika tidak tertangani maka akan menimbulkan syok. Masa virus dengue inkubasi 3-15 hari, rata-rata 5-8 hari. Virus akan masuk ke dalam tubuh melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti*. Pertama tama yang terjadi adalah viremia yang mengakibatkan penderita. Mengalami demam, sakit kepala, mual, nyeri otot pegal pegal di seluruh tubuh, ruam atau bintik bintik merah pada kulit, hiperemia tenggorokan dan hal lain yang mungkin terjadi pembesaran kelenjar getah bening, pembesaran hati atau hepatomegali. (Muwarni, 2018).

Kemudian virus bereaksi dengan antibodi dan terbentuklah kompleks virus antibodi. Dalam sirkulasi dan akan mengaktivasi sistem komplemen. Akibat aktivasi C3 dan C5 akan di lepas C3a dan C5a dua peptida yang berdaya untuk melepaskan histamin dan merupakan mediator kuat sebagai faktor meningkatnya permeabilitas dinding kapiler pembuluh darah yang mengakibatkan terjadinya pembesaran plasma ke ruang ekstraseluler.

Pembesaran plasma ke ruang eksta seluler mengakibatkan kekurangan volume plasma, terjadi hipotensi, hemokonsentrasi dan hipoproteinemia serta efusi dan renjatan atau syok. Hemokonsentrasi atau peningkatan hematokrit $>20\%$ menunjukkan atau menggambarkan adanya kebocoran atauperembesan sehingga nilai hematokrit menjadi penting untuk patokan pemberian cairan intravena (Muwarni, 2018).

Adanya kebocoran plasma ke daerah ekstra vaskuler di buktikan dengan ditemukan cairan yang tertimbun dalam rongga serosa yaitu rongga peritonium, pleura, dan perikardium yang pada otopsi ternyata melebihi cairan yang diberikan melalui infus. Setelah pemberian cairan intravena, peningkatan jumlah trombosit menunjukkan kebocoran plasma telah teratasi, sehingga pemberian cairan intravena harus di kurangi kecepatan dan jumlahnya untuk mencegah terjadi edema paru dan gagal jantung, sebaliknya jika tidak mendapat cairan yang cukup, penderita akan mengalami kekurangan cairan yang akan mengakibatkan kondisi yang buruk bahkan bisa mengalami renjatan. Jika renjatan atau hipovolemik berlangsung lama akan timbul anoksia jaringan, metabolik asidosis dan kematian apabila tidak segera diatasi dengan baik (Muwarni, 2018).

2.2.3 PATHWAY DHF



2.2.4 Komplikasi

Menurut (Soedarto, 2016) komplikasi pada pasien dengan DHF, yaitu :

1) Komplikasi susunan sistem syaraf pusat

Komplikasi pada susunan sistem syaraf pusat (SSP) dapat berbentuk konfusi, kakukuduk, perubahan kesadaran dan paresis.

2) Ensefalopati

Komplikasi neurologic ini terjadi akibat pemberian cairan hipotonik yang berlebihan

3) Infeksi

4) Kerusakan hati

5) Kerusakan otak

6) Kejang – kejang

2.2.5 Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Wijayaningsih, 2017) pemeriksaan penunjang yang mungkin dilakukan pada penderita DHF, sebagai berikut :

a. Pemeriksaan darah lengkap

a) Pemeriksaan Hematokrit (Ht)

Pada pasien dengan DHF hematokrit meningkat sampai lebih dari 20%. Nilainya normalnya (40 – 54%)

b) Pemeriksaan trombosit

Penurunan jumlah trombosit dibawah 100.000 per kilometer darah. Nilainya normalnya (150.000 – 400.000 per kilometer darah)

c) Pemeriksaan leukosit

perubahan jumlah leukosit penderita DBD dewasa pada

demam hari ke 3, 5, dan 7 pada pasien laki- laki maupun perempuan adalah normal (4.000- 10.000/mm³).

- d) Pemeriksaan hemoglobin, meningkat lebih dari 20%
- e) Protein darah rendah
- f) Ureum PH bisa meningkat
- g) Na dan Cl rendah
- h) Uji tourniquet (positif)

2.2.6 Penatalaksanaan

1. Keperawatan

Masalah pasien yang perlu diperhatikan ialah bahaya kegagalan sirkulasi darah, resiko terjadi pendarahan, gangguan suhu tubuh, akibat infeksi virus dengue, ganggan rasa aman dan nyaman, kurangnya pengetahuan orang tua mengenai penyakit.

a. Kegagalan sirkulasi darah

Dengan adanya kebocoran plasma dari pembuluh darah ke dalam jaringan ekstrovasular, yang puncaknya terjadi pada saat renjatan akan terlihat pada tubuh pasien menjadi sembab (edema) dan darah menjadi kental. Pengawasan tanda vital (nadi, TD, suhu dan pernafasan) perlu dilakukan secara kontinu, bila perlu setiap jam. Pemeriksian Ht, Hb dan trombosit sesuai permintaan dokter setiap 4 jam. Perhatikan apakah pasien kencing / tidak.

b. Risiko terjadi pendarahan

Adanya thrombocytopenia, menurunnya fungsi trombosit dan menurunnya faktor koagulasi merupakan

faktor penyebab terjadinya pendarahan utama pada traktus gastrointestinal. Pendarahan gastrointestinal didahului oleh adanya rasa sakit perut yang hebat atau daerah retrosternal. Bila pasien muntah bercampur darah atau semua darah perlu diukur. Karena melihat seberapa banyak darah yang keluar perlu tindakan secepatnya. Makan dan minum pasien perlu dihentikan. Bila pasien sebelumnya tidak dipasang infus segera dipasang. Formulir permintaan darah disediakan. Perawatan selanjutnya seperti pasien yang menderita syok. Bila terjadi pendarahan (melena, hematesis) harus dicatat banyaknya / warnanya serta waktu terjadinya pendarahan. Pasien yang mengalami pendarahan gastrointestinal biasanya dipasang NGT untuk membantu mengeluarkan darah dari lambung.

c. Gangguan suhu tubuh

Gangguan suhu tubuh biasanya terjadi pada permulaan sakit atau hari ke-2 sampai ke-7 dan tidak jarang terjadi hyperpyrexia yang dapat menyebabkan pasien kejang. Peningkatan suhu tubuh akibat infeksi virus dengue maka pengobatannya dengan pemberian antipiretika dan anti konvulsan. Untuk membantu penurunan suhu dan mencegah agar tidak meningkat dapat diberikan kompres dingin, yang perlu diperhatikan, bila terjadi penurunan suhu yang mendadak disertai berkeringat banyak sehingga tubuh teraba dingin dan lembab, nadi lembut halus waspada karena gejala

renjatan. Kontrol TD dan nadi harus lebih sering dan dicatat secara baik dan memberitahu dokter.

d. Gangguan rasa aman dan nyaman

Gangguan rasa aman dan nyaman dirasakan pasien karena penyakitnya dan akibat tindakan selama dirawat. Hanya pada pasien DHF menderita lebih karena pemeriksaan darah Ht, trombosit, Hb secara periodik (setiap 4 jam) dan mudah terjadi hematoma, serta ukurannya mencari vena jika sudah stadium II. Untuk mengurangi penderitaan diusahakan bekerja dengan tenang, yakinkan dahulu vena baru ditusukan jarumnya. Jika terjadi hematoma segera oleskan trombohub gel / kompres dengan alkohol. Bila pasien datang sudah kolaps sebaiknya dipasang venaseksi agar tidak terjadi coba-coba mencari vena dan meninggalkan bekas hematoma di beberapa tempat. Jika sudah musim banyak pasien DHF sebaiknya selalu tersedia set venaseksi yang telah steril (Ngastiyah, 2005).

e. Medis

Pada dasarnya pengobatan pada DB bersifat simptomatis dan suportif.

f. DHF tanpa renjatan

Demam tinggi, anoreksia dan sering muntah menyebabkan pasien dehidrasi dan harus. Pada pasien ini perlu diberi banyak minum, yaitu 1,5 sampai 2 liter dalam 24 jam. Dapat diberikan teh manis, sirup, susu, dan bila mau

lebih baik oralit. Cara memberikan minum sedikit demi sedikit dan orang tua yang menunggu dilibatkan dalam kegiatan ini. Jika anak tidak mau minum sesuai yang dianjurkan tidak dibenarkan pemasangan sonde karena merangsang resiko terjadi perdarahan. Keadaan hiperpireksia diatasi dengan obat anti piretik dan kompres dingin. Jika terjadi kejang diberi luminal atau anti konvulsan lainnya. Luminal diberikan dengan dosis : anak umur kurang 1 tahun 50 mg IM, anak lebih 1 tahun 75 mg. Jika 15 menit kejang belum berhenti luminal diberikan lagi dengan dosis 3 mg/kg BB. Anak di atas 1 tahun diberi 50 mg, dan dibawah 1 tahun 30 mg, dengan memperhatikan adanya depresi fungsi vital.

Infus diberikan pada pasien DHF tanpa renjatan apabila :

- 1) Pasien terus-menerus muntah, tidak dapat diberikan minum sehingga mengancam terjadinya dehidrasi.
- 2) Hematokrit yang cenderung meningkat.
- 3) Hemtokrit mencerminkan kebocoran plasma dan biasanya mendahului munculnya secara klinik perubahan fungsi vital (hipotensi, penurunan tekanan nadi), sedangkan turunnya nilai trombosit biasanya mendahului naiknya hematokrit. Oleh karena itu, pada pasien yang diduga menderita DHF harus diperiksa hemoglobin, hematokrit dan trombosit setiap hari mulai hari ke-3 sakit sampai demam telah turun 1 sampai 2 hari. Nilai hematokrit

itulah yang menentukan apabila pasien perlu dipasang infus atau tidak. DHF disertai renjatan (DSS) Pasien yang mengalami renjatan (syok) harus segera dipasang infus sebagai pengganti cairan yang hilang akibat kebocoran plasma. Cairan yang diberikan biasanya Ringer Laktat. Jika pemberian cairan tidak ada respon diberikan plasma atau plasma ekspander, banyaknya 20 sampai 30 ml/kgBB. Pada pasien dengan renjatan berat diberikan infus harus diguyur dengan cara membuka klem infus. Apabila renjatan telah teratasi, nadi sudah jelas teraba, amplitudo nadi besar, tekanan sistolik 80 mmHg / lebih, kecepatan tetesan dikurangi 10 liter/kgBB/jam. Mengingat kebocoran plasma 24 sampai 48 jam, maka pemberian infus dipertahankan sampai 1 sampai 2 hari lagi walaupun tanda-tanda vital telah baik. Pada pasien renjatan berat atau renjaan berulang perlu dipasang Central Venous Pressure (CVP) untuk mengukur tekanan vena sentral melalui vena magna atau vena jugularis, dan biasanya pasien dirawat di ICU. Tranfusi darah diberikan pada pasien dengan perdarahan gastrointestinal yang berat. Kadang-kadang perdarahan gastrointestinal berat dapat diduga apabila nilai hemoglobin dan hematokrit menurun sedangkan perdarahannya sedikit tidak kelihatan. Dengan memperhatikan evaluasi klinik yang telah disebut, maka

dengan keadaan ini dianjurkan pemberian darah.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

1) Pengkajian

Dalam melakukan asuhan keperawatan, pengkajian merupakan dasar utama dan hal yang penting di lakukan baik saat pasien pertama kali masuk rumah sakit maupun selama pasien dirawat di rumah sakit.

2) Identitas Pasien

Nama, umur (pada DHF paling sering menyerang anak-anak dengan usia kurang dari 15 tahun), jenis kelamin, alamat, pendidikan, nama orang tua, pendidikan orang tua, dan pekerjaan orang tua.

3) Keluhan Utama

Alasan atau keluhan yang menonjol pada pasien DHF untuk datang kerumah sakit adalah mengeluh badannya panas atau demam.

4) Riwayat Penyakit Sekarang

Pada pasien dengan DHF biasanya terjadi keluhan panas secara mendadak dan mengalami peningkatan pada hari ke-3 dan menurun. Kadang-kadang disertai keluhan batuk pilek, nyeri telan, mual, muntah, anoreksia, diare atau konstipasi, 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.

5) Riwayat Penyakit Yang Pernah Diderita

Penyakit apa saja yang pernah diderita. Pada DHF anak biasanya mengalami serangan ulangan DHF dengan tipe virus lain.

6) **Riwayat Imunisasi**

Yang perlu dikaji adalah jenis imunisasi dan umur pemberiannya, apakah imunisasi lengkap atau tidak, dan tanyakan alasannya.

7) **Riwayat Gizi**

Status gizi anak DHF dapat bervariasi. Semua anak dengan status gizi baik maupun buruk dapat beresiko, apabila terdapat factor predisposisinya. Anak yang menderita DHF sering mengalami keluhan mual, muntah dan tidak nafsu makan. Apabila kondisi berlanjut dan tidak disertai dengan pemenuhan nutrisi yang mencukupi, maka anak dapat mengalami penurunan berat badan sehingga status gizinya berkurang.

8) **Riwayat pertumbuhan dan perkembangan**

Pada anak atau klien yang mengalami DHF pada umumnya tidak ada masalah pada tumbuh kembangnya, kecuali jika anak tersebut mempunyai masalah gangguan nutrisi buruk seperti halnya kwasiokor dan marasmus.

a. Pola nutrisi dan metabolisme

Anak dengan DHF mengalami penurunan nafsu makan selama sakit karena terjadi mual dan muntah saat makan sehingga makan hanya sedikit dan mempengaruhi status nutrisi pada klien.

b. Pola eliminasi

Kaji kebiasaan BAB dan BAK, frekuensi, jumlah, konsistensi, warna, dan masalah yang berhubungan dengan pola eliminasi. Biasanya akan ditemukan pola eliminasi BAB yaitu

diare atau konstipasi.

c. Pola aktivitas, latihan dan bermain.

Anak dengan DHF pola aktivitas, latihan dan bermain klien akan terganggu karena harus tirah baring total, agar tidak terjadi komplikasi maka segala kebutuhan klien dibantu oleh keluarga atau perawat .

d. Pola tidur dan istirahat

Kaji kebiasaan tidur sehari-hari, lamanya tidur siang dan malam serta masalah yang berhubungan dengan kebiasaan tidur. Akan ditemukan pola tidur akibat dari manifestasi DHF seperti nyeri otot, demam .

e. Pola persepsi diri dan konsep diri

Anak dengan DHF yang perlu dikaji pada pola persepsi diri dan konsep diri adalah bagaimana sikap klien mengenai dirinya, persepsi klien tentang kemampuannya, pola emosional, citra diri, identitas diri, ideal diri, harga diri dan peran diri. Biasanya anak akan mengalami gangguan emosional seperti takut, cemas karena dirawat di RS.

f. Pola coping dan toleransi stress

Anak dengan DHF yang perlu dikaji pada pola coping stress dan toleransi stress adalah bagaimana kemampuan klien dalam menghadapi stress dan juga adanya sumber pendukung. Anak belum mampu untuk mengatasi stress, sehingga sangat dibutuhkan peran dari keluarga terutama orangtua untuk selalu mendukung anak

(Wahyuni, 2020).

g. Pola nilai dan kepercayaan

Anak dengan DHF pada nilai dan kepercayaan dikaji bagaimana kepercayaan klien. Biasanya anak-anak belum terlalu mengerti tentang kepercayaan yang dianut. Anak-anak hanya mengikuti dari orang tua .

9) **Kondisi Lingkungan**

Sering terjadi di daerah yang padat penduduknya dan lingkungan yang kurang bersih (seperti air yang menggenang atau gantungan baju dikamar).

10) **Pola Kebiasaan**

- 1) Nutrisi dan metabolisme: frekuensi, jenis, nafsu makan berkurang dan menurun.
- 2) Eliminasi (buang air besar): kadang-kadang anak yang mengalami diare atau konstipasi. Sementara DHF pada grade IV sering terjadi hematuria.
- 3) Tidur dan istirahat: anak sering mengalami kurang tidur karena mengalami sakit atau nyeri otot dan persendian sehingga kuantitas dan kualitas tidur maupun istirahatnya berkurang.
- 4) Kebersihan: upaya keluarga untuk menjaga kebersihan diri dan lingkungan cenderung kurang terutama untuk membersihkan tempat sarang nyamuk *Aedes aegypti*.
- 5) Perilaku dan tanggapan bila ada keluarga yang sakit serta upaya untuk menjaga kesehatan.

11) Pemeriksaan fisik

Meliputi inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi dari ujung rambut sampai ujung kaki. Berdasarkan tingkatan DHF, keadaan anak adalah sebagai berikut :

- 1) Grade I yaitu kesadaran composmentis, keadaan umum lemah, tanda- tanda vital dan nadi lemah.
- 2) Grade II yaitu kesadaran composmetis, keadaan umum lemah, ada perdarahan spontan petechie, perdarahan gusi dan telinga, serta nadi lemah, kecil, dan tidak teratur.
- 3) Grade III yaitu kesadaran apatis, somnolen, keadaan umum lemah, nadi lemah, kecil dan tidak teratur, serta tekanan darah menurun.
- 4) Grade IV yaitu kesadaran coma, tanda-tanda vital : nadi tidak teraba, tekanan darah tidak teratur, pernafasan tidak teratur, ekstremitas dingin, berkeringat, dan kulit tampak biru.
 1. Tanda-tanda vital (TTV) Tekanan nadi lemah dan kecil (gradeIII), nadi tidak teraba (grade IV), tekanan darah menurun (sistolik menurun sampai 80mmHg atau kurang), suhu tinggi(diatas 37,5°C).
 2. Kepala : kepala bersih, ada pembengkakan atau tidak, Kepala terasa nyeri, muka tampak kemerahan karena demam.
 3. Mata : Konjungtiva anemis.
 4. Hidung : Hidung kadang mengalami perdarahan(epistaksis) pada gradeII,III, IV.

- a) Telinga : tidak ada perdarahan pada telinga, simetris, bersih tidak ada serumen, tidak ada gangguan pendengaran
- b) Mulut : Pada mulut didapatkan bahwa mukosa mulut kering, terjadi perdarahan gusi, dan nyeri telan. Sementara tenggorokkan hyperemia pharing.
- c) Leher : Kelenjar getah bening dan kelenjar tiroid tidak mengalami pembesaran.
- d) Dada / thorak
- Inspeksi : Bentuk simetris, kadang-kadang tampak sesak.
- Palpasi : Biasanya fremitus kiri dan kanan tidak sama.
- Perkusi : Bunyi redup karena terdapat adanyacairan yang tertimbun pada paru.
- Auskultasi : Adanya bunyi ronchi yang biasanya terdapat pada grade III, dan IV.
- e) Abdomen mengalami nyeri tekan, pembesaran hati atau hepatomegaly dan asites.

12) Sistem integumen

- 1) Adanya ptechiae pada kulit, turgor kulit menurun, dan muncul keringat dingin, dan lembab.
- 2) Kuku sianosis atau tidak.
- 3) Ekstremitas : dingin serta terjadi nyeri otot sendi dan tulang.

2.3 Diagnosa

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan.

Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada kasus DHF yaitu :

- 1) Hipertermia b.d proses penyakit d.d suhu tubuh diatas nilai normal **(D.0130)**
- 2) Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas **(D.0005)**
- 3) Defisit nutrisi b.d faktor psikologis (keengganan untuk makan) **(D.0019)**
- 4) Hypovolemia b.d peningkatan permeabilitas kapiler d.d kebocoran plasma darah **(D.0023)**
- 5) Risiko perdarahan d.d koagulasi (trombositopenia) **(D.0012)**
- 6) Risiko syok d.d kekurangan volume cairan **(D.0039)**

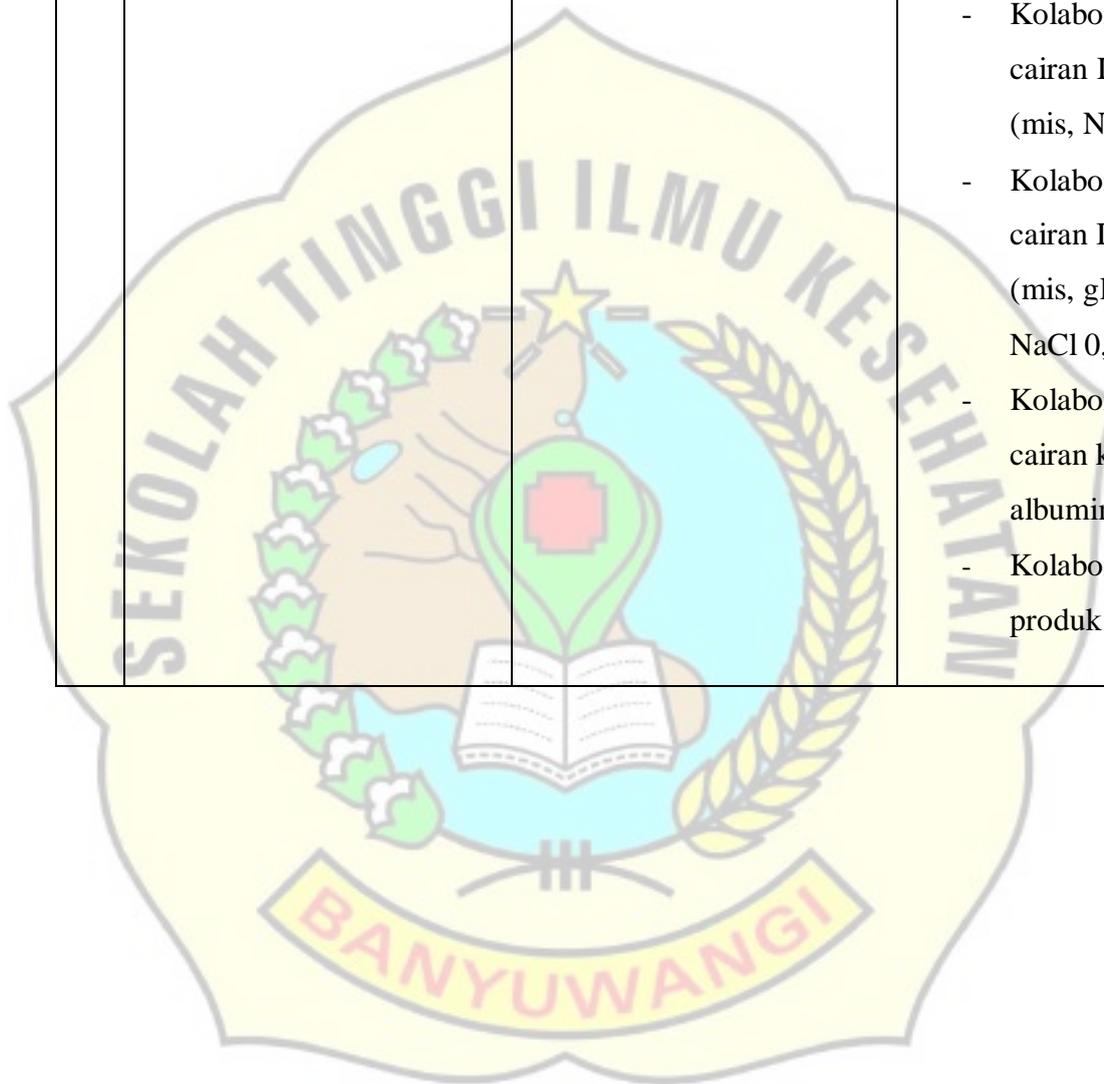
2.4 Intervensi

No	Diagnosa	SLKI	SIKI
1	Hipertermia b.d proses penyakit d.d suhu tubuh diatas nilai normal	<p>Termoregulasi (L.14134)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan suhu tubuh membaik</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengginggil menurun 2. Kulit merah menurun 3. Suhu tubuh membaik 4. Tekanan darah membaik 	<p>Manajemen hipertermia (I.15508)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi penyebab hipertermia (mis. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan incubator) - Monitor suhu tubuh - Monitor kadar elektrolit - Monitor haluaran urine <p>Teraupetik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan lingkungan yang dingin - Longgarkan atau lepaskan pakaian - Basahi dan kipasi permukaan tubuh - Berikan cairan oral - Lakukan pendinginan eksternal (mis, kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila) - Hindari pemberian antipiretik atau aspirin

			<ul style="list-style-type: none"> - Berikan oksigen, jika perlu <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan tirah baring <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu
2	Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas	<p>Pola Napas (L.01004)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan pola napas pasien efektif membaik</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kapasitas vital menurun 2. Dispnea menurun 3. Frekuensi napas dalam rentang normal (24 – 40 x/menit) 	<ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan - Informasikan hasil pemantauan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, <i>jika perlu</i>

3	<p>Hypovolemia b.d peningkatan permeabilitas kapiler</p>	<p>Status Cairan (L.03028)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan gangguan volume cairan tubuh membaik</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Turgor kulit meningkat 2. Output urin meningkat 3. Tekanan darah dan nadi membaik 4. Kadar Hb membaik 	<p>Manajemen Hipovolemia (I.03116)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis, frekuensi nadi meningkat, nadi terasa lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus lemah) - Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan asupan cairan oral <p>Edukasi</p>
---	--	---	---

			<ul style="list-style-type: none">- Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none">- Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis, NaCl, RL)- Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis, glukosa 2,5%, NaCl 0,4%) g)- Kolaborasi pemberian cairan koloid (mis, albumin, plasmanate)- Kolaborasi pemberian produk darah
--	--	--	---



4	Risiko perdarahan d.d koagulasi (trombositopenia)	<p>Tingkat Perdarahan (L.02017)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan perdarahan menurun</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kelembapan kulit meningkat 2. Hemoglobin membaik 3. Hematokrit membaik 	<p>Pencegahan Perdarahan (I.02067)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala perdarahan - Monitor nilai hamatokrit atau hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah - Monitor tanda-tanda vital <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pertahankan bed rest selama perdarahan <p>Edukasi</p>
---	---	--	--

		 The logo of Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Banyuwangi is a shield-shaped emblem. It features a central figure of a person in a green uniform holding a white book. Above the figure is a red cross on a green background. The shield is surrounded by a laurel wreath. The text 'SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN' is written in a semi-circle at the top, and 'BANYUWANGI' is written in a banner at the bottom. A yellow star is positioned above the central figure.	<ul style="list-style-type: none">- Jelaskan tanda dan gejala perdarahanAnjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi- Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K- Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none">- Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, <i>jika perlu</i>- Kolaborasi pemberian produk darah, <i>jika perlu</i>
--	--	---	--

5	Risiko syok d.d kekurangan volume cairan	<p>Tingkat Syok (L.03032)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan tingkat syok menurun</p> <p>Dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Tekanan darah, frekuensi napas dan nadi membaik 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab atau faktor risiko syok - Anjurkan melapor jika menemukan atau merasakan tanda dan gejala awal syok - Anjurkan menghindari allergen <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian IV, <i>jika perlu</i> - Kolaborasi pemberian transfusi darah, <i>jika perlu</i> - Kolaborasi pemberian antiinflamasi, <i>jika perlu</i>
---	---	---	--

6	Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan	<p>Status nutrisi (L. 03030)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan asupan nutrisi pada pasien membaik</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan otot menelan meningkat 2. Frekuensi makan membaik 	<p>Manajemen Nutrisi (I.03119)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi status nutrisi - Identifikasi alergi dan intoleransi makanan - Monitor asupan makanan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan oral hygiene sebelum makan - Hentikan pemberian makanan melalui selang ngt jika asupan oral dapat ditoleransi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan diet yang di programkan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan
---	--	--	---

2.5 Implementasi

Implementasi / pelaksanaan adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada nursing order untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan ada 3 tahap implementasi yaitu :

1. Fase orientasi

Fase orientasi terapeutik dimulai dari perkenalan klien pertama kalinya bertemu dengan perawat untuk melakukan validasi data diri.

2. Fase kerja

Fase kerja merupakan inti dari fase komunikasi terapeutik, dimana perawat mampu memberikan pelayanan dan asuhan keperawatan, maka dari itu perawat diharapkan mempunyai pengetahuan yang lebih mendalam tentang klien dan masalah kesehatannya.

3. Fase terminasi

Pada fase terminasi adalah fase yang terakhir, dimana perawat meninggalkan pesan yang dapat diterima oleh klien dengan tujuan, ketika dievaluasi nantinya klien sudah mampu mengikuti saran perawat yang diberikan, maka dikatakan berhasil dengan baik komunikasi terapeutik perawat-klien apabila ada umpan balik dari seorang klien yang telah diberikan tindakan atau asuhan keperawatan yang sudah direncanakan.

2.6 Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai. Meskipun tahap evaluasi diletakkan pada akhir proses keperawatan, evaluasi merupakan bagian integral pada setiap tahap proses keperawatan. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan. Hal ini bisa dilaksanakan dengan mengadakan hubungan dengan klien. Jenis-jenis evaluasi menurut (Chairunisa, 2018)

1. Evaluasi Formatif

Evaluasi ini menggambarkan hasil observasi dan analisa perawat terhadap respon klien segera setelah tindakan. Biasanya digunakan dalam catatan keperawatan.

2. Evaluasi Sumatif

Menggambarkan rekapitulasi dari observasi dan analisa status kesehatan klien dalam satu periode. Evaluasi sumatif menjelaskan perkembangan kondisi dengan menilai apakah hasil yang telah diterapkan tercapai.

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian menggunakan studi literatur, penelitian studi literatur adalah sebuah proses atau aktivitas mengumpulkan data dari berbagai literature seperti buku dan jurnal untuk

membandingkan hasil-hasil penelitian yang satu dengan yang lain (Manzilati,2017).

3.2 Batasan Istilah

Definisi DHF	<i>Dengue Hemorrhagic Fever</i> (DHF) adalah penyakit yang menyerang anak dan orang dewasa yang disebabkan oleh virus dengan manifestasi berupa demam akut, perdarahan,nyeri otot dan sendi.
Hipertermi	<p>Peningkatan suhu tubuh sehubungan dengan ketidak mampuan tubuh untuk meningkatkan pengeluaran panas atau menurunkan produksi panas.</p> <p>Gejala tanda mayor:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Objektif <ol style="list-style-type: none"> a. Suhu tubuh diatas nilai normal. <p>Gejala tanda minor:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Objektif <ol style="list-style-type: none"> a. Kulit merah b. Kejang c. Takikardi d. Takipnea e. Kulit terasa hangat

3.3 Partisipan

Partisipan yang digunakan dalam studi kasus ini adalah membandingkan dua klien dengan usia 6-13 tahun yang mengalami DHF dengan masalah keperawatan Hipertermi di RSUD Blambangan Banyuwangi.

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Tempat Penelitian dilakukan di RSUD Blambangan Banyuwangi

2. Waktu:

Penelitian ini dilaksanakan di ruang rawat inap RSUD. Blambangan Banyuwangi Penelitian ini berlangsung selama 3 hari perawatan. Dalam penelitian ini waktu penelitian di bagi menjadi beberapa tahap yaitu:

1) Tahap persiapan yang meliputi:

- | | | | |
|----|-------------------------|---------------------|------|
| a) | Desember – Januari 2021 | Penyusunan proposal | : 22 |
| b) | Juli 2022 | Seminar proposal | : 26 |

2) Tahap pelaksanaan yang meliputi:

- | | | | |
|----|----------------|------------------|-------------|
| a) | 2022 | Pengajuan ijin | : 1 Agustus |
| b) | September 2022 | Pengumpulan data | : 7 |

3.5 Pengumpulan Data

1. Wawancara

Wawancara merupakan alat komunikasi yang memungkinkan saling tukar informasi, proses yang menghasilkan tingkat pemahaman yang lebih tinggi dari pada yang dicapai orang secara sendiri – sendiri.

Wawancara keperawatan mempunyai tujuan yang spesifik meliputi pengumpulan satu set data yang spesifik. Anamnesis dilakukan secara langsung antara peneliti dengan klien meliputi identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, dan lain – lain. Sumber informasi dari keluarga, dan perawat lainnya. Alat yang digunakan untuk wawancara dalam pengumpulan data dapat berupa alat tulis, buku catatan, kamera atau perekam suara (Nursallam, 2017).

2. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Observasi merupakan cara pengumpulan data dengan pengamatan secara langsung kepada klien untuk mencari perubahan atau hal – hal yang akan diteliti dengan pemeriksaan fisik meliputi inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi, pada sistem tubuh klien yang di lakukan secara head to toe, terutama pada data yang mendukung asuhan keperawatan DHF dengan masalah keperawatan hipertermi menggunakan alat berupa nursing kit, format pengkajian, dan tentunya alat tulis (Nursallam,2017).

3. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi di lakukan dengan cara mendokumentasikan hasil pemeriksaan diagnostik, hasil evaluasi asuhan keperawatan, hasil data dari puskesmas, dan hasil data buku pedoman dari perpustakaan (Nursallam, 2017).

3.6 Metode Literature Review

Analisi data diartikan sebagai upaya data yang sudah tersedia kemudian diolah dengan statistic dan dapat digunakan untuk menjawab rumusan masalah dala penelitian. Dengan demikian teknik analisa data dapat diartikan sebagai caea melaksanakan analisis terhadap data dengan tujuan mengolah data tersebut untuk menjawab rumusan masalah (Notoatmodjo, 2016)

Pada penelitian ini teknik yang digunakan adalah dengan metode literature review, melalui metode literature review data di peroleh dari klien, keluarga klien yang mengalami hipertensi dan perawat. metode literature review teknik sumber data utama klien dan keluarga dalam penelitian dilakukan dengan cara mengadaptasi data lalu membandingkan dan mengobservasi perkembangan kesehatan klien. metode literature review teknik sumber data utama perawat digunakan untuk menyampaikan persepsi antara klien dan perawat. Terdapat 4 yang perlu diperhatikan dalam menganalisis yaitu :

1. Identitas sumber yang dirujuk
2. Kualifikasi dan tujuan penulis
3. Simpulan sederhana mengenai konten tulisan
4. Kegunaan atau pentingnya sumber yang dirujuk dalam menjawab permasalahan yang telah dirumuskan.

3.7 Analisis Data

Analisis data merupakan bagian yang sangat penting untuk mencapai tujuan pokok penelitian, yaitu menjawab pertanyaan-pertanyaan penelitian

yang digunakan menganalisis masalah. Data mentah yang didapat, tidak dapat menggambarkan informasi yang diinginkan untuk menjawab masalah penelitian (Nursalam, 2017)

3.7.1 Pengumpulan Data

Data di kumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi, dokumentasi). Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur).

3.7.2 Mereduksi data

Data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subyektif dan obyektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian di bandingkan nilai normal.

3.7.3 Penyajian Data

Penyajian data dapat di lakukan dengan table, gambar, bagan, maupun, teks naratif. Kerahasiaan dari klien di jamin dengan jalan mengaburkan identitas dari klien.

3.7.4 Kesimpulan

Dari data yang di sajikan, kemudian data di bahas dan di bandingkan dengan hasil – hasil penelitian terlebih dahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode studi kasus. Data yang terkumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan, evaluasi.

3.8 Etika Penelitian

3.8.1 *Informed Consent*

Lembar ini dibuat supaya responden mengetahui tujuan dari penelitian yang dilakukan. Setelah mengetahui diharapkan responden mengerti dan bersedia menjadi peserta dan bersedia menandatangani lembar persetujuan yang telah dibuat tetapi jika tidak bersedia peneliti tetap menghormati hak-hak responden.

3.8.2 *Anonimity (tanpa nama)*

Berarti peneliti tidak perlu mencantumkan nama responden dengan tujuan untuk menjaga privasi dari responden. Peneliti hanya mencantumkan kode sebagai tanda keikutsertaan dari responden.

3.9 Analisis Data

Analisis data merupakan bagian yang sangat penting untuk mencapai tujuan pokok penelitian, yaitu menjawab pertanyaan-pertanyaan penelitian yang digunakan menganalisis masalah. Data mentah yang didapat, tidak dapat menggambarkan informasi yang diinginkan untuk menjawab masalah penelitian (Nursalam, 2017).

3.7.5 Pengumpulan Data

Data di kumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi, dokumentasi). Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur).

3.7.6 Mereduksi data

Data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subyektif dan obyektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian di bandingkan nilai normal.

3.7.7 Penyajian Data

Penyajian data dapat di lakukan dengan table, gambar, bagan, maupun, teks naratif. Kerahasiaan dari klien di jamin dengan jalan mengaburkan identitas dari klien.

3.7.8 Kesimpulan

Dari data yang di sajikan, kemudian data di bahas dan di bandingkan dengan hasil – hasil penelitian terlebih dahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode studi kasus. Data yang terkumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan, evaluasi.

3.10 Etika Penelitian

3.8.3 *Informed Conccent*

Lembar ini dibuat supaya responden mengetahui tujuan dari penelitian yang dilakukan. Setelah mengetahui diharapkan responden mengerti dan bersedia menjadi peserta dan bersedia menandatangani lembar persetujuan yang telah dibuat tetapi jika tidak bersedia peneliti tetap menghormati hak-hak responden.

3.8.4 *Anonimity* (tanpa nama)

Berarti peneliti tidak perlu mencantumkan nama responden dengan tujuan untuk menjaga privasi dari responden. Peneliti hanya mencantumkan kode sebagai tanda keikutsertaan dari responden.

3.8.5 *Confidentiality* (kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan akan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang disajikan sebagai data.

3.8.6 *Respek*

Respek diartikan sebagai perilaku perawat yang menghormati klien dan keluarga. Perawat harus menghargai hak – hak klien.

3.8.7 *Otonomi*

Otonomi berkaitan dengan hak seseorang untuk mengatur dan membuat keputusan sendiri, meskipun demikian masih terdapat keterbatasan, terutama terkait dengan situasi dan kondisi, latar belakang, individu, campur tangan hukum dan tenaga kesehatan professional yang ada

3.8.8 *Benefience* (Kemurahan hati/nasehat)

Benefience berkaitan dengan kewajiban untuk melakukan hal yang baik dan tidak membahayakan orang lain. Apabila prinsip kemurahan mengalahkan prinsip otonomi, maka di sebut paternalisme. Paternalisme adalah perilaku yang berdasarkan pada apa yang di percayai oleh professional kesehatan untuk

kebaikan klien, kadang – kadang tidak melibatkan keputusan dari klien.

