ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN.G DENGAN DIAGNOSA MEDIK DEMAM BERDARAH DI RUANGAN ANGGREK B RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TARAKAN

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh

NONI

NPM:1740702041

JURUSAN KEPERAWATAN

FALKUTAS ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAN BORNEO TARAKAN

2021

ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN.A DENGAN DIAGNOSA MEDIK DEMAM BERDARAH DI RUANGAN ANGGREK B RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TARAKAN

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh

NONI

1740702041

Laporan Tugas Akhir

Sebagai salah satu syarat untuk memperoleh Gelar Ahli Madya keperawatan pada Universitas Borneo Tarakan

JURUSAN KEPERAWATAN

FALKUTAS ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAN BORNEO TARAKAN

2021

HALAM PENGESAHAN

Judul Laporan Tugas Akhir : Asuhan keperawatan pada AN.G Diagnosa
Demam Berdarah diruang anggrek B Rumah sakit

Nama : NONI
NPM : 1740702041

Disetujui Oleh

Pembimbing 1	pembimbing 2
Sulidah,S.kep.Ns.,M.Kep	Alfianur,S.Kep,Ns,.M kep
NIP:196902061999031003	NIP:19790823005021004

Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Borneo Tarakan

Sulidah, S.Kep.Ns.,M.Kep
NIP:196902061999031003

HALAMAN PENGESAHAN

Telah diujikan pada tanggal 23 juni 2021

Dan disetujui untuk disusun sebagai laporan tugas akhir

SUHAN KEPERAWATAN PADA AN, '' G'' DENGAN DEMAN BERDARAH DENGUE (DBD) DI RUANGAN ANGGREK B RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TARAKAN

Tim Penguji:

1. **Sulidah, S. Kep.Ns.,M.Kep** **(……..)**
   NIP.196902061999031003

2. **Alfianur,S. Kep.Ns.,M.Kep** **(……)**
   NIP.197908232005021004

3. **Ahmat Pujianto,S.Kep.Ns.,M.Kep** **(……)**
   NIP.198612042019031009

Mengetahui

Dekan Fakultas llmu kesehatan	**Ketua Jurusan Keperawatan**
Fakultas llmu kesehatan	**Universitas Borneo Tarakan**
Sulidah, S.Kep.Ns.,M.Kep	**Alfianur,S.Kep,Ns.,M.Kep**
NIP:196902061999031003	**NIP:197908232005021004**

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada tuhan yang maha Esa yang senantiasa memberikan rahmat dan karunianya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyususnan laporan Tugas Akhir dengan Judul Asuhan keperawatan pada AN.G dengan diagnosa Demam Berdarah di Ruangan Anggrek B Rumah Sakit Daerah Tarakan. Laporan Tugas Akhir ini di susun untuk memenuhi salah satu dalam menyelesaikan program pendidikan Diploma lll Jurusan Keperawatan Fakultas llmu Kesehatan Universitas Borneo Tarakan.

Dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini penulis mengalami hambatan dan berbagai kesulitan,namun demikian penulis berusaha menyelesaikan penuyusan Laporan Tugas Akhir ini berkat bimbingan,batuan, dan dorongan yang di berikan dari berbagai pihak. Dalam kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. Andri Patton M.Si, selaku Rektor Universitas Borneo Tarakan dan sebagai penguji yang telah memberikan bimbingan kepada penulis serta monivasi selama proses kuliahan.
2. Dr. Muhammad Hasbi Hasyim Sp.PD, selaku direktur Rumah Sakit Umum kesehatan Universitas Borneo Tarakan. Daerah Tarakan yang telah menyediakan lahan untuk pelaksanaan ujian Akhir program bagi mahasiswa Jurusan keperawatan Fakultas llmu .
3. Sulidah S.kep.,Ns.M.kep, Selaku Dekan Fakultas llmu Kesehatan Universitas Borneo Tarakan, Selaku pembimbing 1 dan juga penguji lll yang telah memberikan bimbingan,masukan,serta dukungannya kepada penulis dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
4. Yuni Retnowati, SST, M.Keb Selaku wakil Dekan Fakultas llmu Kesehatan Universitas Borneo Tarakan.
5. Alfianur,S.Kep, Ns., M.Kep, selaku ketua jurusan Keperawatan Fakultas llmu Kesehatan Universitas Borneo Tarakan,selaku pembimbing ll dan

juga penguji 1 yang telah membantu memberi arahan untuk penyusunsn laporan tugas akhir serta memberi arahan dan motivasi.

6. Fitriya Handayani, S.kep.Ns., M.Kep, selaku sekertaris Jurusan Keperawatan Universitsa Borneo Tarakan yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk dapat mengikuti ujian akhir program ini sampai dengan selesai.
7. Ahmat Pujianto, S.Kep,.Ns,. M.Kep, selaku dosen penguji ll yang telah memberi saran dan motivasi pada penulis yang sangat bermanfaat bagi penulis dalam menyelesaikan laporan tugas akhir ini.
8. Bapak/ibu dosen serta staff Jurusan Keperawatan Fakultas llmu Kesehatan Universitas Borneo Tarakan,terima kasih atas dukungan,bimbingan dan bantuannya selama ini.
9. Keluarga An.G berserta keluarga klien yang telah bersedia meluangkan waktunya dalam memberikan informasi yang penulis butuhkan.
10. Kepala ruangan berserta seluruh staf di ruangan anggrek B Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan Provinsi Kalimantan Utara yang telah membimbing sekaligus membantu selama praktik klinik Keperawatan.
11. Ibu dan bapak saya,serta saudara-sudaraku yang tercinta yang selalu setia dan sabar serta memberi semangat,serta dukungan doa maupun materi yang tak ternilai harganya kepada penulis selama menempuh pendidikan di Jurusan Keperawatan Fakultas llmu Kesehatan Universitas Borneo Tarakan hingga akhirnya dapat menyelesaikan program pendidikan ini.Terima kasih banyak atas semuanya.
12. Teman-teman departemen anak yang telah sama-sama berjuang dan saling memberi motivasi dari mulai ujian akhir hingga penulisan laporan ini.Terima kasih atas kebersamaan,suka dan duka selama proses ujian.
13. Teman-teman mahasiswa Jurusan Keperawatan Fakultas llmu Kesehatan Universitas Borneo Tarakan yang telah menjadi teman dalam suka dan duka selama menjalani perkulihan,serta bantuan dan motivasi dalam penyelesaian penulis laporan tugas akhir ini.
14. Semua pihak yang berkaitan dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini yang tidak dapat disebutkan satu persatu.penulis menyadari Laporan

Tugas Akhir ini masih banyak kekurangan oleh karena itu,penulis sangat mengharapkan masukan dan kritikan yang membangun dalam perbaikan dan kesempurnaan penulis Laporan Tugas Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi seluruh pembaca pada umunya dan pada mahasiswa serta mahasiswa Keperawatan dalam usahan meningkatkan pelayanan kesehatan dengan standar profesi keperawatan.

Tarakan, 23 Juni 2021

Noni
1740702041

ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN.G DENGAN DIAGNOSA DEMAM BERDARAH DI RUANGAN ANGGREK B RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TARAKAN

Noni,Sulidah,Alfianur

ASTRAK

Demam Berdarah adalah penyakit yang disebabkan oleh virus dengue yang masuk ke dalam tubuh melalui gigitan nyambuk Aedes aegypti. Penulis menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan proses keperawatan dengan tahapan pengkajian, diagnosa,keperawatan perencanaan, implementasi dan evaluasi. Tujauan umum untuk mendapatkan pengalaman nyata tentang asuhan keperawatan pada An.G dengan Demam Derdarah dan menggunakan pendekatan proses keperawatan secara kualitatif tipe studi kasus tunggal pada An.G dalam penelitian ini langkah proses keperawatan dapat dijalankan secara baik oleh perawat. Hasil pengkajian mengindikasikan adanya kesenjangan antara kasus dan teori yaitu pada pengkajian,diangnosa,intervensi keperawatan dan implementasi .Didapatkan tiga diagnosa keperawatan pada An.G dengan masalah utam Hepertemia,bersihan jalan nafas tidak efektif,kurang terpapar informasi secara teoritas.penyususunan rencana asuhan keperawatan disesuaikan dengn kondisi klien Subjek penelitian adalah An.G dengan demam berdarah di ruangan perawatan anggrek B RSUD Tarakan. Disimpulkan bahwa hasil penelitian didapatkan tiga diagnosa yaitu Hepertemia proses penyakit,bersih jalan nafas tidak efektif sekresi yang tertahan,ansietas kurang terpaparn informasi. Terdapat beberapa kesenjangan antara kasus dan teori yaitu pada pengkajian,diagnosa, Intervensi keperawatan dan implementasi disesuaikan dengan kondisi klien dan seluruh diagnosa keperawatan dapat teratasi sesuai kriteria hasil yang di tetapkan.

Kata kunci:Asuhan keperwatan, Demam Berdarah.

DAFAT ISI

HALAMAN JUDUL ..... **i**

HALAMAN PERSETUJUAN ..... **ii**

HALAMAN PENGESAHAN ..... **iii**

ASBTRAK ..... **v**

KATA PENGATAR ..... **vii**

DAFTAR ISI ..... **X**

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang 1
1.2 Tujuan Penulisan 2
1.3 Metode Penulisa 3
1.4 Sistematika Penulis 4

BAB 2 TUNJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar 5

2.1.1 Pengertian 5

2.1.2 Etiologi 5

2.1.3 Manifestasi klinis 6

2.1.4 Patofisiologi 7

2.1.5 Pemeriksaan diagnostik 8

2.1.6 Penatalaksanan 8

2.1.7 Komplikasi 9

2.2 Konsep Dasar keperawatan 10

2.2.1 Pengkajian 10

2.2.2 Penyimpangan KDM 15

2.2.3 Diagnosa Keperawatan 15

2.2.4 perencanaan 16

2.2.5 lmplementasi 25

2.2.6 Evaluasi 25

BAB 3 LAPORAN KASUS

3.1 Pengkajian 27

3.2 Analisa Data 39

3.3 Diagnosa keperawata 40

3.4 Rencanan kepetawatan 40

3.5 Implementasi 42

3.6 Evaluasi 48

BAB 4 PEMBAHASAN

4.1 Pengkajian 50

4.2 Diagnosa Keperawatan 53

4.3 Perencanaan 54

4.4 Implementasi 55

4.5 Evaluasi 55

BAB 5 PENUTUP

5.1 Kesimpulan 57

5.2 Saran 58

DAFTAR PUSAKA .....

LAMPIRAN

DAFTAR BAGAN

BAGAN 2.1 penyimpangan KDM 15

BAGAN 3.1 Genogram An.G 29

DAFTAR TABEL

TABEL 2.1 Hasil pemerikasaan Pemeriksaan Laboratorium An.G 5

BAB 1
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Proses keperawatan merupakan metode perorganisasian yang sistematis dalam melakukan asuhan keperawatan pada individu, kelompok, dan masyarakat yang berfokus pada identifikasi dan pemecahan masalah dari respon pasien terhadap penyakitnya. Proses keperawatan digunakan untuk membantu perawatan melakukan pratek keperawatan secara sistematis dalam memecahkan masalah keperawatan. Dengan mengunakan metode ini perawat dapat mendemostrasikan gugat dan tanggung jawab pada klien sehingga kualitas praktek keperawatan dapat meningkat (Tarwoto, 2015:). Salah satu penerapan proses keperawatan pada masalah kesehatan yang lazim terjadi pada Gangguan Sistem Hematologi Demam Berdarah Dengue Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan suatu penyakit epidemi akut yang disebabkan oleh virus yang di transmisikan oleh Aedes Aegypty dan Aedes Albopictus. Penderita yang terinfeksi akan memiliki gejala berupa demam ringan sampai tinggi, disertai dengan sakit kepala, nyeri pada mata, otot dan persendian,hinggaperdarahan spontan (2019) Demam Berdarah Dengue merupakan masalah kesehatan umum yang terdapat diseluruh dunia yang jumlah kasusnya di berbagai daerah dari tahun ke tahun menunjukan peningkatan.

Jumlah kasus Demam Berdarah Dengue menurut WHO jumlah kasus penyakit Demam Berdarah Dengue setiap tahun terdapat peningkatan. Di tahun ditahun 2017 kasus yang didapatkan penderita penyakit DBD jumlah 500.000 juta dan ditahun berikut di tahun 2018 terdapat peningkatan kasus DBD tercatat sejumlah 560.586 kasus. Dan ditahun 2019 terdapat kasus sebanyak 110.921 Agustus 2020. Adapun kasus Demam Berdarah Dengue ini biasa terjadi pada negara tropis salah satunya adalah negara Indonesia menurut laporan dari kemenkes mencacatan terjadi 204.171 kasus pada tahun 2016,di tahun 2017 terdapat kasus 68.407 kasus pada 2016,di tahun 2017 terdapat kasus 68.407 pada tahun 2018 terjadi penurunan angka kasus angka pada kasus sebanyak 65.602 kasus pada tahun

2019 terdapat 15.132 kasus DBD penyakit DBD paling banyak terjadi pada anak-anak di rentang

usia 9-14 tahun kasus penyakit DBD tahun ini bisa saja menurun setelah musim hujan berakir aslkan populasi nyamuk ades aegypi selaku pembawa wabahnya juga menurut terjadi februari 2019 tercacat 15.132 kasus dengan angka kematian mencapai 145 jiwa diseluruh di Indonesia Yanti 2019 dari jumlah data kasu demam berdarah dengue yang ada di Indonesi.

Demam berdarah dengue ini juga sering terjadi di berbagai daerah yang ada di Indonesi salah satunya di kalimantan utara angka kejadian di Kalimantan Utara tercatat kasus pada tahun 2016 mengalami peningkatan berjumlah 1667 kasus, sedangkan di tahun 2017 terjadi penurunan terdapat 216 kasus, dan ditahun 2018 sejumlah 250 kasus, ditahun 2019 mengalami peningkatan sejumlah 886 kasus, sedang kan ditahun 2020 terdapat 224 kasus yang mengalami penyakit D Dari data Medical Recond Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan, terdapat data kasus di tahun 2017 113 kasus, di tahun 2018 didapatkan kasus 95 demam berdarah dan pada tahun 2019 mengalami penurunan kasus demam berdarah sejumlah 13 kasus yang menderita demam berdarah Demam Berdarah Dengue. data diatas maka penulis dapat menyimpulkan bahwa disetiap tahun penyakit demam berdarah mengalami peningkatan dan penurunan kasus,kasus dan tahun 2017 didapatkan kasus sebanyak 500.000 juta orang dan tahun berikutnya 2018 sebanyak 560.586 kasus. 2019 terdapat kasus sebanyak 4.2 juta kasus di dunia sedangkan di lndonesia juga mengalami peningkatan dan penurunan kasus penyakit demam berdarah pada tahun 2016 terdapat kasus 204.171 dan di tahun 2017 terdapat 68.407,di tahun 2018 tercatat 65.602 kasus sedangkan di tahun 2019 terdapat 15.132 kasus di indonesia berdasarkan data diatas maka penulis menarik kesimpulan akan membahas lebih lanjut tentang asuhan keperawatan gangguan sistem hematologi demam berdarah dengue di ruangan perawatan Anggrek B di Rumah sakit Daerah Tarakan Provindi Kalimantan Utara.emam Berdarah Januari-Mei (Rinawati, diakses pada tanggal 06 Agustus 2020).

1.2. **Tujuan Penulisan**

1.2.1Tujuan Umum

Adapun tujuan yang ingin dicapai pada penulisan Karya Tulis Ilmiah adalah mendapat gambaran nyata tentang pelaksanaan dan pendokumentasian asuhan keperawatan pada An.“G” dengan gangguan sistem Hematologi Demam Berdarah Dengue di Ruang Perawatan Anggrek B Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan di Provinsi Kalimantan Utara.

1.2.2 Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus yang ingin dicapai pada penulisan Karya Tulis Ilmiah ini untuk memperoleh gambaran nyata tentang pelaksanaan pengkajian keperawatan pada An.G deengan gangguan sistem hematologi demam berdarah dengue di ruangan perawatan Anggrek B rumah sakit Umum Daerah Tarakan Provinsi kalimantan utara.memperoleh gambar nyata dalam menegakkan diagnosi pada An. G dengan gangguan sistem hematologi demam berdarah dengue memperoleh gambaran nyata tentang implementasi tindakan keperawatan pada An.G dengan gangguan sistem hematologi demam berdarah dengue di ruangan Anggrek B Rumah sakit Umum Tarakan provinsi kalimantan utara memperoleh gambar nyata tentang evaluasi pada An dengan gangguan sistem hematologi demam berdarah dengue di Ruangan Anggrek B Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan di provinsi kalimantan utara adapun manfaat penulisan yang dapat diperoleh dari karya tulis llmiah ini.

1.3 Metode Penulisan

Dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini, penulisan menggunakan metode deskristif dengan pendekatan studi kasus yaitu metode ilmiah yang bersifat pengumpulan data, perumusan diagnosi keperawatan, perencanaan secara rasional,dan evaluasi ini terdiri dari keluarganya untuk menggali informasi tentang status kesehatan klien. Komunikasi yang digunakan disini adalah komunikasi terapeutik yaitu suatu pola hubungan interpersonal antara klien dan perawat yang bertujuan untuk menggali informasi menangani status kesehatan klien dan membantu menyelesaikan masalah yang terjadi.

1.Observasi Tindakan mengamati secara umum terhadap perilaku dan keadaan klien Observasi memerlukan keterampilan, displin, dan praktek klinik.

2.Wawancara merupakan proses pengumpulan data dengan cara wawancara langsung bertatap muka dengan klien atau dengan keluarga

orang terdekat dan mengajukan beberapa pertanyaan untuk mendapatkan data yang akurat mengenai keadaan klien.

3.Pemeriksaan Fisik dilakukan dengan menggunakan empat cara yaitu: inpeksi, 4.palpasi, perkusi, auskultasi, untu memperoleh data sesuai kasus kelolaan.

Studi Dokumentasasi adalah mengkaji catatan medik dan asuhan keperawatan yang berhubungan dengan klien. Yaitu data yang diperoleh dari data dokumentasi yang dapat di ruangan Anggrek B Rumah Saki Umum Daerah Tarakan

Studi Kepustakaan yaitu dengan mempelajari buku – buku dan sumber lain yang berhubungan dengan judul dan masalah Karya Tulis Ilmiah.

1.4 Sistematik Penulisan

Untuk mendapatkan gambaran secara singkat dan menyeluruh dari isi dari seluruh penulisan Karya Tulis Ilmiah ini maka sistematika penulisan terbagi dalam lima bab yaitu; Bab 1 pendahuluan, yang terdiri dari, latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan. Bab 2 landasan Teori yang terdiri, dari konsep dasar medis 1meliputi; pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, manisfestasi klinik, pemeriksaan penunjang, komplikasi, penalaksanaan pencegahan, sementara konsep dasar keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi dan evaluasi tindakan. Bab 3 merupakan tinjauaan kasus, yang meliputi: pengkajian diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi dan evaluasi. Bab 4 pembahasan yang meliputi, kesenjangan anatara teori dan kasus pada An. “G” dengan Gangguan sistem Hematologi Demam Berdarah Dengue Bab 5 penutup terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar DBD

2.1.1 Pengertian DBD

Pengertian Deman Berdarah Gengue (DBD) adalah infeksi yang di sebab kan oleh virus Dengue denga manifestasi klinis demam, nyeri otot dan nyeri sendi yang di sertai leukopenia, ruam,limfadenopati, trmbositopenia dan ditesis hemoragik (Amin huda,2016). Demam berdarah dengue merupakan infeksi yang disebabkan oleh virus dengue,virus masuk ke dalam tubuh manusi melalui gigitan nyamuk aedes aegpty betina dengan masa inkubasi 13-15 hari dengan gejala klinis yang bervariasi (Taufan 2011).Pemyakit demam berdarah dengue adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus dengue dan di tularkan nyamuk aedes aegepty atau nyamuk aedes alboicus yang masuk ke dalam dalam tubuh melalui gigitan nyamuk (Andra seferi 2013: 197). Demam berdarah dengue merupakan iinfeksi yang sebabakan oleh virus arbovirus arthodporn ditularkan oleh gigitan nyamuk aedes aegypt penyakit inin biasanya dirasakan dengan gejala demam tinggi dan adanya petechi,penyakit demam berdarah ini juga mengalami sakit di bagian sendi-sendi

2.1.2 Antomi Fisiologi

Darah terdiri dari darah terdiri atas plasama dan sel dalam darah antara lain trambisit,sel darah putih dan sel darah merah.plasama mengandung iyon dan lain adapun zat organic seperti asam amino,protein glukosa plsama darah berupa albumin,globulin dan fibrogen yang memberikan tekanan asmotic kolod tekanan onitikik tekan ini berfungsi menarik air kembali kapiler dan instersisial setelah terjadi filtrasi (Mohammad dkk 2012:97). Darah merupakan alat transportasi berbagi zat di tubuh manusia,darah berperan untuk proses hemeostatis dalam mempertahankan stabilitas darah berperan untuk berperan untuk proses hemeostatis dalam mempertahankan stabilitas lingkungan dalam tubuh dan untuk menembalikan fungsi tubuh dalam keadaan semula,dari proses hemostasis ini muncul perubahan seperti berkeringat serta mempunyai keringan munculnya

panas dalam tubuh untuk menguap keringat.sirkulasi darah meningkat peringatan serkulasi ini karena kerja jantung dan penyesuaian pembuluh darah pernafasan meningkat dalam usaha dan memenuhi kebutuhan oksigen (Mohamd dkk,97)

2.1.3 Etiologi

Penyebab utama DBD adalah virus dengue yaitu dari kelompok arbovirus.sedangkan sebagian vektornya adalah melalu arthropoda seperti nyamuk danlalat.Di Indonesia yang paling banyak sebagian vaktor virus dengue adalah jenis nyamuk aegypi betina dan aedes albopictus. Sifat nyamuk senang tinggal pada air yang jernih dan tergenang,telurnya dapat bertahan sampai berbulan-bulan pada suhu-2 C-42 C bila kelembaban terlalu rendah telur ini akan menetas dalam waktu 9 hari.nyamuk dewasa yang sudah menghisap darah 3 hari bertelur 100 butir (Amin,2016:148:149).

2.1.4 manifestasi klinis

ViruS dengue masuk ke dalam tubuh melalui gigitan nyamuk aedes aegypti dan kemudian akan beraksi dengan antibodi dan terbentuk kompleks virus antibody dalam sirkulasi akan mengetivitasi sistem komplement.akibat aktifitas akan dilepas dua peptida yang berdaya untuk melepaskan histamin dan merupakan mediator kuat sebagai faktor mengingginya permeabilitas diding pembuluh darah dan menghilangkan plasma melalui edotel (Amin 2016: 154).Terjadi trambospenia menurutnya fungsi trambosit dan menurunya faktor koagulasi merupakan faktor penyebab terjadainya pendarahan hebat terutama perdarahan saluran gastrointetinal pada DBD. Yang menentukan beratnya penyakit adalah meningginya permeabilitas diding pembuluh darah menurunya volume plsma terjadinya hipotensi trambositopenia dan diatesis hemoragik.terjadi secara akut.nilai hematokrit meningkat bersamaan dengan hilangnya plasma melalui endotel dinding pembulluh darah.dan dengan hilangnya plasma klien mengalami hypovelemik apabila tidak diatasi bisa terjadi anoksia jaringan,asidosis metabolik dan krmatian (Amin 2016:154).

2.1.5 Patasifsiologi

Menurut Andra (2012) tanda dan gejalan yang sering dirasakn penderita demam berdarah sebagi berikut :

1. Demam tinggi selama 2-7 hari suhu 38-40 Perdarahan trauma perdarahan bawahkulit,ptechieekhimosis,hematoma,epistaksis,hematemesismelena hematuri mual muntah
2. Tidak ada nafsu makan,diare konstipasi nyeri otot tunlang sendi, abdomen dan uluh hati,sakit kepala
3. Pemebekan pada sekitar mata,pembesaran hati,limpa, dan kelenjar gatah bening

   Tanda-tanda rejatan (sianos kulit lembab dan dingin tekanan darah menurun,gelisa capillary refill lebih dari dua detik,nadi cepat dan lemah
4. Perdarahan pada hidung,rasa sakit pada otot dan persendian,timbul bintik-bintik merah pada kulit akibat pecahnya pembuluh darah pembesaran hati
5. Gejala klinis lainya yang sering menyertai yaitu anoreksia hilangnya nafsu makan.

2.1.6 Pemeriksaan penunjang

Menurut Andra (2015) pemeriksaan penunjang pada penyakit deman berdarah dengue merupakan:

1 .Trmbositopenia (100.000/mm3

2. Hb dan pch meningkat (20%)

3. Leukopenia (mungkin normal atau lekositosis)

4. Serologi (Uji H) Respon antobody sekunder

Pada derajat yang berat perksa hb,pcv berulang kali setiap jam atau 4-6 jam apa bila sudah menunjukan tanda perbaikan Faal hemostasi. FDP,EKG,foto adad,BUN, creatinin serum

2.1.7 Komplikasi

Menurut soedarto (2012:49) komplikasi demam berdarah dengue yaitu:

1. Komplikasi susunan system syaraf pusat
2. Komplikasi pada susunan syetem syaraf pusat (SPP) dapat berbentuk konfuls, kaku kuduk,perubahan kesadaraan dan paresis
3. Ensefalopa komunikasi neourologik ini terjadi akibat pemberian cairan hipotonil yang berlebihan
4. Infeksi
5. Kerusakan hati

6. Kerusakan otak
7. Resko syok
8. Kejang-kejang

2.1.8 Penatalaksanaan

Menurut andra(3013) pelaksanaa penyakit deman berdarah bengue yaitu: Memggunakan lnsektisida Melatiaon untuk membunu nyamuk dewasa (adultisida) dengan pengesapan thermal fogging atau pengabutan coldfogging.Temesphis abate untuk membunuh jentik larvasida dengan menabur pasir abate kebejan-bejana tempat penampungan air bersih,dosis yang digunakan adalah 1ppm atau 1 gram sg 1/ per 10 liter air. Tampa insektis caranya adalah menguras tempat penampungan air minimal 1x seminggu (perkemangan telur nyamuk lamanya 7-10 hari) menutup tampungan air rata-rata membersikan halaman rumah dari kaleng-kaling bekas,botol,dan benda lain tempang nyamuk besarang perlingungan perseorang untuk mencega gigtan dengan memasang kawat di lubang angin nyamuk dengan memasang kawat dilubang angin di ataas jendela

2.1.9 Pecegahan

Amin dan Hardhi 2016:153 pencegahan pada penyakit DBD

1. Lakuakn langkah 3M, yaitu menguras penampungan air, mengubur barang bekas, mendaur ulang barang bekas.
2. Gunakan pakaian yang tertutup seluruh bagian tubuh, seperti celana panjang, kemeja lengan panjang, serta kaus kaki, terutama jika anda melakukan perjalanan ke daerah tropis.
3. Gunakan obat pengusir nyamuk dengan konsentrasi paling sedikit 10 persen diethyoluamide (DEET), atau konsenterasi yang lebih tinggi untuk pemaparanyang lebih lama. Hindari penggunaan DEET pada anak-anak.
4. Tutup pintu dan jendela rumah jka sudah menjelang sore karena nyamuk Aedes biasanya banyak berkeliaran di waktu senja.
5. Hindari berada di luar rumah pada dini hari, sore dan malam hari dimana nyamuk banyak berkeliaran.

2.2 Konsep Dasar Keperawatan

2.2.1 pengkajian

Proses keperawatan adalah metode perorganisasian sistematis dalam asuhan keperawatan pada individu kelompok data masyarakat yang berfokus pada indentitas dan pemecahan masalah dari respon pasien trhadap penyakit proses keperawatan digunakan untuk membantu perawat melakuakn peraktek keperawat secara sistematis dalam memecah masalah keperawatan dengan menggunakan metode inin perawat dapat mendemostrasikan tanggung gugut dan tanggu jawab pada klien sehingga kualitas pratek keperawatn dapat meningkat (Tawoto dan Wartono,2015) Pengkejian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sostematis dalam pengumpukan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi danmengidentifikasi status kesehatan klien (Budiono dan sumirah 2017). Nursalam dkk (2011:163:165) pengkajian yang dilakukan pada penderita gangguan sistem hematologi demam berdarah dengude.

1.Idntitas klien

Nama,umur (DBD) paling senang sering menyerang anak-anak dengan usia kurang dari

Dari 15 tahun jenis,jenis kelamin,alamat,pendidikan,agama,suku,

2.Keluhan utama

Didapatkan adanya keluhan panas mendadak yang disertai menggil dan saat demam kesadar kompos metis turunnya panas terjadi antara hari ke-3 dan ke-7,dan anak semakin lemah. Kadang-kadang disertai dengan keluhan batu kpelek nyeri otot dan persendian,nyeri uluh hati dan pergerakan bola mata terasa pegel,serta adanya manisfestasi perdarahan pada kulit,gus

2 Riwayat penyakit

yang pernah di derita penyakit yang pernah di derita pada DBD anak bisa mengalami serangan ulang DBD dengan tipe virus yang lain.

3 Riwayat imunisasi

Apa bila anak mempunyai kekebalan yang baik makan kemungkinan akan timbulnya komplikasi dapat dihindari.

4 Riwayat gizi

Status gizi anak yang menderita DBD dapat bervariasi.semua anak sengan status gizi baik maupun buruk berisiko. Apa bila terdapat faktor prediposisnya.anak yang menderita DBD sering mengalami keluhan mual,muntah dan nafsu makan menurun apa bila kondidsi ini berkelanjutan dan tidak disertaindengan pemenuhan nutriai yang mencukupi maka anak dapat mengalami penurunan berat badan sehingga status gizinya kurang.

5. Kondisi lingkungan

Sering terjadi di daerah penduduknya dan lingkungan yang kurang bersi seperti yang menggenang dsn gantung baju di kamar.

6. Pola kebiasan

Nutrisi dam metabolisme frekuensi jenis pantang nafsu makan berkurang dan nafsu Makan menurun.meliminasi alvi buang air besr kadang-kadang anak mengalami diare/konstipasi. Selam DBD pada grade 11b bisa menjadi melemah. Tidurndan istrahat anak sering mengalami kurang tidur karena mengalami sakit atau nyeri otot dan persendian sehingga kualitas dan kualitas tidur maupun istrahat kurang.kebersihan upaya keluarga untuk menjaga kebersihan diri dari lingkungan cenderung kurang terutama untuk memberikan tempat sarang Nayamuk aedes aegypti.perilaku dan tanggapan bila ada keluarga yang sakit yang serta upaya untuk menjaga kesehatan.

7. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik meliputi: inspeksi,palpasi,auskultasi,dan perkusi dari ujing rambut sampai ujung kaki.berdasarkan tingkat grad DBD keadaan fisik anak adalah sebagai berukut: Grade 1: kesadaran kompos metis,keadaan umum melemah,tanda- tanda vital dan nadi lemah.Grade 2: kesadaran kompos metis keadaan umum melemah ,ada perdarahan spontan peteki,perdarahan gusi dan telinga,serta nadi lemah,kecil,dan tidak teratur

2.2.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu pertanyaan yang mengambarkan respon keadaan sehat atau perubahan pola interaksi aktual atau potensial dari individu atau kelompok tempat secara legal mengidenf2ikasi dan and dapat membe rikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan atau untuk

mengurangi menyingkir atau mencega perubahan (Budiono dan Budi,2015:145). Pengertian lain menyebutkan bahwa diagnosa keperawatan merupakan penilain klinis tentang respon individu ,keluarga atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau prose kehidupan aktual ataupun potensial sebagai dasar pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil tempat perawat bertanggung jawab.(Budiono dan Budi 2015:145).

Menurut Andra (2013:205) diagnos yang muncul pada klien demam berdarah dengue yaitu:

1. Hipertemi berhubungan dengan proses infeksi penyakit
2. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan mengaborasi makanan
3. Hipovelimia berhubungan dengan proses infeksi virus
4. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan proses infeksi virus
5. Riseko perdarahan

Perencanaan

Perencanaan merupakan pengembangan strategi desin untuk mencegah mengurangi dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidenfikasikan dalam diagnosa keperawatan desain perecanaan menggambencana tarkan sejauh mana mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efsien tujuan perencanaan keperawatan yaitu untuk tujuan administrasi,tujuan klinik,kegiatan dalam tahap perencanaan kegiatan yaang di lakukan pada perencanaan antara lain menentukan prioritas masalah keperawatan menetapkan tujuan dan kriteri hasil merumuskan rencana tindakan keperawatan dan menetapakan rasional rencana tindakan keperawatan (Budiono dan Budi,2015:140).

2.2.4 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang mungkin muncul menurut Andra 2015 yaitu:

1. Hipertemi berhubungan dengan proses infeksi penyakit
2. Difisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan mengabsorsi makanan
3. Hiportemi berhubungan dengan kehilangan cairan aktif Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan proses infeksi virus
4. Resiko pendarahan

2.2.5 Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan yang mucul pada An.G demam berdarah dengue yaitu Andra 2015: 105: 107). Hipertemi berhubungan dengan proses infeksi penyakit.Setelah di lakukan asuhan keperawatan,di harapkan suhu tubuh normal .Difisif nutrisi berhubungan dengan tidak mampuan mengbsorsi makananSetelah di lakaukan asuhan keperawatan kreteria hasinya: klien mampu menghabiskan makan yang telah di sediakan,berat badan stsbil,mukosa bibir lembab, tidak ada mual mundah,tidak ada kelemahan.Hiportemi berhubungan dengan kehilangan cairan aktif Setelah dilakuan asuahan keperawatan di harapkan kreteri hasil yaitu: monitor verkuensi nadi,tekana darah.tugor kulit Resikoh pendarahan setelah dilakuan asuhan keperawatan kereteria hasil: tidak ada terjadi penderahan lebih lanjut,jumlah trambosit meningkat dalam batas normal.

2.2.6 Implementasi keperawatan

Implementasi adalah Pelaksanaan keperawatan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah tetapakan kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data perkelanjutan,mengobdervasi respon klien selama dan sesudah pelalsanaan tindakan,serta menilai data yang baru didapatkan selama proses tindakan keperawatan yang telah dilandaskan (budiono,2017: 191).Pelaksaan keperawatan adalah relasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah diterapkan kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan,mengobservasi respon klien selama dan sudah pelaksaan tindakan psikomotor (Budiono dan Budi 2015:196). Faktor yang mempengaruhi pelaksaan keperawatan antar lain.kemampuan intekual teknis dan interpesonal,kemapuan menilai data baru.kreativitas dan inovasi dalam membuat modifikasi rencana tindakan,penyusuain selama berinteraksi dengan klien kemampuan mengambil keputusan dalam memdifakasi pelaksanaan kemampuan untuk menjamin kenyamanan dan keamanan serta aktifitas tidakan,tahap-tahap persiapan,tahap pelaksanaan,tahap sudah pelaksaan (Budianto dan Budi,2019)

2.2.7 Evaluasi

Pengertian evaluasi adalah penilain dengan cara membansingkan perubahan keadaan pasien hasil yang di amati dengan tujuan kritera hasil yang dibuat pada tahap perencanaan tujuan evaluasi antara lain menghakiri rencana tindakan

keperawatan,memodifikasi rencana tindakan keperawatan serta meneruskan tindakan keperawatan proses evaluasi terdiri dari mengukur pencapain tujuan dan penentuan keputusan.macam-macam evaluasi terdiri atas evaluasi proses formatif dan evaluasi hasil sumatif evaluasi pada dasarnya dilakukan untuk mengetahui apakah tujuan yang di tetapkan sudah di capai atau belu olrh karena itu evaluasi dilakaukan sesuai dengan kerangka waktu.

BAB 3
TINJAUAN KASUS

Bab ini mengambarkan hasil pelaksanaan tindakan keperawatan klien An.“G” yang di Ruang Perawatan Anggrek B Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan Provinsi Kalimantan Utara dengan Diagnosa Medis “Demam Berdarah Dengue” di mulai tanggal 17sampai Juni 2019 adapun pelaksanaan asuhan keperawatan dilakukan tahap demi tahap yang diawali dengan pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan tindakan pelaksanaan dan evaluasi.

3.1 Pengkajian

3.1.1 Indetias klien

Klien Nama klien An.“G” dengan tanggal lahir Tarakan 21 Desember 2010 dengan usia 9 tahun,jenis kelamin laki-laki, Agama Islam, Alamat Jembatan Besi RT 1, tanggal masuk 11 Juni 2019, diagnosa medik “Demam Berdarah Dengue” dengan nomor registrasi klien 003341, di Ruang Perawatan Anggrek B di Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan.

3.1.2 Identitas Orang Tua/Penanggung jawab

Ayah Klien Nama Ayah Tn.“Y” usia 37 tahun, Agama Islam, Pendidikan SMP, Pekerjaan Swasta, Alamat Jembatan Besi RT 1 Ibu Klien Dan nama ibu Ny.“S”, usia 34 tahun, Agama Islam, Pendidikan SMA Pekerjaan Ibu Rumah Tangga, Alamat Jembatan Besi RT 1

3.1.2.1 Riwayat Kesehatanb

3.1.2.2 Keluhan Utama

Ibu klien mengatakan klien demam suhu tubuh naik turun

3.1.2.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Pada tanggal 17 juni 2019 ibu klien membawa anaknya ke Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan dengan keluhan anak nya demam tinggi, Ibu klien mengatakan anaknya batuk tapi tidak ada dahak yang keluar, anak nya mengigil, suhu tubuh 39 ^{0}C, mata klien pucat, kulit klien teraba hangat, mata klien kemerahan, mata klien berair. Anaknya kurang nafsu makan, porsi makan 2 sendok. Anak nya sesak, terdengar suara nafas tambahan ronchi, pernapasan 25 kali permenit TD: 100/80 mmHg, ibu klien merasa bingung, ibu klien tampak

tegang, ibu klien mengatakan merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, ibu mengatakan merasa cemas.

3.1.2.4 Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Ibu klein mengatakan klien perdah sakit seperti ini kejalah yang klien rasa kan, yaitu:

1. Perinatal

Ibu klien mengatakan saat hamil rutin memeriksa kandungannya ke dokter sekali sebulan melakukan pemeriksaan, ibu klien mengatakan keluhan saat hamil mual/muntah, dan dianjurkan dokter banyak-banyak istirahat

2. Natal

Ibu klien mengatakan melahirkan di Rumah Sakit Tarakan dengan persalinan normal ditolong oleh bidan dan perawat, tidak ada komplikasi yang dialami oleh ibu saat persalinan, jenis persalinan ibu normal

3. Post Natal

Ibu klien mengatakan klien lahir dengan keadaan sehat tidak ada gangguan penyakit lain

4. Riwayat berhubungan cacat bawahan/alergi/kesehatan

Ibu klien mengatakan tidak ada cacat bawahan klien pernah mengalami batuk dan pilek dan demam,ibu klien mengatakan klien tidak mempunyai alergi makanan atau obat.

5. Riwayat penyakit yang pernah di derita

Ibu klien mengatakan klien pernah mengalami demam tinggi dan batuk-batuk

6. riwayat hospitalisasi

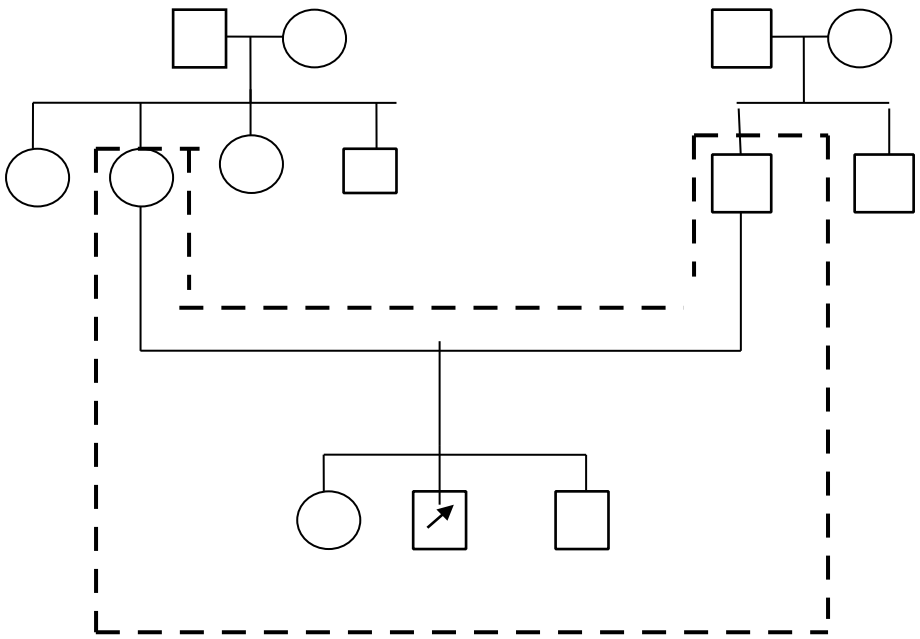
Ibu klien mengatakan klien tidak pernah di rawat rumah sakit

3.1.2.5 Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu klien mengatakan tidak mengalami penyakit DM, Asma, hipertensi ,kaker

Genogram

:



Bagan 3.1 Genogram keluargAn.G

Keterangan:

= Laki-Laki

= Garis keturunan

= Perempuan

X = Meninggal

= Klien

..... = Tinggal Serumah

Penjelasan :

G1: Kedua orang tua ayah dan ibu klien masih hidup dan dat.

G2: Ayah klien dan ke dua dari tiga bersaudara dan tidak memiliki riwayat penyakit yang serius. Ibu dan saudara perempuanya dan tidak memiliki riwayat penyakit yang serius.

G3: Klien anak ke 2 dari 3 bersaudara, klien tinggal serumah dengan orang tua dan saudara.

3.1.3 Riwayat imunisasi

Ibu klien meng atakan imunisasi anaknya lengkap sesuai dengan tahap tumbuh kembang anak. Adapun jenis imunisasi yang klien telah dapatkan BCG sekali, ibu klien mengatakan reaksi setelah di berikan imunisasi menimbulkan bekas suntikan dan jaringan parut, DPT diberikan sebanyak tiga kali dengan reaksi demam, imunisasi Polio diberikan kepada klien empat kali dan ibu mengatakan setelah diberikan imunisasi vaksin Polio tidak menimbulkan dampak, imunisasi Campak diberikan sekali dan ibu klien mengatakan reaksi setelah diberikan imunisasi demam, imunisasi hepatitis diberikan sekali pada klien dan ibu klien mengatakan reaksi setelah diberikan imunisasi hepatitis demam.

3.1.4 Riwayat Tumbuh Kembang

Ibu klien mengatakan klien lahir dengan BB 3.200 Gram, PB 43 cm dan ibu klien mengatakan pertumbuhan gigi pertama klien setelah tujuh bulan gigi klien tumbuh, ibu klien mengatakan gigi klien jatuh pertama kali nya diwaktu umur 4 tahun

3.1.5 Riwayat Nutrisi

Ibu klien mengatakan klien diberikan ASI hingga usia satu tahun dan klien diberikan susu formula karena ASI ibu klien kurang.

3.1.6 Riwayat Psikososial

Ibu klien mengatakan klien tinggal bersama orang tua dan saudara nya, klien

3.1.7 Riwayat spritual

Ibu klien mengatakan beribadah dengan cara sholat dan menga

3.1.8 Riwayat Hospitalisasi

Pengalaman Keluarga Tentang Sakit Dan Rawat Inap Ibu klien mengatakan klien dibawa ke Rumah Sakit karena mengalami demam tinggi 39˚C batuk dan pilek, dokter menceritakan penyakit anaknta,orang tua klien sedikit

cemas dan sedih tententang kondisis penyakit anaknya orang tua,ibu klien yang menjaga klien selama dirawat di Rumah sakit Umum Daerah Tarakan Reaksi Anak Selama di Rawat ibu klien mengatakan saat dirawat di rumah sakit klien merasa lesu,kurang nafsu makan

Aktivitas Sehari-Hari

2.9.1.1 Nutrisi

1. Sebelum Sakit

   Ibu klien mengatakan klien makan tiga kali sehari, selera makan baik, klien makan porsi tidak menentu dengan menu makanan nasi, sayur, daging ikan dan ayam, klien mencuci tangan sebelum makan, klien tidak menggunakan bantuan makanan enteral.

2. Saat Sakit

   Ibu klien mengatakan klien makan 2 kali sehari, selera makan kurang baik, klien makan ± sampai 1 porsi tidak dihabiskan tidak menentur dengan menu makanan bubur, ikan dan sayur yang disediakan oleh tim gizi, klien menolak makan, klien mencuci tangan sebelum makan, klien tidak menggunakan bantuan makanan enteral.

2.1.9.2 Cairan

1. Sebelum Sakit

   Ibu klien mengatakan klien minum air putih 6 – 7 gelas perhari atas sekitar 1.620CC tidak menentu, tidak menggunakan bantuan cairan parenteral.

2. Saat Sakit

   Ibu klien mengatakan klien minum air putih ± 5-6

   Gelas/hari atau sekitar ± 1.200 cc tidak menentu, terpasang infus

2.1.9.3 Eliminasi BAK

1. Sebelum Sakit

   Ibu klien mengatakan BAK ± 4 kali perhari, warna kencing kuning jernih, bau urin tidak amononiak, tidak mengalami kesulitan saat BAK, tidak menggunakan obat deuretik.

2. Saat Sakit

Ibu klien mengatakan klien BAK 3 kali/hari, warna kencing kuning jernih, bau amoniak, tidak mengalami kesulitan saat BAK, tidak menggunakan obat deuretik.

1.2.9.3 Elimanasi BAB

1. Sebelum Sakit

   Ibu klien mengatakan klien BAB 2 kali sehari tidak menentu konsistensi feces lunak, berwarna kuning, berbau khas feces, tidak mengalami kesulitan BAB, tidak menggunakan obat pencahar.

2. Saat Sakit

   Ibu klien mengatakan klien BAB ± sekali sehari, konsistensi feces padat, berwarna kuning, berbau khas feces, tidak mengalami kesulitan BAB, tidak ada riwayat berak darah, tidak menggunakan obat pencahar.

2.1.9.4 Istirahat Tidur

1. Sebelum Sakit

   Ibu klien mengatakan klien tidur ± 10 jam/hari tidak menentu, siang hari ± 2 jam teratur, malam hari ± 8 jam tidak teratur, sebelum tidur klien mencuci muka lalu klien berdoa, tidak mengalami kesulitan untuk tidur.

2. Saat Sakit

   Ibu klien mengatakan klien tidur 7 jam/hari tidak menentu, siang hari 4 jam tidak teratur, malam hari 8 jam tidak teratur, sebelum tidur klien bermain game di handphone lalu berdoa sebelum tidur, tidak ada kesulitan tidur.

2.1.9.5 Olahraaga

1. .Sebelum sakit

   Ibu klein memgatakan klien bermain dengan tetangganya atau saudaranya

2. saat sakit

   klien hanya berbaring di tempat tidur saja

2.1.9.6 Hygiene

1. Sebelum Sakit

   Ibu klien mengatakan klien mandi dua kali sehari dengan mandiri, menggunakan sabun mandi, mandi dengan cara diguyur dengan air, klien mencuci rambut dua kali sehari pada saat mandi menggunakan shampoo

dengan cara diusap diseluruh rambut, klien memotong kuku sekali seminggu.menggunakan gunting kuku, klien gosok gigi sekali sehari dengan cara digosok dengan sikat dan pasta gig

2. Saat Sakit

   Ibu klien mengatakan selama dirawat di Rumah Sakit klien belum pernah mandi karena klien masih dalam kondisi sakit, klien hanya diseka menggunakan tissu basah dan air hangat, klien juga belum keramas, sikat gigi dan memotong kuku karena kuku masih pendek.

2.1.9.7 Akitifiras mobilitas fisik

1. Sebelum sakit

   ibu klien mengatakan klien selalu bermain dengan tetangganya dan saudarahnya

2. sakit sakit

   klien hanya berbaring di tempat tidur saja

2.1.9.8 Rekreasi

Ibu klien mengatakan wakru luang disi dengan bermain dengan tetangganya atau saudaranya

2.1.10 Pemeriksaan Fisik

3.1.10.1 Keadaan Umum

Keadaan umum klien lemah Kesadaran

1. Kesadaran klien Compos mentis dengan GCS: skor 15, E: 4, V: 5, M: 6.
2. Tanda – tanda vital klien TD: 100/80 mmHg S: 39˚C HR: 112
3. Kali/menit RR 25 kali permenit.
4. Berat Badan

   Berat badan klien sebelum sakit 20 kg, dan saat sakit berat badan klien adalah 19 KG Tinggi Badan klien 127 cm.

   Kepala

5. Warna rambut

   klien hitam, penyebaran merata, tidak mudah rontok, rambut acakan, tidak ada lesi, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, tekstur rambut halus.

6. Muka

   Wajah klien simetris antara kiri dan kanan, bentuk wajah oval, wajah pucat, tidak ditemukan nyeri tekan pada wajah.

7. Mata

   Mata klien simetris antara kiri dan kanan, tidak ada edema, scelera tidak ikterus, conjungtiva pucat, pupil kiri dan kanan isokor dengan ukuran 2 mm, dan miosisi saat di rangsang cahaya, dapat mengerakan bola mata keatas, samping dan bawah, kelopak mata tertutup secara utuh, bulu mata utuh, kening utuh, pengelihatan tidak kabur, visus

8. Hidung dan Sinus

   Hidung klien simetris antara kiri dan kanan, tidak ada kelainan bentuk hidung, tidak ada cuping hidung, septum utuh, adanya secret,

10 mukosa berwarna Bibir klien simetris antara atas dan bawah, bibir lembab,

11 gigi utuh, adanya karies dan gigi berlubang, jumlah gigi 32 buah, gusi merah mudah, tidak ada pembekakan, tidak ada nyeri tekan.Bentuk telinga simetris antara kiri dan kanan, daun telinga utuh, lubang telinga bersih, tidak ada nyeri tekan.

12.Mulut

   berwarna merah muda, tidak ada perdarahan gusi, lidah kotor, dapat merasakan rasa manis, asam dan pahit, dapat merasakan panas dan dingin, mulut bau, palatum utuh, klien mampu berbicara dengan baik.

12. Tenggorokan

   Warna mukosa merah muda, tidak ada pembesaran tonsil, tidak adanya nyeri tekan, dan tidak ada gangguan menelan

13. Leher

   Tidak ada pembesaran kelenjar limfa, tidak ada peningkatan vena jungularis, tidak adanya nyeri tekan

14. Bentuk dada

   normal chest, simetris antara kiri dan kanan, RR: 25 kali permenit, pernapasan cepat dan dangkal, irama teratur, tidak ada rektrasi dinding dada, tipe pernafasan dada dan perut, perkusi dada sonor, tidak ada nyeri tekan pada dada, suara nafas tambahan ronchi

15. Jantung

    Ictus cordis teraba di Inter costae (ICS) ke 5, tidak ada pembesaran jantung, bunyi jantung 1 terdengar lub di ICS 2 dan 3 dan bunyi jantung 2 terdengar dub di ICS 4 dan, tidak terdengar bunyi jantung tambahan.

16. Abdomen

    Perut klien datar, tidak ada bekas luka, tidak ada bengkak, paristaltik usus kali permenit, tidak ada pembesaran hepar dan lien, tidak ada nyeri tekan, perkusi abdomen tympani.

17. Genetalia

    Tidak ada fistula urinaria, lubang uretra utuh, tidak ada pembesaran skrotum, genetalia tidak ganda, tidak ada hydrokel.Anus Lubang anus paten, tidak ada kelainan pada lubang anus.

18. Ekstremitas Atas

    Kekuatan otot tonus otot tangan kanan dan kiri baik, dapat merasakan rangsangan panas, dingin dan nyeri, koordinasi gerak tangan kanan dan kiri sesuai, terpasang infus ditangan sebelah kanan dengan cairan wida 45% 10 tetes/menit.

19. Ekstermitas Bawah

    Kekuatan otot tonus kaki kanan dan kiri baik,dapat merasakan rangsangan panas, dingin dan nyeri, koordinasi gerak kaki dan kanan sesuai.

20. Integumen

    Turgor kulit klien elastis, tidak ada lesi, kulit kering, warna kulit klien putih, tidak ada clubbing finger, CRT < dari 2 detik, akral teraba hangat

3.1.12 bPemeriksaan penjunjang

Tabel 3.1 pemeriksaan Laboratorim An.G

Pemeriksaan	Hasil	Rujukam
Hemoglobin	10.g/dl	10.3-14.9 g/dl
Leukosit	1.50 10 3/UI	4.00-12.00
Eritrosit	4.66 10 6/ uL	10/uL
Hematokrit	32.9%	4.00-5.50
Trambosit	75.10 3/uL	10/uL
MCV	70.5 FL	37-43%
MCH	24.4 pg	150-450 10/uL
MCHC	34.3 g/L	82.0-96.0 fl
Neutefil	33.5%	27.0-31.0fl
Limbosit	56.3%	32.0-37.0 fl
MXD	10.2%	32-52%
GDS	Tidak dilakukan	20.0-40.%
		2.0-8.0%
		60-100mmg/dll

3.1.13 Terapi saat ini

1.paracetamol injeksi 90 mg/24jam

2.Terapi inhalasi ventolin 12/jam

3.wida 45% 10 tetes pemenit/12jm

3.1.4 Data Fokus

3.1.14 ubjektif

1. Ibu klien mengatakan membawa anaknya ke RSUD Tarakan dengan keluhan anaknya demam tinggi
2. Ibu klien mengatakan anaknya batuk-batuk
3. Ibu klien mengatakan dahaknya tidak keluar
4. Ibu klien mengatakan anaknya menggigil
5. Ibu klien mengatakan anaknya sesak

6. Ibu klien mengatakan merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi

7. Ibu klien mengatakan cemas

3.1.14.2 Objektif

1. .Suhu tubuh klien 39C
2. Klien tampak pucat
3. Mata klien kemerahan dan berair
4. Terdengar suara nafas tambahan ronchi
5. Klien terlihat batuk-batuk
6. Pernapasan 25x/m
7. TD: 100/80mmhg
8. Ibu klien merasa bingung
9. Ibu klien tampak tegang

3.1.15 Analisa data

Analisa data

Data subjektif

1. Ibu klein mengatakan membawa anaknya ke ruumah sakit umum tarakan dengan keluhan anaknya demam tinggi
2. Ibu kllien mengatakan anaknya mengigil

Data objektif

1. Suhuh butuh klien 39 C
2. Klien tampak pucat
3. Mata klien terlihat kemerahan dan berair
4. Kulit teraba hangat
5. Masalah:hipertemi proses penyakit

Data subjektif

1. ibu klien mengatakan anaknya batuk-batuk
2. ibu klien mengatakan tidak ada dahak keluar
3. ibu klien mengatakan klien sesak

Data objektif

1. terdengar suara nafas tambahan ronchi
2. klien terlihat batuk-batuk

3. pernapasan 25x/m

masalah:bersih jalan nafas sekresi yang tertahan

analisa data 3 pada tanggal 17 juni 2019

Data subjektif

1. ibu klen mengatakan merasa khwatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
2. ibu klien mengatakan cemas

Data objektif

1. ibu klien merasa bingung
2. ibu klien tampak tegang
3. masalah:ansietas kurang terpapar informasi

Diagnosa keperawatan

Berdasarkan pengkajian data diatas,makah diagnosa keperawatan yang muncul berdasar prorias:

1. herpertermi berhubungan dengan proses penyakit
2. bersih jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan
3. Anisetas berhubungan dengan proses penyakit

perencanaan

1. Hipertemia berhubungan dengan proses penyakit

   tujuan; setelah dilakaukan tindakan 1x24 jam diharapkan hipertemi dapat teratasi dengan kriteri hasil:suhu tubuh normal
2. bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang bertahan

   tujuan: setelah dilakuakn tindakan 3x24 jam di harapkan kriteria hasil: suara nafas membaik
3. Ansietas berhubung dengan kurang terpapar informasi

Tujuan:setelah di lakuan 3x24 jam di hsrarapkan dapat teratasi. Kreteria hasil,perilaku gelisa menurun,perilaku tegang menurun

Intervensi keperawatan

1. Monitor suhu tubuh klien
2. Mengajurkan klien memakai pakaian yang tipis
3. Anjurkan pendinginan eksternal
4. Anjurkan klien banyak minum air

5. Kaloborasi pemberian obat paracetamol
6. Hipertemi berhubungan dengan proses penyakit

Tujuan : setelah di lakukan tindakan keperawatan pada An.G selama 1x24 jam di harapkan hipertemia dapat teratasi dengan kreteria hasil

1) Suhu tubuh membaik
2) Menggigil(5)menggigil

Intervensi keperawatan

1. Kaji pernapasan dan bunyi napas
2. Berikan posisi semipoler
3. Berikan terapi nebulizer
4. Anjurkan klien minum air hangat
5. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan

Tujuan : setelah di lakukan tindakan keperawatan kepada An.G selama 1x24 jamdi harapkan jalan napas dapat teratasi dengan kreteria hasil :

1) Suara napas normal
2) Batuk efektif(5)meningkat

Intervensi keperawatan

1. Monitor tanda-tanda ansietas
2. Jelaskan prosedur tindakan termasuk sensasi yang di berikan
3. Dengarkan dengan penuh perhatian
4. Ajarkan teknik relakasi

Tujuan : setelah di lakukan tindakan keperawatan pada An.G selama 1x24 jam di harapkan ansientas dapat teratasi dengan kriteria hasil :

1) Prilaku gelisa menurun
2) Prilaku tegang menurun

Implementasi

Implementasi hari ke 1 tanggal 17 juni 2019

diangnosis 1. Hepertemi berhubungan dengan proses penyakit

1.pukul 8:5: monitor suhu tubuh klien

Hasil : suhu klien 30C

Pukul 10:15 mnganjurkan klien memakai pakaian tipis

Hasil klien di berikan pakaian yang tipis

Pukul 10:20 manganjurkan pendidingan estranal

Hasil: klien di berikan kompres hangat

Pukul 11:00 menanjurkan klien banyak minum air

Hasil: klien klien minum air mineral dan the

Pukul 11:5 berkaloborasi pemberian obatparacetmol

Hasil: klien di beri obat paracetamol 90 mg per 24 jam dengan cara pemberian intravena dan klien masih demam

dianosis 2 Dagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekret yang tertahan

P ukul: 9:00 kaji pernapasan dan bunyi napas

Hasil: RR 25X/m bunyi nafas ronchi

Pukul:9:10 memberikan posisi semi fowler

Hasil: pasin di beri posisi semi fowler

Pukul 9:20 memberi terapi nebulizer

Hasil: klien diberikan nebulizer ventolin per 12 jam

Pukul:10:00 mengajurkan klien minum air hangat

Hasil:klien minum air hangat.

Dianosis 3 diangsonas ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Pukul:11:5 monitor tanda-tanda ansietas

Hasil: ibu klen cemas tentang penyakit klien yang di derita klien

Pukul 11;10 menjelaskan prosedur tindakan termasuk sensasi yang diberikan

Hasil: ibu klien di beri penjelasan tentang prosedur tindakan yang diberikan pada klien dan sensasi yang dirasakan

Pukul 11:12 mendengarkan dengan penuh perhatian

Hasil: mendengarkan keluhan ibu klien

Lmplementasi haru ke 2 tanggal 18 juni 2019

Pukul 20;00 monitor suhu klien

Hasil: suhu tubuh klien 37,5 C

Pukul 20:5 mengajurkan klien memakai pakai yang tipis

Hasil: klien di berikan pakia yang tipis

Pukul:20:10 mengajurkan pendidingan ekstrrnal

Hasil: 21:00 mengajurkan klien banyak minum air

Hasil: klien minum air putih dan the

Pukul:21:00 berkolaborasi pemberian obat paracetamol

Hasila: klien di beri obat paracetamol injeksi 90 mg per 24 jam diberikan dengan cairan intravena

Pukul : 21: 5 mengkaji pernapasan dan buyi napas tambahan

Hasil: RR 25 X/m terdapat bunyi napas tambahan ronchi

Pukul:21:10 memberikan klien posisi semi fowler

Hasil: klien di berikan posisi semi fowier

Pukul:22:5 memberikan terapi nebulizer

Hasil: diberikan terapi nebulizer ventolin per 12 jam

Pukul:22:15 mengajurkan klien minum air hangat

Hasil: klien minum air hangat.

Pukul:22:30 monitor tanda-tanda ansietas

Hasil: ibu klien mengatakan sudah tidak terlalu cemas

Pukul:11:5 menjelaskan prosedur tindakan termasuk sensasi yang di berikan

Hasil: ibu klien di beri penjelasan tentang prosedur dan sensai yang di berikan

Pukul:11:10 mendengarkan dengan penuh perhatian

Hasil: mendengar keluhan ibu klien tentang penyakit klien

Pukul:11:20 mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam

Hasil: ibu klien diajarkan teknik relaksasi nafas dalam

Implementasi hari ke 3 Tanggal 19 juni 2019

Pukul:21;00 memonitor suhu klien

Hasil: suhu tubu klien 36,4 C

Pukul: 21:10 mengajurkan klien memakai pakaian yang tipis

Hasil: klien memakai pakaian yang tipis

Pukul: 21:25 mengajurkan pendinginan eksternal

Hasil: klien diberikan kompres hangat

Pukul:22:10 mengajurkan klien banyak minum air

Hasil: klein banyak minum air

Pukul:22:20 berkolaborasi pemberian obat paracetamol

Hasil: diberikan paracetamol 90 mg per 24 jam diberikan dengan cara intravena

Pukul: 11:5 mengkaji penapasan dan bunyi napas

Hasil: RR 20 X/M tidak ada suara tambahan

Pukul:11:15 memberikan terapi nebulizer

Hasil: klien diberikan terapi nebulizer ventolin per 12 jam

Pukul:12:00 mengajurkan klien minum air hangat

Hasil: klien di berikan minum air hangat

Pukul:12:10 memonitor tanda-tanda ansietas

Hasil: ibu klien mengatakan kecemasan berkurang

Pukul:12:20 menjelaskan prosedur tindakan termasuk sensai yang diberikan

Hasil: ibu klien diberi penjelasan tentang prosedur dan sensai yang diberikan

Pukul:12:20 mendengar dengan penuh perhatian

Hasil: mendengarkan keluhan dari ibu klien

Pukul: 1:00 mengajarakan teknik relaksasi

Hasil:ibu klien diberikan relaksai nafas dalam .

Evaluasi

1. kamis.tanggal 20 juni 2019

S: klien mengatakan sudah tidak demam lagi

O :suhu tubuh klein 36C

A: masalah teratasi

P: intervensi di hentikan

2. jumat,tanggal 20 juni 2019

S: ibu klien mengatakan dahak sudah bisa keluar

O :klien tampak bantuk secret keluar

A: masalah teratasi

P: interpensi di hentikan

3. sabtu tanggal 20 juni 2019

S :Ibu klien mengatakan sudah tidak cemas lagi

O: ibu klien tampak legah

A :masalah teratasi

P :Interfensi di hentikan

BAB 4
PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulisan akan membahas tentang keterkaitan dan kesenjangan antara landasan teori dengan pelaksanaan Asuhan Keperawatanpada klien An. "G" dengan Gangguan Sistem Hematologi Demam Berdarah. Dengue Dalam proses keperawatan terdiri dari lima tahap yang saling ketergantungan yaitu: pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien pada (Budiono dan Sumirah 2015:141)

Pengkajian yang dilakukan pada penderita gangguan sistem hematologi "demam berdarah dengue" yaitu: panas mendadak yang disertai menggil dan saat demam kesadaran kompos mentis turunnya panas terjadi antara hari ke-3 dan ke-7, dan anak semakin lemah. Kadang-kadang disertai dengan keluhan batuk pilek, 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 hematermesis, ptechie, ekhimosis, hematoma, epistaksis, melena, hematuri, mual, muntah, tidak ada nafsu makan, diare, konstipasi, Sakit kepala, pembengkakan sekitar mata, dan kelenjar getah bening, Tanda-tanda renjatan (sianosi, kulit lembab dan dingin, tekanan darah menurun, gelisah, capillary refill lebih dari dua detik, nadi cepat dan lemah. Dalam menentukan diagnosa keperawatan harus sesuai dengan data atau pengkajian yang telah didapatkan dari klien.data atau pengkajian tersebut dikumpulkan kemudian di analisa sehingga muncul suatu diagnosa keperawatan secara teori menurut Andra (2013)

1) Hepertemi berhubungan dengan proses infeksi penyakit
2) Definisi nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan mengaborasi makanan
3) Hipofelimia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif

4) Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan proses infeksi virus
5) Resiko

Berdasarkan hasil pengkajian pada An.G Penulis menegakkan 3 diagnosa keperawatan.

1). Hepertemia berhubungan dengan penyakit
2). Bersih jalan nafas tidak efetif berhubungan dengan sekresi yang tertahan
3). Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Sedangkan berdasarkan pada tanda-tanda yang ditemukan pada tahap pengkajian yang di lakukan pada An.G terdapat beberapa kesenjangan.menurut analisa data penulis menemukan empat diagnosa keperawatan terdapat pada teori menurut Andra 2013 dan empat diagnosa keperawatan yang ditemukan pada kasus. Pada diagnosa terdapat kesenjangan dimana diagnosa yang terdapat di teori namun tidak ada pada kasus.diangosa antara lain:

1. Hepofelemia berhubungan dengan kehilangan cairan

   Dengan prosesn inflamasi dikarenakan penulis tidak menemukan data yang menunjukan seperti kehilangan cairan
2. Gangguan rasa nyamam berhubungan dengan proses infeksi virus

   Karena penulis tidat dapat menemunkan gangguan rasa nyam dan prosen penyakit

   Penulis menemukan dua diagnosa keperawatan yang tidak ada terdapat di teori tetapi ada dikasus

1) Bersih jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan

   Informasi penulis mrumuskan diagnosa bersih jalan napas tidak efektif di karenakan klein menunjukan diagnosa seperti klein batuk-batuk dan sesak
2) Kurangan terpapar informasi

   Informasi penulis merumuskan diagnosa kurang terpapar informasi karenakan pada saat mengkaji ibu klien menunjukan untuk merumuskan diagnosa seperti:ibu klien mengatakan tidak tau atau bingung mengenai penyakit anak nya menyebabkan klien demam tinggi.

   Sedang diagnosa yang di temukan penulis sesusai dalam teori dan kasus pada An.G yaitu hepertemi berhubungan dengan proses penyakit

Setelah dilakukan pengkajian pada An. “G” di tanggal 17 juni 2019 ditemukan, ibu klien mengatakan anak nya batuk-batuk tapi tidak ada dahak yang keluar, anak nya mengigil, klien terlihat batuk-batuk, suhu tubuh 39^0C, mata klien tampak pucat, kulit klien teraba hangat, mata klien kemerahan, mata klien berair.klien kurang nafsu makan, porsi makan 2 sendok. Anak nya sesak, terdengar suara nafas tambahan ronchi, pernapasan 25 kali permenit TD: 100/80 mmHg, ibu klien merasa bingung, ibu klien tampak tegang, ibu klien mengatakan merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, ibu mengatakan merasa cemas.

Dari penjelasan diatas terdapat pengkajian yang ditemukan diteori namun tidak ditemukan dikasus yaitu: didapatkan data tidak adanya nyeri pada sendi, ptechie, nyeri otot, pembekakan disekitar mata, nyeri uluh hati, perdarahan pada hidung. Data yang ditemukan sesuai antara teori dan kasus pada An.“G” adalah: didapatkan data adanya keluhan demam tinggi, mengigil, kurang nafsu makan, mata kemerahan dan berair. Sedangkan data yang ditemukan pada kasus An.“G” namun tidak ditemukan diteori merupakan: klien merasa sesak, terdengar suara nafas tambahan ronchi, klienbatuk-batuk dan dahak sulit keluar. Berdasarkan penjelasan diatas maka penulis dapat menyimpulkan adanya kesenjangan antara teori namun tidak ditemukan dikasus dan data yang ditemukan dikasus tetapi tidak ada diteori. Refrensi dari berbagai sember yang sangat membantu penulis dalam membuat rencana keperawatan pada An.G dengan demam berdarah dengue untuk melakukan asuan keperawatan.pada tahap perencanaan tindakan keperawatan ini penulisan ini mengalami banyak kesulitan.dalam merumuskan rencana kegiatan yang dilakukan dalam upaya menyelesaikan permasalahan keperawatan yang dihadapi klien.pada tahap ini penulisan menemukan bahwa prioritas masalah sesuai dengan diagnosa yang telah di temukan yaitu bersih jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang terhambat,ansietas berhubungan dengan kukurang terpapar informasi,hepertemi berhubungan dengan proses penyakit.penulisan setalah merencanakan tidak sesuai dengan intervesi yang telah di susu tetapi ada berapa tindakan keperawatan penulis tidak masukkan dalam perenanaan yang sesuai dengan teori Andra 2013. Dikarenakan ada berapa intervensi yang tidak sesuai dengan kereteria hasil.pada saat melakukan

perencanaan pendukung oenulis adalah bimbinan dari dosen ci lahan tercukupi reverensi dan faktor penghambatnyan adalah menentukan kriteria hasil masih kurang.pelaksanaan merupakan realisasi dari semua rencana tindakan yang telah di terapkan pada dasarnya dalam melaksanakan ini terdapat kesenjangan antara teori dan tinjauan kasus hanya saja pada landasan teori sifatnya masih umum sedangankan pada tinjauan kasus lebih aspesifik sehingga dalam pelaksanaan disusaikan dengan kebutuhan klien.sementara penulis melaksanakan keperawatan bina hubungan saling percaya dengan keluarga klien.sehingga dalam melaksanakan tindakan keperawatan keluarga mudah terima saran dan klien mau diajak kerjasama,klien juga kooperatif,keluarga mudah menerima saran dan penjelasaan dari dokter atau perawat maupun dari penulis, serta krluarga terbuka untuk menyelesankan sesuatu selama proses perencanaan yang dibuat intervensi yang dibuat oleh penulis secara maksimal.hambatan pada tahap lmpelementasi asuhan keperawatan ini adalah 24 jam penuh tidakankeperawan Di lakuakan tindakan tidak di temukan hambatan namun ada berapa beberapa pendukung selama pelaksanaan tindakan keperawatan di ruangan anggrek B sakit daerah Tarakan,keluarga mau berkerjasama serta percaya dengan penulis untuk melakuakn pengkajian maupun pelaksanaan asuhan keperawatan dan memperoleh kesmpatan.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu pertanyaan yang mengambarkan respons manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi aktual/potensial) dari individu atau kelompok tempat anda secara legal mengidentifikasi dan anda dapat memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan atau untuk mengurangi, menyingirkan, atau mencegah perubahan (Budiono dan Budi Pertami, 2015:145).

Menurut Andra (2013: 205) diagnosa yang muncul pada klien Demam Berdarah Dengue.

1. Hepertemi berhubungan dengan proses infeksi penyakit
2. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan mengaborasi makan
3. Hipofelemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif

4. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan proses infeksi virus
5. Resiko pendarahaan

Diagnosa atau masalah keperawatan yang terjadi pada An. G dengan gangguan sistem hematologi demam berdarah dengue adalah sebagi berikut

1. Hepertemia berhubungan dengan proses penyakit
2. Bersih jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang bertahan
3. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi
4. Resiko defisit nutrisi ditandai dengan faktor resiko

Adapun diagnosa keperawatan yang ditemukan dalam teori tetapi tidak ditemukan pada kasus pada An.G merupakan:

1. Hepofelemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif
2. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan proses infeksi virus
3. Resiko pendarahan

Adapun diagnosa keperawatan yang ditemukan dalam kasus An.G dan tidak di temukan dalam teori ini meliputi:

Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang 1.Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Sedangkan diagnosa keperawatan yang di temukan sesuai dalam teori dan kasus pada An.G yaitu hipertemi berhubungan dengan proses infeksi penyakit.

Dari paparan dan penjelasan di atas maka penulisan dapat menarik kesimpulan adanya kesejangan antara teori dan kasus pada An.G dimana didapatkan diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekret yang tertahan dan ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi pada An.G namun tidak ditemukan diteori.hal ini sebabakan oleh kerena adanya data penunjang yang menyebabkan timbulnya masalah dimana respon yang ditimbulkan berbeda-beda setiap penderita.

4.3 Rencanaan

Perencanaan merupakan pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasikan dalam diagnosis keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana anda mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien. Tujuan perencanaan keperawatan, yaitu untuk tujuan administrasi, tujuan klinik,

kegiatan dalam tahap perencanaan. Kegiatan yang anda lakukan pada perencanaan antara lain menentukan prioritas masalah keperawatan, mentapkan tujuan dan kriteria hasil, merumuskan rencana tindakan keperawatan, dan menetapkan rasional rencana tindakan keperawatan (Budiono dan Budi, 2015:140).

Menurut Andra (2013: 205-207) Rencana keperawatan merupakan sebagai berikut: monitor suhu tubuh klien, anjurkan klien memakai pakaian yang tipis, anjurkan pendinginan eksternal, anjurkan klien banyak minum air, kolaborasi pemberian obat paracetamol, kaji faktor-faktor penyebab, jelaskan penting nya nutrisi yang cukup, anjurkan klien untuk makan dalam porsi kecil tapi sering, lakukan perawatan mulut yang baik setelah muntah, ukur berat badan setiap hari, periksa tanda dan gejala hipovelemia nadi, tekanan darah, turgor kulit, hitung kebutuhan cairan, berikan asupan oral, anjurkan memperbanyak asupan cairan oral, kolaborasi pemberian produk darah, identifikasi penurunan tingkat energi,ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan percahayaan dan suhu ruang,gunakan relaksasi strategi penunjang dengan analgetik, pantau tandatanda penurunan trombosit, memberikan penjelasan tentang pengaruh trombosit, menganjurkan klien untuk banyak istirahat, memberikan penjelasan klien dan keluarga untuk melapor bila terjadi perdarahan, kolaborasi pemberian obatobatan.Rencana keperawatan yang ditemukan pada kasus. An. “G” yaitu: Monitor suhu tubuh klien, anjurkan klien memakai pakaian yang tipis, anjurkan pendinginan eksternal, anjurkan klien banyak minum air, kolaborasi pemberian obat paracetamol, kaji pernapasan dan bunyi napas, berikan posisi semi fowler, berikan terapi nebulizer, anjurkan klien minum air hangat, monitor tanda-tanda ansietas, jelaskan prosedur tindakan termasuk sensasi yang diberikan, dengarkan dengan penuh perhatian, ajarkan teknik relaksasi.

Rencana keperawatan yang di temukan di teori namun tidak ditemukan di kasus yaitu: kaji faktor-faktor penyebab, jelaskan penting nya nutrisi yang cukup, anjurkan klien untuk makan dalam porsi kecil tapi sering, lakukan perawatan mulut yang baik setelah muntah, ukur berat badan setiap hari, periksa tanda dan gejala hipovelemia nadi, tekanan darah, turgor kulit, hitung kebutuhan cairan, berikan asupan oral, anjurkan memperbanyak asupan cairan oral, kolaborasi pemberian produk darah, identifikasi penurunan tingkat energi, ciptakan lingkungan tenang

dan tanpa gangguan dengan percahayaan dan suhu ruang, gunakan relaksasi strategi penunjang dengan analgetik, pantau tanda-tanda penurunan trombosit, memberikan penjelasan tentang pengaruh trombosit, menganjurkan klien untuk banyak istirahat, memberikan penjelasan klien dan keluarga untuk melapor bila terjadi perdarahan, kolaborasi pemberian obat-obatan Rencana keperawatan yang di temukan di kasus namun tidak ditemuan di teori adalah: Kaji pernapasan dan bunyi napas, berikan posisi semi fowler, berikan terapi nebulizer, anjurkan klien minum air hangat, monitor tanda-tanda ansietas,jelaskan prosedur tindakan termasuk sensasi yang diberikan, dengarkan dengan penuh perhatian, ajarkan teknik relaksasi, sedangkan rencana keperawatan yang sesuai antara teori dan kasus yaitu: Monitor suhu tubuh klien, anjurkan klien memakai pakaian yang tipis, anjurkan pendinginan eksternal, anjurkan klien banyak minum air, kolaborasi pemberian obat paracetamol. Berdasarkan penjelasan diatas maka, penulis dapat menyimpulkan bahwa terdapat kesenjangan antara teori dan kasus pada An."G" dimana didapat data yang ditemukan dikasus namun tidak ditemukan diteori dan data yang ditemukan di kasus tidak ditemukan di teori, hal ini disebabkan oleh karena adanya data- data penunjang yang menyebabkan timbulnya masalah, dimana respon yang dtimbul setiap klien baerbeda-beda dan sesuia dengan kebutuhan.

4.4 Implementasi

Implementasi adalah tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana perawat, tindakan keperawatan mencukupi tindakan mandiri (independen) dan tindakan kolaborasi (Tarwoto 2015: 14).

Pelaksanaan keperawatan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah tetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru. Keterampilan yang dibutuhkan dalam pelaksanaan antara lain, keterampilan kognitif, keterampilan interpesonal, keterampilan psikomotor (Budiono dan Budi Pertami, 2015:196 Dalam perencanaan asuhan keperawatan, penulis tidak mendapatkan hambatan yang berarti, semua intervensi (rencana keperawatan) dapat terlaksana dengan melibatkan orang tua klien dan klien dalam tindakan keperawatan. Tindakan

keperawatan dibedakan berdasarkan kewenangan dan tanggung jawab perawat secara profesional.

1. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit: Memonitor suhu tubuh klien, menganjurkan klien memakai pakaian yang tipis, menganjurkan pendinginan eksternal, menganjurkan klien banyak minum air, berkolaborasi pemberian obat paracetamol
2. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan: mengkaji pernapasan dan bunyi napas, memberikan posisi semi fowler, memberikan terapi nebulizer, mengan jurkan klien minum air hangat

   3. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi: memonitor tandatanda ansietas, menjelaskan prosedur tindakan termasuk sensasi yang diberikan, mendengarkan dengan penuh perhatian, mengajarkan teknik relaksasi

Berdasarkan penjelasan diatas, ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus pada An.“G” dimana didapatkan data yang ditemukan di teori tidak diaplikasikan langsung dan tidak ada hasil serta waktu sedangkan pada kasus An.“G” dalam penerapan implementasi menggunakan waktu dan hasil. Hal ini terjadi karena implementasi dalam teori hasil digunakan sebagai referensi dan acuan dalam menyusun demontrasi keperawatan.

4.5 Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang anda buat pada tahap perencanaan. Tujuan evaluasi antara lain, mengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi rencana tindakan keperawatan serta meneruskan rencana tindakan keperawatan. Proses evaluasi, tahapan proses evaluasi terdiri atas, mengukur pencapaian tujuan dan penentuan keputusan. Macam-macam evaluasi terdiri atas evaluasi proses (formatif) dan evaluasi hasil (sumatif). Evaluasi pada dasarnya dilakukan untuk mengetahui apakah tujuan yang ditetapkan sudah dicapai atau belum. Oleh karena itu evaluasi dilakukan sesuai dengan kerangka waktu penetapan tujuan (evaluasi hasil), tetapi selama proses pencapaian terjadi pada klien juga harus selalu dipantau (evaluasi proses). Untuk

memudahkan anda mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP/SOAPIE/SOAPIER (Budiono 2015: 212).

Diagnosa keperawatan yang teratasi pada An.”G”

1. Hipertermia berhubungan dengan Proses penyakit penulis mengambil kesimpulan diagnosa ini teratasi pada tanggal 10 januari 2019 kerena data yang ditemukan pada saat evaluasi dengan kriteria hasil, Suhu tubuh membaik, Menggigil membaik.
2. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, penulis mengambil kesimpulan diagnosa ini teratasi pada tanggal 10 januari 2019 kerena data yang ditemukan pada saat evaluasi dengan kriteria hasil, Suara napas normal membaik, Batuk efektif meningkat.
3. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Penulis mengambil kesimpulan diagnosa ini teratasi pada tanggal 17 juni 2019 kerena data yang ditemukan pada saat evaluasi dengan kriteria hasil, Perilaku gelisah menurun, Perilaku tegang menurun

Berdasarkan penjelasan di atas maka, ditemukan ada nya kesenjangan antara teori dan kasus pada An. “G” dimana terdapat data yang ditemukan di teori tidak di aplikasikan langsung dan tidak ada hasil serta waktu sedangkan pada kasus An. “G” dalam evaluasi dalam teori hanya di gunakan sebagai refrensi dan acuan dalam menyusun dokumentasi keperawatan.

BAB 5
PENUTUP

Berdasarkan uraian dari bab sebelumnya yang telah dibuat oleh penulis, maka penulis mengambil kesimpulan dan memberikan saran selama melakukan asuhan keperawatan pada An.“G” dengan gangguan sistem hematologi “Demam Berdarah Dengue*”* di ruang keperawatan Anggrek B Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan Provinsi Kalimantan utara yang berhitung mulai tanggal 17 juni 2019 maka penulisan akan memberikan kesimpulan dan saran sebagai berikut

5.1 Kesimpulan

1. Dari hasil pengkajian keperawatan pada An.“G” dengan Gangguan Sistem Hematologi Demam Berdarah Dengue di Ruang Keperawatan Anggrek B Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan Provinsi Kalimantan Utara didapatkan hasil, ibu klien mengatakan anaknya demam tinggi,ibu klien mengatakan anaknya batuk-batuk tapi tidak ada dahak yang keluar, anaknya mengigil, klien terlihat batuk-batuk, suhu tubuh 39^0C, mata klien tampak pucat, kulit klien teraba hangat, mata klien kemerahan, mata klien berair. Anaknya kurang nafsu makan, porsi makan 2 sendok. Anaknya sesak, terdengar suara nafas tambahan ronchi, pernapasan 25 kali permenit TD: 100/80 mmHg, ibu klien merasa binggung, ibu klien tampak tegang, ibu klien mengatakan merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, ibu mengatakan merasa cemas.
2. Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada An.“G” dengan Gangguan Sistem Hematologi Demam Berdarah Dengue di Ruang Keperawatan Anggrek B Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan Provinsi Kalimantan Utara. Terdapat 3 diagnosa aktual yaitu hipertermia berhubungan dengan proses penyakit, bersihan jalan nafas berhubungan dengan sekresi yang tertahan, ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi.
3. Rencana keperawatan yang disusun untuk An.“G” di sesuaikan dengan konsep keperawatan klien dan fasilitas yang ada serta disesuaikan dari sumber buku yang diperoleh yang membahas tentang gangguan sistem hematologi Demam Berdarah Dengue

4. Penulis tidak mendapatkan hambatan dalam melakukan tindakan keperawatan pada An.“G” dikarenakan klien dan orang tuanya bersikap sangat baik dan terbuka dengan penulis serta tim medis yang ada diruangan Anggrek B Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan Provinsi Kalimantan Utara dan selalu menyetujui tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien An.“G”
5. Dari hasil evaluasi didapatkan adanya tiga diagnosa keperawatan yang muncul yaitu: hipertermia berhusbungan dengan proses penyakit, bersihan jalan nafas berhubungan dengan sekresi yang tertahan, ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Semua masalah keperawatan teratasi dari tiga masalah keperawatan yang ditemukan.

5.2 Saran

Saran yang penulis akan berikan untuk perbaikan dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan adalah sebagai berikut:

1. Rumah Sakit

   Untuk meningkatkan mutu pelaanan yang lebih optimal yang memberikan kepuasan kepada klien dari keluarga klien.
2. Institusi Pendidikan

   Dapat memberikan fasilitas buku referensi yang lebih memadai untuk mencari referensi untuk menambah wawasan sebagai bekal ilmu bagi penulis dan berguna sebagai informasi awal mengenal masalah yang berhubungan dengan penyakit Demam Berdarah Dengue
3. Mahasiswa

   Diharapkan laporan studi ini berguna untuk menambah wawasan sebagai bekal bagi penulis untuk memberikan pendidikan kesehatan kepada masyarakat terkait dengan masalah kesehatan yang tentunya berhubungan dengan penyakit Demam Berdarah Dengue

DAFTAR PUSTAKA

Tarwoto Wartono (2015).*Kebutuhan dasar manusia dan, keperawatan Jakarta : Salamba medika.*

Amin Huda (2016).*Asuhan Peperawatan Praktis Berdasarkan Penerapan Diagnosa Nic,Noc Berbagai Kasus Edisi Jilid 2.yogyakarta : Medi Action.*

Andran Seferi(2013).KMB 2 *Keperawatan Medikal Bedah Keperawatandan Teori Askep Yogyakarta : Medikal Book.*

Mohammad (2012).*Medical bedah untuk mahasiswa. Jogjakarta DIVA Ekspres*

Andra (2012) faktor-faktor yang mempengaruhi Auditor Swiching setelah ada kewajiban Rostati Audit di lndonesia.'' Skripsi.semarang Universitas Diponegono. Soedarto (2012). *Dasar-Dasar penyakit berbasis Lingkungan. Depok: PT.Rajagrafindo persada.*

Amin hardin (2016). *Asuhan keperawatan panduan lengkap Menjadi Perawat Professional.Jakrta:prestasi pustaka kararaya.*

Nursalam dkk.(2011). *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak (Untuk perawatan dan bidan), jakarta: Salema Medika*

Budiono budi.(2015). *Konsep dasar keperawatan.Jakarta: Bumi Medika.*

Tim Pokja SDKI DPP PPNNI.(2017).*Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia Definisi dan Indicator Diangnostik.Ed 1. Jakarta: DPP PPNI*

TIM Pokja SDKI DPP PPNI.(2018).*Standar lntervensi keperawatan lndonesia Definisi Dan Tindakan Keperawatan.Ed 1.Jakarta: DPP PPNI*

TIM Pokja SDKI DPP PPNI (2019) *Standar Luaran keperawatan lndonesia definisi kriteria Hasil keperawatan.Ed.1 Jakarta: DPP PPNI.*