

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIA-N)**



**JUDUL :**

**ANALISIS PRAKTEK KLINIK KEPERAWATAN TEHNIK DITRAKSI  
AUDIO VISUAL TERHADAP PENURUNAN NYERI PADA ANAK  
YANG MENDAPATKAN TINDAKAN INVASIF  
PENGAMBILANDARAH VENA DENGAN  
DHF (DENGUE HEMORAGI FEVER)**

**OLEH :**

**RINDA SUCIARTI**

**NIM : 1914901738**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS STIKes**

**PERINTIS PADANG TAHUN**

**AJARAN 2019/2020**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIA-N)**



**JUDUL :**

**ANALISIS PRAKTEK KLINIK KEPERAWATAN TEHNIK DITRAKSI  
AUDIO VISUAL TERHADAP PENURUNAN NYERI PADA ANAK  
YANG MENDAPATKAN TINDAKAN INVASIF  
PENGAMBILANDARAH VENA DENGAN  
DHF (DENGUE HEMORAGI FEVER)**

**OLEH :**

**RINDA SUCIARTI**

**NIM : 1914901738**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS STIKes**

**PERINTIS PADANG TAHUN**

**AJARAN 2019/2020**

## HALAMAN PENYETAAN ORGINILISASI

Yang bertanda tangan dibawah ini

Nama Lengkap : Rinda Suciarti  
Nomor Induk Mahasiswa : 1914901738  
Nama Pembimbing I : Ns. Andre Fernandes, M.Kep.,Sp.Kep.An  
Nama Pembimbing II : Yenrizal Jafri S.Kp.,M.Biomed  
Nama Penguji I : Ns. Yessi Andriyani M.Kep.,Sp.Kep.Mat  
Nama Penguji II : Ns. Andrye Fernandes, M.Kep.,Sp.Kep.An

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners (KIA-N) yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan KIA-N ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggung jawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi yang seberat-beratnya atas perbuatan tidak terpuji tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa paksaan sama sekali

Bukittinggi 01 Oktober 2020

Yang membuat pernyataan



Rinda Suciarti  
Nim : 1914901738

HALAMAN PERSETUJUAN  
ANALISIS PRAKTEK KLINIK KEPERAWATAN TEHNIK DITRAKSI  
AUDIO VISUAL TERHADAP PENURUNAN NYERI PADA ANAK  
YANG MENDAPATKAN TINDAKAN INVASIF  
PENGAMBILANDARAH VENA DENGAN  
DHF (DENGUE HEMORAGI FEVER)

Oleh :

Rinda Suciarti

Nim : 1914901738

Karya Ilmia Akhir Ners Ini Telah Diseminarkan

Bukittinggi 15 September 2020

Dosen Pembimbing

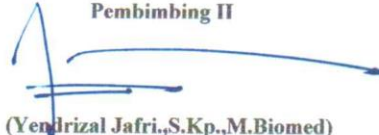
Pembimbing I



(Ns. Andrye Fernandes.,M.Kep.,Sp.Kep.An)

NIK. 1220115079014106

Pembimbing II



(Yendrizal Jafri.,S.Kp.,M.Biomed)

NIK.1420106116893011

Mengetahui

Ketua Prodi Profesi Ners  
STIKes Perintis Padang



(Ns. MERA DELIMA.,M.Kep)

NIK. 1420101107296019

HALAMAN PENGESAHAN  
ANALISIS PRAKTEK KLINIK KEPERAWATAN TEHNIK DITRAKSI  
AUDIO VISUAL TERHADAP PENURUNAN NYERI PADA ANAK  
YANG MENDAPATKAN TINDAKAN INVASIF  
PENGAMBILANDARAH VENA DENGAN  
DHF (DENGUE HEMORAGI FEVER)

OLEH :

RINDA SUCIARTI  
NIM : 1914901738

Pada :  
Hari/ Tanggal : Jumat 18 September 2020  
Jam : 15 : 30-16 :30 WIB

Dan yang bersangkutan dinyatakan  
LULUS

Tim Penguji :

Penguji I : Ns. Yessi Andriani.,M.Kep.,Sp.Kep.Mat .....

Penguji II : Ns. Andrye Fernandes.,M.Kep.,Sp.Kep.An .....

Mengetahui  
Ketua Prodi Profesi Ners  
Universitas Perintis Indonesia

(Ns. Mera Delima.,S.Kep.,M.kep)

**Program Studi Profesi Ners Universitas Perintis Indonesia  
KIA-N, September 2020**

**Rinda Suciarti  
1914901738**

**Analisis Praktek Klinik Keperawatan Tehnik Ditraksi Audio Visual Terhadap Penurunan Nyeri Pada Anak Yang Mendapatkan Tindakan Invasif Pengambilan darah Vena Dengan DHF (Dengue Hemoragi Fever)**

(xiv + 120 halaman + 2 tabel + 2 lampiran )

### **ABSTRAK**

DFH (*dengue hameorrhagic fever*) adalah penyakit yang mempunyai gejala klinis terjadinya trombositopenia yang mengakibatkan terjadinya resiko pendarahan dirumah sakit biasanya klien yang mengalami DHF akan dilakukan pengambilan darah rutin untuk pemeriksaan laboratorium. Banyak masalah-masalah yang terjadi pada DHF, masalah yang sering muncul pada DHF salah satunya yaitu nyeri yang diakibatkan oleh tindakan invasif pengambilan darah vena yang bertujuan untuk pemeriksaan laboratorium untuk pemantauan antibody tubuh yang terinfeksi oleh nyamuk dengue. Tujuannya untuk menganalisa hasil implementasi asuhan keperawatan dengan intervensi pemberian teknik distraksi audio visual pada anak yang mendapatkan tindakan invasif pengambilan darah vena. KIAN ini bertujuan untuk memberikan gambaran tentang asuhan keperawatan pada anak yang mengalami DHF dengan masalah keperawatatn nyeri akibat tindakan invasif pengambilan darah vena dan intervensi keperawatan sendiri yang dilakukan adalah distraksi audio visual. Distraksi audio visuala merupakan pengalihan perhatian klien dari nyeri ke hal yang lain yang menyenangkan ( menonton kartun) sehingga dapat menurunkan kewaspadaan terhadap nyeri, bahkan meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Distraksi audio visual dilakukan selama kurang lebih 15 menit selama proses pengambilan darah vena sampai anak menjadi tenang dengan pengukuran sakal nyeri dengan menggunakan alat ukur *Wong Baker Faces Rating Scale*, yang dilakukan sebelum , selama dans esudah di berikan intervensi teknik distraksi. Hasil evaluasi menunjukan intervensi keperawatan distraksi audio visual mampu meminimalisir nyeri pada anak.

Kata kunci Demam Berdarah, Audio Visual, Tindakan Invasif, Anak, Nyeri

Daftar Pustaka: 89 (1995-2020)

***Professional Study Program Ners The University Perintis Indonesia  
KIA-N, September 2020***

***Rinda Suciarti  
1914901738***

***Analysis of Nursing Clinical Practice Audio Visual Traction Technique Against  
Pain Decrease in Children Who Receive Invasive Measures for Vein Collection  
with DHF (Dengue Hemorrhage Fever)***

(xiv + 120 pages + 2 tables + 2 attachments)

### ***ABSTRACT***

*DFH (dengue hameorrhagic fever) is a disease that has clinical symptoms of thrombocytopenia which results in a risk of bleeding in the hospital. Usually clients who experience DHF will have routine blood draws for laboratory tests. There are many problems that occur with DHF, problems that often arise in DHF, one of which is pain caused by invasive venous blood collection which aims for laboratory examinations to monitor antibodies to the body infected by dengue mosquitoes. The aim is to analyze the results of the implementation of nursing care with the intervention of giving audio-visual distraction techniques to children who have invasive venous blood collection. This KIAN aims to provide an overview of nursing care in children with DHF with pain nursing problems due to invasive venous blood collection and the nursing intervention itself is audio visual distraction. Audio-visual distraction is a distraction of the client's attention from pain to something fun (watching cartoons) so that it can reduce awareness of pain, and even increase tolerance to pain. Audio-visual distraction is carried out for approximately 15 minutes during the process of taking venous blood until the child calms down by measuring the pain threshold using a Wong Baker Faces Rating Scale measuring instrument, which is done before, during and after the distraction technique intervention is given. The results of the evaluation showed that the audio-visual distraction nursing intervention was able to minimize pain in children.*

*Keywords Dengue Fever, Audio Visual, Invasive Action, Children, Pain  
Bibliography: 89 (1995-2020)*

## **DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

### **A. Identitas Diri**

Nama : Rinda Suciarti  
Umur : 23 Tahun  
Tempat / Tanggal Lahir : Benteng, 28 Oktober 1997  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Negeri Asal : Indonesia  
Alamat : Benteng Kec. Tanjung Sakti Pumi Kab. Lahat  
Jumlah Saudara : 2 (Dua) Orang  
Anak Ke : 1 ( Pertama)

### **B. Identitas Orang Tua**

Nama Ayah : Herlambang (Alm)  
Nama Ibu : Sustianah  
Alamat : Desa Benteng Kec. Tanjung Sakti Pumi Kab. Lahat

### **C. Riwayat Pendidikan**

- 1) SD Negeri 8 Desa Ulak Lebar Tanjung Sakti Pumi, Kab Lahat (2003-2009)
- 2) SMP Negeri 1 Desa Masambulau Tanjung Sakti Pumi, Kab Lahat (2009-2012)
- 3) SMA Negeri 1 Tanjung Sakti Pumi Kab, Lahat (2012-2015)
- 4) S1 Keperawatan STIKes Khadijah Palembang (2015-2019)
- 5) Profesi Ners Universitas Perintis Indonesia (2019-2020)

## **KATA PENGANTAR**

**Assalamualaikum, Wr. Wb**



Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan kasih dan sayang- Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan KIA-N yang berjudul **“Analisis Praktek Klinik Keperawatan Tehnik Ditraksi Audio Visual Terhadap Penurunan Nyeri Pada Anak Yang Mendapatkan Tindakan Invasif Pengambilendarah Vena Dengan DHF (Dengue Hemoragi Fever) di Rumah Sakit Achmad Moctar Bukittinggi Tahun 2020”**.

KIA-N ini diajukan untuk menyelesaikan pendidikan Profesi Ners. Pada kesempatan ini saya sampaikan rasa terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada orang tua saya tercinta yang selalu mendoakan saya disetiap sholatnya, memberi semangat, memberi supportnya Dalam penyusunan KIA-N ini, penulis banyak mendapat bantuan, pengarahan, bimbingan dari berbagai pihak, pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan dan bantuan sehingga penyusunan KIA- N ini dapat di selesaikan :

- 1) Terima kasih kepada bapak (almarhum) Dr. H .Rafki Ismail M.Ph selaku pendiri kampus.
- 2) Bapak, Yendrizal Jafri S.Kp M.Biomed selaku ketua Yayasan Perintis Padang, yang telah memberikan fasilitas dan sarana kepada penulis selama perkuliahan.
- 3) Ibu Ns. Mera Delima, SKp.M.Kep, selaku Ka Prodi Profesi Ners STIKes Perintis Padang.
- 4) Bapak Ns. Andre Fernandes, M.Kep.Sp.Kep.An, selaku pembimbing I yang telah meluangkan waktu untuk memberikan pengarahan, bimbingan maupun saran serta dorongan sehingga peneliti dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.
- 5) Bapak Yendrizal Jafri S.Kp M.Biomed selaku pembimbing II yang juga telah meluangkan waktu untuk memberi pengarahan, bimbingan, motivasi maupun saran serta dorongan sehingga peneliti dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.

- 6) Kepada Tim Penguji KIA-N yang telah meluangkan waktu untuk memberikan pengarahan, kritik maupun saran demi kesempurnaan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.
- 7) Dosen dan Staff Prodi Ners STIKes Perintis Padang yang telah memberikan bekal ilmu dan bimbingan selama penulis dalam pendidikan.
- 8) Semua pihak yang dalam kesempatan ini yaitu doa yang tidak hentinya yang diberikan oleh Orang Tua saya beserta seluruh anggota keluarga besar saya, dan seluruh uni-uni perawat senior diruangan Anak RSUD Dr Achmad Mochtar Bukittinggi yang telah banyak memberikan ilmu tentang perawatan anak, selanjutnya teman-teman Profesi Ners 2019/2020 khususnya kelompok 2 yang paling the best, dan tidak dapat seluruhnya disebutkan namanya satu persatu yang telah banyak membantu baik dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini maupun dalam menyelesaikan praktek Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa didalam penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners ini masih banyak terdapat kekurangan-kekurangan. Hal ini bukanlah suatu kesengajaan melainkan karena keterbatasan ilmu dan kemampuan Penulis. Untuk itu Penulis mengharapkan tanggapan, kritikan dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan Karya Ilmiah Akhir Ners ini. Atas bantuan yang diberikan penulis mengucapkan terima kasih. Semoga bimbingan, bantuan, dan dorongan yang telah diberikan mendapat imbalan dari Allah SWT amin.

Akhir kata kepada-Nya jualah kita berserah diri, semoga Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat bermanfaat bagi kita semua, khususnya di bidang Profesi Ners.

Wassalammualaikum Warahmatullahi Wabarakatu

Bukittingi, September  
2020

Penulis

## DAFTAR ISI

### Halaman

<b>HARD COVER</b> .....	<b>i</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN</b> .....	<b>ii</b>
<b>ABSTRAK BAHASA INDONESIA</b> .....	<b>iii</b>
<b>ABSTRAK BAHASA INGGRIS</b> .....	<b>iv</b>
<b>DAFTAR RIWAYAT HIDUP</b> .....	<b>v</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>vi</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>viii</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>x</b>
<b>DAFTAR SKEMA</b> .....	<b>xi</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xiii</b>

### BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	6
1.3 Tujuan .....	7
1.3.1 Tujuan Umum.....	7
1.3.2 Tujuan Khusus .....	7
1.4 Manfaat .....	8
1.4.1 Bagi Institusi Pendidikan .....	8
1.4.2 Bagi Perawat .....	8
1.4.3 Bagi Layanan .....	9

### BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....10

2.1 Dungeu Hameorrhagic Fever(DHF).....	10
2.1.1 Definisi DHF .....	10
2.1.2 Anatomi Fisiologi .....	11
2.1.3 Etiologi DHF .....	16
2.1.4 Cara Penularan DHF .....	17
2.1.5 Manifestasi Klinis DHF .....	17
2.1.6 Patogenesis dan Patofisiologi DHF .....	20

2.1.7	Klasifikasi Derajat DHF .....	26
2.1.8	Pemeriksaan Penunjang DHF .....	27
2.1.9	Penatalaksanaan DHF .....	28
2.2	Konsep Perkembangan Anak Prasekolah.....	30
2.2.1	Pengertian Anak Prasekolah .....	30
2.2.2	Perkembangan Anak Prasekolah .....	30
2.3	Nyeri .....	33
2.3.1	Definisi Nyeri .....	33
2.3.2	Fisiologis Nyeri.....	34
2.3.3	Klasifikasi Nyeri .....	36
2.3.4	Faktor- faktor Yang Mempengaruhi Nyeri .....	39
2.3.5	Efek Yang Ditimbulkan Oleh Nyeri .....	42
2.3.6	Penatalaksanaan Nyeri .....	43
2.3.7	Pengkajian Nyeri.....	45
2.4	Family Center Care(FCC) dan Atraumatic Care .....	47
2.4.1	Pengertian FCC.....	47
2.4.2	Tujuan FCC .....	49
2.4.3	Elemen FCC .....	49
2.4.4	Prinsip FCC .....	55
2.4.5	Kebijakan Terkait FCC .....	55
2.4.6	Strategi dan Evaluasi FCC.....	57
2.4.7	Pengertian Atraumatic Care.....	58
2.4.2	Prinsip-Prinsip Atraumatic Care .....	59
2.5	Teknik Audio Visual dalam Penanganan Nyeri Pada Anak .....	60
2.5.1	Definisi Teknik Distraksi .....	60
2.5.2	Tujuan dan Menfaat Teknik Distraksi.....	61
2.5.3	Prosedur Teknik Distraksi .....	61
2.5.4	Mekanisme Teknik Distraksi Audio Visual Dapat meminimalisir nyeri.....	64
2.6	Asuhan Keperawatan DHF Secara Teori .....	66
2.6.1	Pengkajian Secara Teori.....	66
2.6.2	Diagnosa Keperawatan Secara Teori .....	69
2.6.3	Intervensi Keperawatan Secara Teori .....	69
2.6.4	Implementasi Keperawatan Secara Teori.....	78
2.6.5	Evaluasi Keperawatan Secara Teori .....	78
<b>BAB III TIANJAUAN KASUS KELOLAAN UTAMA .....</b>		<b>79</b>
3.1	Gambaran Kasus.....	79
3.2	Asuhan Keperawatan.....	79
3.2.1	Pengkajian .....	79
3.3.2	Analisa Data .....	82

3.3.3 Intervensi .....	86
3.3.4 Implementasi .....	88
3.3.5 Evaluasi .....	92
<b>BAB IV PEMBAHASAN.....</b>	<b>94</b>
4.1 Profil Lahan Praktik.....	94
4.2 Analisa Asuhan Keperawatan Dengan Konsep Kasus .....	95
4.3 Diagnosa Keperawatan .....	99
4.4 Intervensi Keperawatan .....	104
4.5 Implementasi Keperawatn.....	107
5.6 Evaluasi Keperawatan.....	111
4.7 Analisa Salah Satu Intervensi Dengan Konsep dan Penelitian Terkait .....	111
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
5.1 Kesimpulan.....	118
5.2 Saran .....	119
5.2.1 Bagi Institusi Pendidikan.....	119
5.2.2 Bagi Perawat .....	120
5.2.3 Bagi Layanan .....	120
<b>DAFRTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## **DAFTAR TABEL**

Tabel 2.1 Tabel Intervensi Keperawatan Teori .....	70
Tabel 3.1 Tabel Analisa Data .....	83

## **DAFTAR SKEMA**

Skema 2.1 WOC DHF .....

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Pembuluh Darah.....	11
Gambar 2.3 Anatomi Darah .....	12
Gambar 2.3 Cara Penularan DHF.....	17
Gambar2.4 Patogenesis penyakit demam berdarah .....	22
Gambar 2.5 Mekanisme terjadinya nyeri .....	36
Gambar 2.6 Skala nyeri wajah.....	46
Gambar 2.7 <i>Verbal Ranting Scale</i> (VRS) .....	46
Gambar 2.8 Skala Analogi Visual (VAS) .....	47



## **DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran 1 Lampiran Kasus
- Lampiran 2 Konsultasi
- Lampiran 3 SOP teknik distraksi Audio Visual

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Demam berdarah dengue (dengue hameorrhagic fever) adalah penyakit Infeksi Yang Disebabkan oleh virus dengue. Demam berdarah dengue menyebabkan perembesan plasma yang ditandai dengan peningkatan hematokit atau penumpukan cairan dirongga tubuh. Dalam hal itu masalah yang sering muncul pada infeksi pertama oleh virus dengue adalah Hipertermi (demam), sebagian besar penderita akan mengalami demam mendadak antara 39-40 C, sesudah 5-7 hari demam akan berakhir tetapi kemudian kambuh lagi, biasanya terlihat lesu disertai sakit kepala pada bagian kepala depan, nyeri bagian belakang mata, dan persendian, terlebih lagi disertai perdarahan dan kadang-kadang syok. (Soedarto, 2012).

WHO memperkirakan sekitar 2,5 miliar terutama yang tinggal di daerah perkotaan di .Negara tropis dan subtropics mengalami permasalahan penyakit menular DHF. Diperkirakan ada 50 juta infeksi dengue yang terjadi diseluruh dunia setiap tahun, untuk Asia Tenggara terdapat 100 juta kasus demam dengue. Itu semua memerlukan perawatan di rumah sakit, dan dari 90% penderitanya adalah anak- anak yang berusia kurang dari 15 tahun dan jumlah kematian oleh penyakit DHF mencapai 5%.dengan perkiraan 25.000 kematian setiap tahunnya (Kemenkes RI, 2017).

Negara Indonesia sebagian besar dengan kasus DHF tertinggi di Asia Tenggara dan tertinggi nomor dua di dunia setelah Thailand. Dimana penderita yang paling banyak ditemukan mengalamin DHF adalah anak-anak dimana diperkirakan pada tahun 2019 ada 8,96 % anak-anak yang mengalami DHF. Dan ditahun 2020 dari bulan januari sampai dengan bulan juli sudah di temukan anak yang mengalami DHF sebanyak 9,23 % diseluruh indonesia. (Kemenkes, 2020)

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat pada

tahun 2016 jumlah penderita DHF Sumbar sebanyak 790 kasus , pada tahun 2017 angka kejadian DHF sebanyak 310 kasus, di tahun 2018 sebanyak 2.203 kasus, dan pada tahun 2019 angka kejadian DHF di sumbar mencapai 1.234 kasus. Kota Bukittinggi merupakan daerah tertinggi kasus DBD di Sumatera Barat tahun 2019 dibandingkan dengan 18 Kabupaten Kota lainnya. Persentase yang mengalami DHF di Kota Bukittinggi tahun 2018, dimana ditemukan 101 kasus yang mengalami DHF di bukit tinggi. Dari hasil wawancara dengan salah satu perawat ruangan rawat inap anak didapatkan pada tahun 2019 angka kejadian DHF di RSUD dr. Achmad Mochtar Bukittinggi sebanyak 21 anak yang mengalami DHF.

Demam dengue terjadi sesudah gigitan oleh nyamuk *Aedes aegypti* yang terinfeksi virus. Nyamuk yang mudah dikenali karena badan dan kakinya mempunyai bercak-bercak putih ini berkembangbiak pada genangan air bersih dan mempunyai jarak terbang sekitar 100-200 meter. Nyamuk terinfeksi virus dengue karena menghisap darah penderita dengue yang mengandung virus dengue. Sesudah masuk ke dalam tubuh seseorang, virus akan memperbanyak diri di dalam kelenjar limfe. Sesudah jumlah virus cukup untuk menyebabkan terjadinya gejala, penderita akan menunjukkan gejala klinis, yang terjadi di sekitar 4-6 hari sesudah masuknya virus (Soedarto, 2012). Setelah itu terjadi respon antibody yang menimbulkan kompleks antigen antibodi, kemudian badan menjadi panas akibat toksin tersebut hipotalamus tidak bisa terkontrol yang menjadikan demam tinggi, terjadinya dehidrasi dan trombositopenia (Andra & Yessie, 2013).

Trombositopenia menjadi tanda yang khas pada penderita DHF, yang ditandai dengan adanya petekie, pendarahan pada gusi, mimisan serta terjadinya penurunan Trombosit didalam darah yang mengakibatkan terjadinya resiko pendarahan. Di rumah sakit untuk mencegah terjadinya

komplikasi lebih lanjut maka dilakukan pemeriksaan lanjutan laboratorium untuk melihat trombositopenia ( pemeriksaan darah lengkap) untuk memantau respon antibodi terhadap virus dengan cara tindakan invasif pengambilan darah vena (Soedarto, 2012).

Pengambilan darah menjadi Salah satu tindakan rutin yang dilakukan setiap hari dengan lokasi yang berbeda pada anak yang mengalami DHF, tindakan ini berupa tindakan invasif pengambilan darah vena dimana tindakan ini menimbulkan kecemasan dan ketakutan serta rasa tidak nyaman bagi anak akibat nyeri yang dirasakan saat prosedur tersebut dilaksanakan. ( Zelter & Brown 2007)

Injeksi dan pengambilan darah vena merupakan tindakan medis yang ditakuti oleh anak dan bisa terbawa sampai dewasa ketakutan tersebut disebabkan karena adanya kebiasaan orang tua dengan menyebut “suntikan “ untuk menakut-nakuti agar anak menuruti kemauannya ( Sugiyanto, 2008). Keterbatasan pengetahuan menyebabkan rasa takut yang berlebihan seperti takut terjadi kerusakan pada kulit selama prosedur injeksi atau pengambilan darah vena, dan menganggap tindakan tersebut akan menyebabkan bagian tubuh menjadi bocor ( Muscari,2005). perawat bertanggung jawab secara komprehensif dalam memberikan asuhan keperawatan untuk mensejahterakan anak. Dalam kondisi seperti ini perawat diharapkan bisa memberikan asuhan keperawatan dengan pendekatan atraumatik care, (Supartini, 2004)

Atraumatic care adalah suatu tindakan yang tidak menyebabkan trauma dan dapat mengurangi distress fisik maupun psikologis yang dialami anak maupun keluarga dan bertujuan meningkatkan kesehatan pasien ( Supartini, 2004). Atraumatic care dapat dilakukan dengan cara manajemen nyeri. Manajemen nyeri atau tindakan untuk mengatasi nyeri yang biasa dilakukan perawat ruangan pada anak yaitu teknik nafas dalam, mengalihkan anak dengan bercerita, relaksasi, guided imagery dan distraksi (Hidayat, 2008).

Distraksi adalah mengalihkan perhatian klien ke hal yang lain sehingga dapat menurunkan kewaspadaan terhadap nyeri, bahkan meningkatkan toleransi terhadap nyeri (Prasetyo, 2010). Distraksi adalah teknik pengalih dari fokus perhatian terhadap nyeri ke stimulasi yang lain. Distraksi juga dapat menurunkan kecemasan, menurunkan persepsi nyeri dengan menggunakan sistem kontrol desendens, yang mengakibatkan lebih sedikit stimulasi nyeri yang ditransmisikan ke otak (Young & Koopsen, 2007).

Terdapat beberapa macam jenis distraksi diantaranya distraksi penglihatan, distraksi pendengaran, distraksi sentuhan, distraksi pernafasan, distraksi imajinasi terbimbing, distraksi intelektual (Tamsuri, 2007). Kombinasi antara distraksi pendengaran (*audio*) dan distraksi penglihatan (*visual*) disebut distraksi audiovisual, yang digunakan untuk mengalihkan perhatian pasien terhadap hal-hal yang membuatnya tidak nyaman, cemas atau takut dengan cara menampilkan tayangan favorit berupa gambar-gambar bergerak dan bersuara ataupun animasi dengan harapan pasien asik terhadap tontonannya sehingga mengabaikan rasa tidak nyaman dan menunjukkan respons penerimaan yang baik (Tamsuri, 2007). Salah satu teknik distraksi yang dapat dilakukan pada anak dalam penatalaksanaan nyeri adalah menonton kartun animasi (Wong, 2009).

Teknik distraksi berupa menonton kartun animasi jarang dilakukan untuk mengurangi nyeri saat pengambilan darah intravena pada anak. Padahal, manajemen nyeri sangat penting dilakukan oleh seorang perawat terutama pada anak-anak (Sarfika, Yanti, & Winda, 2015). Unsur-unsur

seperti gambar, warna, cerita, dan emosi (senang, sedih, seru, bersemangat) yang terdapat pada video animasi merupakan unsure otak kanan dan suara yang timbul dari film tersebut merupakan unsur otak kiri. Sehingga dengan menonton video animasi otak kanan dan otak kiri anak pada saat yang bersamaan digunakan duaduanya secara seimbang dan anak fokus pada video animasi (Windura, 2008). Ketika anak lebih fokus pada kegiatan menonton film kartun, hal tersebut membuat impuls nyeri akibat adanya cedera tidak mengalir melalui tulang belakang, pesan tidak mencapai otak sehingga anak tidak merasakan nyeri (Brannon dkk, 2013).

Dari hasil penelitian Sarfika, dkk (2015) yang berjudul pengaruh teknik distraksi menonton kartun animasi terhadap skala nyeri anak usia prasekolah saat pemasangan infus di instalasi rawat inap anak RSUP Dr. M. Djamil Padang, didapatkan bahwa terdapat perbedaan rata-rata skala nyeri yang signifikan antara anak yang diberikan teknik distraksi menonton kartun animasi dengan anak yang tidak diberikan teknik distraksi saat dilakukan pemasangan infus.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh I made mertajaya (2018) yang berjudul Analisis Intervensi Teknik Distraksi Menonton Kartun Edukasi Terhadap Skala Nyeri Pada Anak Usia Saat Pengambilan Darah Intravena Di Ruang Cempaka Anak Rumah Sakit Pelni Jakarta. Hasil penelitian studi kasus yang telah dilakukan menunjukkan bahwa terjadinya penurunan skala nyeri pada anak usia toddler saat pengambilan darah intravena setelah diberikan intervensi teknik distraksi menonton kartun edukasi

dan juga berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Emma Setiyo (2020) yang berjudul Perubahan Intensitas Nyeri Melalui Pemberian Teknik Distraksi Audio Visual Pada Anak Di Intensive Care Unit (Icu) Rsud Dr. Loekmonohadi Kudus. Hasil penelitian menunjukkan dengan teknik distraksi audio visual terjadi perubahan intensitas nyeri sehingga dapat diinterpretasikan bahwa terdapat perbedaan rata-rata skor pre test dan post test intensitas nyeri pada kelompok tersebut

Maka sebab itu saya tertarik untuk mengaplikasikan Teknik Distraksi Audio Visual ini dalam kasus kelolaan saya pada anak yang mengalami DHF yang mendapatkan tindakan invasif pengambilan darah vena yang tujuannya anak tidak mengalami trauma berkepanjangan dan menurunkan intensitas nyeri pada anak serta menjadikan anak lebih tenang dan nyaman saat dilakukan tindakan invasif. Teknik distraksi audio visual ini merupakan salah satu alternatif cara distraksi yang murah, mudah, dan aman untuk anak. Teknik distraksi audio visual ini tidak hanya bisa dilakukan dirumah sakit saja namun juga bisa dilakukan dirumah saat anak mengalami nyeri dan ada hal-hal yang membuat anak merasa tidak nyaman. Berdasarkan latar belakang tersebut maka penulis mengangkat judul analisis praktek klinik keperawatan pemberian teknik distraksi audio visual pada anak yang mendapatkan tindakan invasif pengambilan darah vena untuk meminimalisir nyeri

## **1. 2 Perumusan Masalah**

RSAM Bukittinggi sebanyak 21 anak yang mengalami DHF. Banyak masalah – masalah yang terjadi pada DHF yaitu hipertermia, hipovolemia, resiko pendarahan, defisit nutrisi, intoleransi aktivitas dan nyeri. Salah satunya masalahnya yaitu nyeri yang sering terjadi pada anak yang mengalami DHF hal ini dikarenakan pada anak yang mengalami DHF rata-rata mengalami tindakan invasif berupa pengambilan darah vena untuk pemeriksaan laboratorium. Penatalaksanaan salah satunya adalah tehnik distraksi yang bertujuan untuk meminimalisir trauma dan mengalihkan fokus anak dari nyeri yang didapat saat dilakukannya tindakan invasif pada anak . Maka dari itu penulis tertarik untuk mengaplikasikan Teknik distraksi audio visual ini dalam kasus

kelolaannya pada anak yang mengalami DHF dengan tindakan invasif pengambilan darah vena. Berdasarkan latar belakang tersebut maka penulis mengangkat judul analisis praktek klinik keperawatan pemberian distraksi audio visual terhadap penurunan nyeri pada anak yang mendapatkan tindakan invasif pengambilan darah vena dengan DHF .

### **1.3 Tujuan Penulisan**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Pemberian asuhan keperawatan pada anak yang mengalami DHF yang berfokus pada distraksi audio visual terhadap penurunan nyeri saat dilakukan tindakan keperawatan invasif pengambilan darah vena

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- 1) Menggambarkan konsep dasar penyakit DHF, tumbuh kembang, family center care (FCC) dan teknik distraksi audio visual.
- 2) Menggambarkan analisis asuhan keperawatan ( pengkajian, menegakkan diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi ) pada DHF
- 3) Menganalisa hasil implementasi asuhan keperawatan dengan intervensi tehnik distraksi audio visual terhadap penurunan nyeri padaa saat tindakan keperawatan invasif
- 4) Membandingkan antara teori dan asuhan keperawatan secara kasus.
- 5)



## **1.4 Manfaat Penulisan**

### **1.4.1 Bagi Institusi Pendidikan**

Hasil penelitian ini dapat menambah informasi, khususnya mengenai analisis praktek klinik keperawatan tehnik distraksi audio visual terhadap penurunan tingkat nyeri pada saat tindakan keperawatan invasif pengambilan darah vena di ruangan anak RSUD dr. Achmad mochtarbukittinggi tahun 2020. Dan juga sebagai acuan dalam mengembangkan ilmu keperawatan anak bagi peserta didik khususnya Prodi Profesi Ners Stikes Perintis Padang. Hasil dari proses dapat menjadi dasar atau data yang mendukung untuk bahan pengajaran ilmu keperawatan anak.

### **1.4.2 Bagi Perawat**

Manfaat penelitian bagi penulis dan perawat adalah menambah wawasan penelitian tentang asuhan keperawatan anak khususnya tentang terhadap penurunan tingkat nyeri pada saat tindakan keperawatan invasif pengambilan darah vena di ruangan anak RSUD dr. Achmad mochtarbukittinggi tahun 2020. Dan bagi perawat ruangan anak bisa menjadikan acuan dan menerapkan aplikasi tersebut dalam melakukan tindakan invasif pada asuhan keperawatan pada anak

### **1.4.3 Bagi Layanan**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi dan pengetahuan kepada petugas kesehatan khususnya perawat agar pihak rumah sakit melakukan penerapan tehnik distraksi audio visual sebagai intervensi tindakan invasif pada asuhan keperawatan anak

## BAB II

### KONSEP TEORI

#### 2.1 DHF

##### 2.1.1 Definisi

*Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) / DBD* adalah penyakit demam akut yang ditemukan di daerah tropis, dengan penyebarang geografis yang mirip dengan malaria. Penyakit ini disebabkan oleh salah satu dari 4 serotipe virus dari genus *Flavivirus*, family *Flavifiridae*. Setiap erotipe cukup berbeda sehingga tidak ada proteksi silang dan wabah yang disebabkan oleh beberapa serotipe (hiperendemistas) dapat terjadi. Demam berdarah disebarkan pada kepada manusia oleh nyamuk *Aedes aegypti* (Tosepu, 2016).

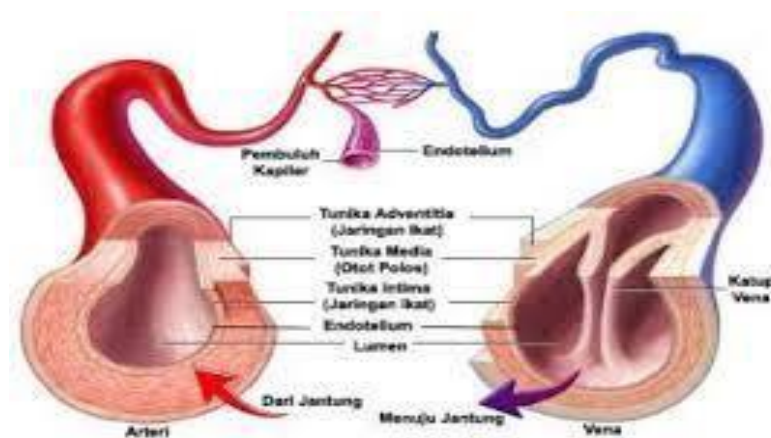
*Dengue Hemorrhagic Fever (DHF)* adalah penyakit yang disbabkan oleh virus berbahaya karena dapat menyebabkan penderita meninggal dalam waktu yang sangat singkat. Gejala klinis DHF berupa demam tinggi yang berlangsung terus-menerus selama 2-7 hari. Tanda dan gejala perdarahan yang biasanya didahului dengan terlihatnya tanda khas berupa bintik-bintik merah (petechia) pada badan penderita bahkan penderita dapat mengalami syok dan meninggal (Sutanto, 2015)

Penyakit *Dengue Hemorrhagic Fever* adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus dengue dan ditularkan oleh nyamuk *Aedes egypty*, yang ditandai dengan demam mendadak dua sampai tujuh hari tanpa penyebab yang jelas, lelah dan lesu, serta nyeri ulu hati disertai pendarahan dibawah kulit berupa bintik pendarahan (petechiae), lebam (echymosis) atau ruam (purpura). Kadang- 30 kadang ada epistaksis, muntah darah, kesadaran menurun, atau rejatan (shock) (Amiruddin, 2012).

*Dengue Hemorrhagic Fever* merupakan suatu penyakit epidemik akut yang disebabkan oleh virus yang ditransmisikan oleh *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*. Penderita yang terinfeksi akan memiliki gejala berupa demam ringan sampai tinggi, disertai dengan sakit kepala, nyeri pada mata, otot dan persendian, hingga perdarahan spontan (WHO, 2010).

## 2.1.2 Anatomi Fisiologi

### a. Pembuluh Darah



Gambar 2.1 Anatomi Pembuluh Darah (Pearce 2006)

Pembuluh darah ada 3 yaitu :

#### 1. Arteri

merupakan pembuluh darah yang keluar dari jantung yang membawa darah keseluruh bagian dan alat tubuh. Pembuluh darah arteri yang paling besar yang keluar dari ventrikel sinistra disebut aorta. Arteri ini mempunyai dinding yang kuat dan tebal tetapi sifatnya elastis dan terdiri dari 3 lapisan. Asuhan Keperawatan pada arteri yang paling besar di dalam tubuh yaituorta dan arteri pulmonalis, garis tengahnya kira-kira 1-3cm. Arteri ini mempunyai cabang-cabang keseluruhan tubuh yang disebut arteriolayang akhirnya akan menjadi pembuluh darah rambut(kapiler). Arteri mendapat darah dari darah yang mengalir di dalamnya tetapi hanya untuk tunika intima. Sedangkan untuk lapisan

lainnya mendapat darah dari pembuluh darah yang disebut vasavasorum.

## 2. Vena

Vena (pembuluh darah balik) merupakan pembuluh darah yang membawa darah dari bagian/alat-alat tubuh masuk ke dalam jantung. Tentang bentuk susunan dan juga pernafasan pembuluh darah yang menguasai vena sama dengan pada arteri. Katup-katup pada vena kebanyakan terdiri dari dua kelompok yang gunanya untuk mencegah darah agar tidak kembali lagi. Vena-vena yang ukurannya besar diantaranya vena kava dan venapulmonalis. Vena ini juga mempunyai cabang yang lebih kecil yang disebut venulus yang selanjutnya menjadi kapiler.

## 3. Kapiler

Kapiler (pembuluh darah rambut) merupakan pembuluh darah yang sangat halus. Diameternya kira-kira 0,008mm. pada dindingnya terdiri dari suatu lapisan endotel. bagian tubuh yang tidak terdapat kapiler yaitu: rambut, kuku, dan tulang rawan. Pembuluh darah rambut/kapiler pada umumnya meliputi sel-sel jaringan. Oleh karena itu dindingnya sangat tipis maka plasma dan zat makanan mudah merembes ke cairan jaringan antar sel.

### b. Darah



Gambar 2.2 Anatomi Darah (Syaifudin 2011)

Darah adalah cairan didalam pembuluh darah yang mempunyai fungsi sangat penting dalam tubuh yaitu fungsi transportasi dalam tubuh yaitu membawa nutrisi, oksigen dari usus dan paru-paru untuk kemudian diedarkan keseluruh tubuh. Darah mempunyai 2 komponen yaitu komponen padat dan komponen cair. Darah berwarna merah, warna merah tersebut keadaannya tidak tetap, tergantung pada banyaknya O<sub>2</sub> dan CO<sub>2</sub> didalamnya. Apa bila kandungan O<sub>2</sub> lebih banyak maka warnanya akan menjadi merah muda. Sedangkan Darah juga pembawa dan pengantar hormon. Hormon dari kelenjar endokrin keorganisasinya. Darah mengangkut enzim, elektrolit dan berbagai zat kimiawi untuk di distribusikan keseluruh tubuh. Peran penting yang dilakukan darah yaitu dalam pengaturan suhu tubuh, karena dengan cara konduksi darah membawa panas tubuh dari pusat produksi panas (hepar dan otot) untuk didistribusikan ke seluruh tubuh dan permukaan tubuh yang ada akhirnya ditur pelepasannya dalam upaya homeostasis suhu (termoregulasi). Jumlah darah manusia bervariasi tergantung dari berat badan seseorang. Rata-rata jumlah darah adalah 70 cc/kgBB. Dalam komponen cair atau plasma ini mempunyai fungsi sebagai media transport, berwarna kekuningan. Sedangkan pada komponen padat terdiri dari sel-sel darah eritrosit, leukosit dan trombosit. Pada batas tertentu diatur oleh tekanan osmotik dalam pembuluh darah dan jaringan. Bagian-bagian padat darah terendam dalam plasma.

#### A. Sel-sel darah :

##### 1. Eritrosit

Eritrosit dibuat didalam sumsum tulang, di dalam sumsum tulang masih berinti, inti dilepaskan sesaat sebelum dilepaskan / keluar. Pada proses pembentukannya diperlukan Fe, Vit. B12, asam folat dan rantai globulin yang merupakan senyawa protein. Selain itu untuk proses pematangan (maturasi) diperlukan hormon eritropoetin yang dibuat oleh ginjal, sehingga bila kekurangan salah satu unsur

pembentukan seperti di atas (kurang gizi) atau ginjal mengalami kerusakan, maka terjadi gangguan eritrosit (anemia). Umur peredaran eritrosit sekitar 105-120 hari. Pada keadaan penghancuran eritrosit yang berlebihan, misalnya pada hemodialisis darah, hepar kewalahan mengalahkan bilirubin yang tiba-tiba banyak jumlahnya. Maka akan timbul juga gejala kuning walaupun hati tidak mengalami kerusakan. Eritrosit dihancurkan di organ lien terutama pada proses penghancurannya dilepaskan zat besi dan pigmen bilirubin. Zat besi yang digunakan untuk proses sintesa sel eritrosit baru, sedangkan pigmen bilirubin di dalam hati akan mengalami proses konjugasi kimiawi menjadi pigmen empedu dan keluar bersama cairan empedu ke dalam usus. Jumlah normal eritrosit pada laki-laki 5,5 juta sel/mm<sup>3</sup>, pada perempuan 4,8 juta sel/mm<sup>3</sup>. Di dalam sel eritrosit didapat hemoglobin suatu senyawa kimiawi yang terdiri dari atas molekul yang mempunyai ion Fe (besi) yang terikat dengan rantai globulin (suatu senyawa protein). Hemoglobin berperan mengangkut O<sub>2</sub> dan CO<sub>2</sub>, jumlah Hb pada laki-laki 14-16 gr%, pada perempuan 12-14 gr%.

## 2. Leukosit

Fungsi utama leukosit adalah sebagai pertahanan tubuh dengan cara menghancurkan antigen (kuman, virus, toksin) yang masuk. Ada 5 jenis leukosit yaitu neutrofil, eosinofil, basofil, limfosit, monosit. Jumlah normal leukosit 5.000-9.000 /mm<sup>3</sup>. Bila jumlahnya berkurang disebut leukopenia. Jika tubuh tidak membuat leukosit sama sekali disebut agranulosis.

## 3. Trombosit

Trombosit bukan berupa sel, tetapi berupa/berbentuk keping yang merupakan bagian-bagian kecil dari sel besar yang membuatnya yaitu megakaryosit, di sumsum tulang dan lien. Ukurannya sekitar 2-4

mikron, dan umur peredarannya sekitar 10 hari. Trombosit mempunyai kemampuan untuk melakukan :

- 1) daya aglutinasi (membeku dan menggumpal)
- 2) daya adhesi (melekat)
- 3) daya agregasi (berkelompok)

Jumlah trombosit 150.000-450.000/mm<sup>3</sup>, fungsinya sebagai hemostasis dan pembekuan darah. Pembekuan darah proses kimiawi yang mempunyai pola tertentu dan berjalan dalam waktu singkat. Bila ada kerusakan pada dinding pembuluh darah maka trombosit akan berkumpul dan menutup lubang yang bocor dengan cara saling melekat, berkelompok dan menggumpal dan kemudian dilanjutkan dengan proses pembekuan darah. Kemampuan trombosit seperti ini karena trombosit mempunyai 2 zat yaitu Prostaglandin dan Tromboxan yang segera dikeluarkan bila ada kerusakan dinding pembuluh darah atau kebocoran, zat ini menimbulkan efek vassokonstriksi pembuluh darah, sehingga aliran darah berkurang dan membantu proses pembekuan darah.

#### B. Plasma

Plasma merupakan bagian cair dari darah. Plasma membentuk sekitar 5% dari berat badan tubuh. Plasma adalah sebagai media sirkulasi elemen-elemen darah yang berbentuk (sel-sel darah merah, sel-sel darah putih, trombosit). Plasma juga berfungsi sebagai media transportasi bahan-bahan organik dan anorganik dari satu organ atau jaringan ke organ atau jaringan lain. Komposisi dari plasma

- 1) Air : 91-92%
- 2) Protein plasma :
  - a Albumin (bagian besar pembentuk plasma protein, dibentuk di hepar).



- b Globulin (terbentuk di dalam hepar, limfosit dan sel-sel retikuloendotelial). Immunoglobulin merupakan bentuk globulin.
  - c Fibrinogen
  - d Protrombin.
- 3) Unsur-unsur pokok anorganik : Na, K, Cl, Magnesium, zat besi, Iodin
  - 4) Unsur-unsur pokok organik : urea, asam urat, kreatinin, glukose, lemak, asam amino, enzim, hormone.

Fungsi Protein Plasma :

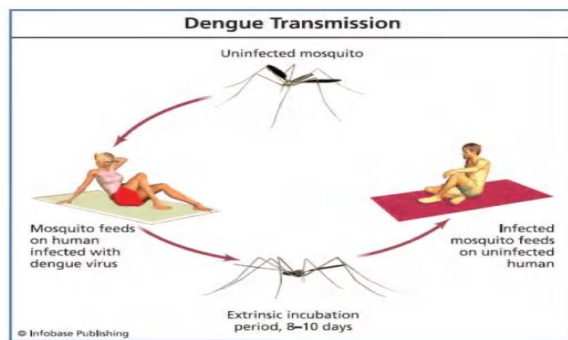
- 1) Mempertahankan tekanan osmotik plasma yang diperlukan untuk pembentukan dan penyerapan cairan jaringan.
- 2) Dengan bergabung bersama asam dan alkali protein plasma bertindak sebagai penyangga dalam mempertahankan pH normal tubuh.
- 3) Fibrinogen dan protrombin adalah penting untuk pembekuan darah.
- 4) Immunoglobulin merupakan hal yang esensial dalam pertahanan tubuh melawan infeksi.

### 2.1.3 Etiologi

Penyebab penyakit DHF ada 4 tipe (Tipe 1, 2,3, dan 4), termasuk dalam group B Antropod Borne Virus (Arbovirus). Dengue tipe 3 merupakan serotip virus yang dominan yang menyebabkan kasus yang berat. Masa inkubasi penyakit demam berdarah dengue diperkirakan  $\leq 7$  hari. Penularan penyakit demam berdarah dengue umumnya ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* meskipun dapat juga ditularkan oleh *Aedes albopictus* yang hidup dikebun (Anies, 2015).

#### 2.1.4 Cara penularan DHF

Terdapat 3 faktor yang dapat menyebabkan penyakit DHF, diantaranya yaitu faktor manusia, virus, dan vektor perantara (nyamuk). Virus *dengue* ditularkan kepada manusia melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti*. Nyamuk tersebut dapat mengandung virus *dengue* pada saat menggigit manusia yang sedang mengalami *viremia* (positif terinfeksi virus dengue). Nyamuk mampu menularkan virus *dengue* setelah 8 sampai 12 hari virus berkembang biak dalam kelenjar ludah yang dikenal sebagai *extrinsic incubation period*, kemudian nyamuk yang sudah terinfeksi virus dengue bisa menularkan ke manusia lain yang bukan bersifat viremik. Virus *dengue* memerlukan waktu masa inkubasi 3-14 hari dalam tubuh manusia yang biasa disebut *intrinsic incubation period* sebelum menimbulkan penyakit (Chakraborty, 2008).



Gambar 2.3. Cara penularan penyakit DHF (Chakraborty, 2008)

#### 2.1.5 Manifestasi Klinis DHF

Manifestasi klinis infeksi virus dengue dapat bersifat asimtomatik, atau dapat berupa demam yang tidak khas, demam dengue, demam berdarah dengue atau sindrom syok dengue. Demam berdarah dengue ditandai oleh empat manifestasi klinik mayor yaitu demam tinggi, manifestasi perdarahan (terutama kulit), hepatomegali, dan tanda kegagalan sirkulasi (World Health Organisation, 1997). Yang membedakan DHF dengan demam dengue (DD) adalah, pada DHF ditemukan permeabilitas

pembuluh darah yang tinggi, hipovolemia, hipotensi, trombositopenia dan diathesis hemoragik. Fase prerenjatan diawali dengan nadi yang cepat dan lemah, tekanan nadi sempit, hipotensi, ekstremitas dingin, gelisah dan berkeringat. Muntah dan nyeri abdomen persisten meski tidak masuk kriteria WHO juga perlu diwaspadai. Seringkali terdapat perubahan dari demam menjadi hipotermia disertai berkeringat serta perubahan status mental (somnia atau iritabilitas).

a. Demam Dengue

Merupakan penyakit demam akut selama 2-7 hari, ditandai dengan 2 atau lebih manifestasi klinis berikut :

- a) Nyeri kepala
- b) Nyeri retro orbital
- c) Mialgia/atralgia
- d) Ruam kulit
- e) Manifestasi perdarahan (petekie/uji bendung positif)
- f) Leukopenia dan pemeriksaan serologi dengue positif

b. Dengue Hemorrhagic Fever (DHF)

Berdasarkan kriteria WHO 1997 diagnosis DHF ditegakkan bila hal dibawah ini dipenuhi :

- a) Demam, riwayat demam akut, antara 2-7 hari, biasanya bifasik
- b) Terdapat minimal satu dari manifestasi perdarahan berikut :
  - Uji bendun positif
  - Petekie, ekimosis, purpura
  - Perdarahan mukosa
  - Hematemesis atau melena
- c) Trombositopenia (jumlah trombosit < 100.000/ul)
- d) Terdapat minimal satu tanda-tanda kebocoran plasma sebagai berikut:

- Peningkatan hematokrit > 20% dibandingkan standar usia dan jenis kelamin
- Penurunan hematokrit > 20% setelah mendapat terapi cairan, dibandingkan dengan nilai hematokrit sebelumnya.
- Tanda kebocoran plasma seperti efusi pleura, asites atau hipoproteinemia.

c. Dengue Shock Syndrom (DSS)

Sindrom Renjatan Dengue (SRD) atau dengue shock syndrome (DSS) adalah manifestasi renjatan yang terjadi pada penderita DHF derajat III dan IV (World Health Organisation, 1997). Kebanyakan pasien memasuki fase SRD pada saat atau setelah demamnya turun yaitu antara hari ke 3-7 setelah onset gejala. Pada saat tersebut penderita dapat mengalami hipovolemi hingga lebih dari 30% dan dapat berlangsung selama 24-48 jam. Disamping ditemukannya demam, manifestasi perdarahan, trombositopenia, dan tanda perembesan plasma, pada penderita DHF yang mengalami renjatan juga terdapat tanda kegagalan sirkulasi yaitu kulit lembab dan dingin, sianosis sirkumoral, nadi cepat dan lemah, tekanan nadi rendah, hipotensi, serta penurunan status mental. Pada keadaan ini curah jantung menurun dan menyebabkan iskemia jaringan, sehingga menimbulkan hipoksia jaringan bersangkutan. Metabolisme anaerob yang terjadi selanjutnya, mengakibatkan akumulasi asam laktat dan berujung pada keadaan asidosis metabolik. Asidosis yang tidak segera mendapat koreksi akan segera memicu terjadinya pembekuan intravaskuler menyeluruh (PIM) atau DIC (Robbins dan Kumar, 1995) Sedangkan menurut Eka, ( 2009). Tanda dan gejala DBD adalah sebagai berikut

- 1) Demam Penyakit ini didahului oleh demam tinggi yang mendadak, terus menerus berlangsung 2-7 hari, kemudian turun secara cepat.

- 2) Tanda-tanda pendarahan Sebab pendarahan pada penderita penyakit DHF adalah gangguan fungsi trombosit, timbul bintik-bitik atau ruam merah pada kulit. Bahkan bisa timbul pendarahan pada gusi, dan hidung.
- 3) Renjatan atau Shock Tanda-tanda renjatan yaitu kulit terasa dingin dan lembab terutama pada ujung jari dan kaki, penderita menjadi gelisah, nadi cepat dan lemah, kecil sampai taj teraba, tekanan nadi menurun (menjadi 20 mmHg atau kurang, tekanan darah menurun (tekanan sistolik menurun sampai 80 mmHg atau kurang). Sebab renjatan karena pendarahan arau karena kebocoran plasma ke darah ekstra vaskuler melalui kapiler yang rusak.
- 4) Trombositopeni umlah.trombosit di bawah 150.000/mm<sup>3</sup> biasanya ditemukan diantara hari ketiga sampai ketujuh sakit, pemeriksaan trombosit dilakukan minimal 2 kali yang pertama pada waktu pasien masuk dan apabila normal diulangi pada hari kelima sakit (Eka, 2009).

Sedangkan menurut tanda DHF menurut Zulkoni (2011), yaitu:

### **2.1.6 Patogenesis dan Patofisiologi DHF**

#### **Patogenesis**

Sukandar dkk (2011) telah membagi secara singkat tentang patogenesis DHF dalam 3 fase sebagai berikut:

- 1) Fase febris (demam)

Pasien biasanya mengalami demam tinggi yang tiba-tiba. Fase demam akut biasanya berlangsung 2-7 hari dan sering disertai dengan kemerahan pada wajah, eritema kulit, sakit badan, mialgia, arthralgia dan sakit kepala. Beberapa pasien mungkin memiliki sakit tenggorokan faring, noreksia, mual dan muntah. Hal tersebut bisa sulit untuk membedakan secara klinis dari demam berdarah non- dengue penyakit pada fase awal demam. Tes tourniquet positif dalam fase ini

meningkatkan probabilitas dengue. Selain itu, fitur klinis tidak dapat dibedakan antara kasus demam berdarah parah dan tidak parah. Oleh karena itu pemantauan untuk peringatan tanda-tanda dan parameter klinis lainnya adalah penting untuk mengenali perkembangan ke fase kritis. Mild manifestasi perdarahan seperti membran petechiae dan perdarahan mukosa (mis. hidung dan gusi). Massive pendarahan vagina (pada wanita usia subur) dan perdarahan gastrointestinal dapat terjadi selama tahap ini tetapi tidak umum terjadi. Hepar sering membesar setelah beberapa hari demam. Kelainan paling awal dalam jumlah darah lengkap adalah penurunan progresif dalam sel putih yang harus waspada dokter untuk kemungkinan demam berdarah tinggi

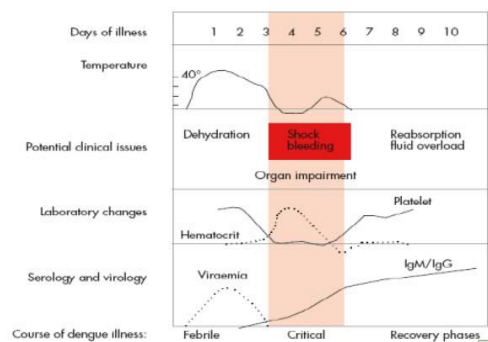
## 2) Fase kritis

Terjadi pada saat penurunan suhu badan sampai normal. Saat suhu turun menjadi 37,5-38 C atau kurang dan tetap di bawah tingkat ini, biasanya pada hari 3-7 penyakit terjadi peningkatan kapiler permeabilitas secara paralel dengan tingkat hematokrit meningkat yang menandai awal fase kritis. Periode kebocoran plasma klinis signifikan biasanya berlangsung 24-48 jam. leukopenia Progresif diikuti dengan penurunan cepat dalam jumlah trombosit biasanya mendahului kebocoran plasma. Pada titik pasien tanpa peningkatan permeabilitas kapiler akan membaik, sementara dengan peningkatan permeabilitas kapiler dapat menjadi lebih buruk sebagai Hasil volume plasma yang hilang. Tingkat kebocoran plasma bervariasi. Efusi pleura dan asites mungkin secara klinis terdeteksi tergantung pada derajat kebocoran plasma dan volume terapi cairan. Oleh karena itu dada x-ray dan USG perut bisa bermanfaat alat untuk diagnosis. Tingkat kenaikan atas dasar hematokrit sering mencerminkan tingkat keparahan kebocoran plasma. Shock terjadi ketika volume kritis plasma hilang melalui kebocoran. Hal ini sering didahului oleh tanda-

tanda awal. Suhu tubuh dapat di bawah normal saat shock terjadi. Dengan shock yang berkepanjangan, hasil organ konsekuensi hipoperfusi di progresif organ penurunan, asidosis metabolik dan koagulasi intravascular disebarluaskan. Ini pada gilirannya menyebabkan perdarahan parah menyebabkan hematokrit turun dan menjadi shock berat. Leukopenia biasanya terlihat selama fase demam berdarah, total jumlah sel darah putih dapat meningkat pada pasien dengan pendarahan hebat

3) Fase reabsorpsi (pemulihan)

Jika pasien bertahan pada fase kritis 24-48 jam, reabsorpsi bertahap kompartemen cairan ekstrasvaskuler terjadi dalam 48-72 jam berikutnya. Pada umumnya pasien kembali mempunyai nafsu makan, gejala gastrointestinal mereda, status hemodinamik stabil dan diuresis terjadi kemudian. Beberapa pasien mungkin memiliki ruam dari "pulau-pulau putih di laut merah. Beberapa mungkin mengalami pruritus umum. Bradikardi dan perubahan elektrokardiografi biasa terjadi selama tahap ini. Hematokrit yang stabil atau mungkin lebih rendah karena efek pengenceran yang diserap cairan. Jumlah sel darah putih biasanya mulai naik segera setelah penurunan suhu badan sampai yg normal tetapi pemulihan jumlah trombosit biasanya lebih dari itu dari jumlah sel darah putih. Distress pernapasan dari efusi pleura masif dan ascites akan terjadi pada setiap saat jika cairan intravena yang berlebihan telah diberikan. Selama kritis dan / atau pemulihan fase, terapi cairan yang berlebihan berhubungan dengan edema paru atau kongestif gagal jantung.



Gambar 2.4. Patogenesis penyakit demam berdarah (Sudjana, 2010)

### **Patofisiologi**

Virus dengue yang telah masuk ke tubuh penderita akan menimbulkan viremia. Hal tersebut menyebabkan pengaktifan komplemen sehingga terjadi kompleks imun Antibodi – virus. Pengaktifan tersebut akan membentuk dan melepaskan zat (3a, C5a, bradikinin, serotonin, trombin, Histamin), yang akan merangsang PGE<sub>2</sub> di Hipotalamus sehingga terjadi termoregulasi instabil yaitu hipertermia yang akan meningkatkan reabsorpsi Na<sup>+</sup> dan air sehingga terjadi hipovolemi. Hipovolemi juga dapat disebabkan peningkatan permeabilitas dinding pembuluh darah menyebabkan kebocoran plasma.

Adanya kompleks imun antibodi – virus juga menimbulkan Agregasi trombosit sehingga terjadi gangguan fungsi trombosit, trombositopeni, koagulopati. Ketiga hal tersebut menyebabkan perdarahan berlebihan yang jika berlanjut terjadi shock dan jika shock tidak teratasi terjadi Hipoxia jaringan dan akhirnya terjadi Asidosis metabolik. Asidosis metabolik juga disebabkan karena kebocoran plasma yang akhirnya terjadi perlemahan sirkulasi sistemik sehingga perfusi jaringan menurun jika tidak teratasi terjadi hipoxia jaringan.

Masa virus dengue inkubasi 3-15 hari, rata-rata 5-8 hari. Virus hanya dapat hidup dalam sel yang hidup, sehingga harus bersaing dengan sel manusia terutama dalam kebutuhan protein. Persaingan tersebut sangat tergantung pada daya tahan tubuh manusia sebagai reaksi terhadap infeksi dan terjadi : (1) aktivasi sistem komplemen sehingga dikeluarkan zat anafilaktosin yang menyebabkan peningkatan permeabilitas kapiler sehingga terjadi perembesan plasma dari ruang intravaskular ke ekstrasvaskular, (2) agregasi trombosit menurun, apabila kelainan ini



berlanjut akan menyebabkan kelainan fungsi trombosit sebagai akibatnya akan terjadi mobilisasi sel trombosit muda dari sumsum tulang dan (3) kerusakan sel endotel pembuluh darah akan merangsang atau mengaktivasi faktor pembekuan. Ketiga faktor tersebut akan menyebabkan (1) peningkatan permeabilitas kapiler; (2) kelainan hemostasis, yang disebabkan oleh vaskulopati; trombositopenia; dan koagulopati. (Arief Mansjoer & Suprohaita; 2000; 419).

Perubahan patofisiologi pada DHF yang sudah diketahui antara lain perubahan pada vaskuler, trombosit, koagulasi dan imunologi. Pada perubahan vaskuler terjadi kerapuhan pembuluh darah dan kenaikan permeabilitas kapiler. Trombosit pada fase awal penyakit akan terjadi gangguan fungsi, kemudian menyusul trombositopenia, gangguan agregasi, penurunan betathromboglobulin, kenaikan PF4 dan umurnya memendek.

Koagulopati yang terjadi berupa penurunan sejumlah faktor koagulasi, dan terjadi pula koagulasi intravaskuler. Perubahan imunologi seluler dan humoral antara lain munculnya leukopenia, aneosinofilia, limfosit plasma biru, penurunan limfosit -T dan kenaikan limfosit-B, peningkatan imunoglobulin dan kompleks imun. Saat ini terdapat banyak teori patogenesis DHF yang menunjukkan belum jelas patogenesis yang sesungguhnya. Patogenesis tersebut antara lain infeksi sekunder yang berturutan dengan tipe virus yang lain, yang ada hubungannya dengan ADE, IgM dan makrofag, teori virulensi virus, teori trombosit-endotel, dan teori mediator.

Vaskulopati ditandai dengan terjadinya kerapuhan pembuluh darah dan peninggian permeabilitas kapiler. Kerapuhan pembuluh darah dibuktikan dengan uji tourniquet atau Rumpel Leede atau uji Hess. Uji ini mungkin positif meskipun waktu perdarahan normal. Permeabilitas kapiler yang meningkat menyebabkan protein plasma dan cairan dari

intravaskuler bocor ke ektravaskuler. Hal tersebut terbukti dengan timbulnya hemokonsentrasi, efusi pleura, ascites, edema, hipoproteinemia terutama hipoalbuminemia.

Biopsi pada bercak merah di kulit menunjukkan adanya edema perivaskuler pada mikrovaskulatur terminal di daerah papila kulit, dengan infiltrasi limfosit dan monosit. Di daerah ini dapat ditemukan antigen dengue, deposit komplemen, imunoglobulin dan fibrinogen. Pada fase awal timbul vaskulopati dan disfungsi trombosit, selanjutnya muncul trombositopenia. Fungsi trombosit yang terganggu berupa penurunan agregasi, kenaikan platelet factor 4 (PF4) dan penurunan betathromboglobulin (BTG) disertai memendeknya umur trombosit.

Agregasi trombosit dihambat oleh adanya kompleks imun yang terdiri atas antigen virus dengue dengan antiidi anti dengue di dalam plasma atau dihambat oleh fibrinogen degradation product (FDP). Trombositopeni pada DHF dapat disebabkan karena adanya kompleks imun di permukaan trombosit. Komplek imun tersebut akan menyebabkan rusaknya trombosit yang kemudian akan diambil hati dan lien. Trombositopeni dapat juga terjadi karena depresi sumsum tulang dan konsumsi yang berlebihan di sirkulasi.

Koagulopati dibuktikan dengan adanya penurunan faktor fibrinogen, faktor V, VII, VIII, X dan XII. Pada DHF fase akut terjadi koagulasi intravaskuler dan fibrinolisis. Telah dibuktikan adanya pemanjangan partial thromboplastin time (PTT), perpanjangan thrombin time, penurunan fibrinogen dan kenaikan FDP hersama-sama dengan penurunan antithrombin Iii, alfa-2 antiplasminogen. Koagulasi intravaskuler ini terutama pada DSS.

Perubahan imunologik pada DHF terdiri atas perubahan imunologik humoral dan seluler. Perubahan humoral dapat dibuktikan dengan terbentuknya antibodi IgG yang dipakai sebagai dasar uji

haemagglutination inhibition (HI) dan Dengue Blot, dan IgM yang pada umumnya dideteksi dengan IgM Elisa Capture. Selain kompleks imun IgG dan IgM, juga ada kompleks imun IgA dan IgE. Perubahan imunologik seluler adalah terjadinya leukopeni pada fase akut disertai aneosinofili, kenaikan monosit dan basofili. Limfosit-T menurun dan limfosit-B meningkat pada fase akut.

### 2.1.7 Klasifikasi derajat DHF

Klasifikasi derajat DHF menurut WHO 2011 dalam Nurarif & Kusuma (2015)

- 1) DD : Demam disertai 2 atau lebih tanda : sakit kepala, nyeri retro orbital, mialgia, artralgia. (Serologi dengue positif)  
Laboratorium : Trombositopenia, Leukopenia, tidak ditemukan kebocoran plasma
- 2) Derajat 1 : demam disertai gejala tidak khas dan satu-satunya manifestasi perdarahan adalah uji torniquet positif  
Laboratorium : Trombositopenia (100.000 /ul), bukti ada kebocoran plasma (Serologi dengue positif)
- 3) Derajat 2 : derajat 1 disertai perdarahan spontan di kulit dan/atau perdarahan lainnya  
Laboratorium : Trombositopenia (100.000 /ul), bukti ada kebocoran plasma (Serologi dengue positif)
- 4) Derajat 3 : ditemukannya tanda kegagalan sirkulasi yaitu nadi cepat dan lembut, terkadang nadi menurun (< 20 mmhg) atau hipotensi disertai kulit dingin, lembab, dan pasien menjadi gelisah  
Laboratorium : Trombositopenia (100.000 /ul), bukti ada kebocoran plasma (Serologi dengue positif)
- 5) Derajat 4 : syok berat, nadi tidak teraba dan tekanan darah tidak dapat di ukur.  
Laboratorium : Trombositopenia (100.000 /ul), bukti ada kebocoran plasma (Serologi dengue positif)

## 2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

### 1) Laboratorium

- a. Pemeriksaan darah rutin yang dilakukan untuk menapis pasien tersangka DHF adalah melalui pemeriksaan kadar hemoglobin, hematokrit, jumlah trombosit dan apusan darah tepi.
- b. Parameter Laboratoris yang dapat diperiksa antara lain :
- c. Leukosit : dapat normal atau turun. Mulai hari ke-3 dapat ditemui limfositosis relative ( $>45\%$  dari total leukosit) disertai adanya limfosit plasma biru  $>15\%$  dari jumlah total leukosit yang ada pada fase syok akan meningkat
- d. Trombosit : umumnya terdapat trombositopenia hari ke 3-8.
- e. Hematokrit : Kebocoran plasma dibuktikan dengan ditemukannya peningkatan hematokrit  $> 20\%$  dari hematokrit awal, umumnya di temukan pada hari ke-3 demam
- f. Hemostasis : dilakukan pemeriksaan PT, APTT, Fibrinogen, D-Dimer, atau FDP pada keadaan yang dicurigai terjadi perdarahan atau kelainan pembekuan darah.
- g. Protein/ albumin : dapat terjadi hipoproteinemia akibat kebocoran plasma
- h. SGOT/SGPT: dapat meningkat.
- i. Ureum kreatinin : bila didapatkan gangguan ginjal
- j. Elektrolit : sebagai parameter pemantauan pemberian cairan.
- k. Golongan darah dan cross match: bila akan diberikan transfuse darah atau komponen darah
- l. Imunoserologi dilakukan pemeriksaan IgM dan IgG terhadap dengue.

### 2) Radiologi

Pada foto dada terdapat efusi pleura, terutama pada hemitoraks kanan tetapi bila terjadi perembesan plasma hebat, efusi pleura ditemui di kedua hemitoraks. Pemeriksaan foto rontgen dada sebaiknya dalam posisi lateral.

### **2.1.9 Penatalaksanaan**

DHF Tidak ada terapi spesifik untuk penderita Demam berdarah dengue, prinsip utama adalah terapi suportif. Dengan terapi suportif adekuat, angka kematian dapat diturunkan hingga kurang dari 1%. Pemeliharaan volume cairan sirkulasi merupakan tindakan yang paling penting dalam penanganan kasus DHF. Jika asupan cairan oral pasien tidak mampu dipertahankan, maka dibutuhkan suplemen cairan intravena untuk mencegah dehidrasi dan hemokonsentrasi secara bermakna. Perhimpunan Dokter Ahli Penyakit Dalam Indonesia bersama dengan Divisi penyakit Tropik dan Infeksi dan Divisi Hematologi dan Onkologi Medik Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia telah menyusun protocol penatalaksanaan DHF pada pasien dewasa. Protokol ini terbagi dalam 5 kategori

#### **1) Protokol 1**

Penanganan tersangka DHF dewasa tanpa syok.

Seseorang yang tersangka menderita DHF di ruang Gawat Darurat dilakukan pemeriksaan hemoglobin, hematokrit dan trombosit, bila

- a. Hb, Ht dan trombosit normal atau trombosit antara 100.000-150.000, pasien dapat dipulangkan dengan anjuran control.
- b. Hb, Ht normal tetapi trombosit < 100.000 dianjurkan untuk dirawat.
- c. Hb, Ht meningkat dan trombosit normal atau turun juga dianjurkan untuk dirawat.

#### **2) Protokol 2**

Pasien dengan tersangka DHF tanpa perdarahan spontan dan massif dan tanpa syok maka diruang rawat diberikan cairan infuse kristaloid dengan rumus :  $1500 + (20 \times (BB \text{ dalam Kg} - 20))$

#### **3) Protokol 3**

Peningkatan Ht > 20% menunjukkan bahwa tubuh mengalami deficit cairan sebanyak 5%. Pada keadaan ini terapi awal pemberian cairan adalah dengan memberikan infuse cairan kristaloid sebanyak 6-

7ml/kg/jam. Pasien dipantau setelah 3-4 jam pemberian cairan. Bila terjadi perbaikan yang ditandai dengan hematokrit turun, frekuensi nadi turun, tekanan darah stabil, produksi urin meningkat, maka jumlah cairan dikurangi menjadi 5ml/kgBB/jam. Jika setelah pemberian terapi cairan awal 6-7ml/kgBB/jam tidak membaik, yang ditandai dengan hemtokrit dan nadi meningkat, produksi urin menurun, maka kita harus menaikkan jumlah cairan infuse menjadi 10ml/kgBB/jam.

#### **4) Protokol 4**

Penatalaksanaan perdarahan spontan pada DHF dewasa. Perdarahan spontan dan massif pada penderita DHF dewasa adalah: perdarahan hidung, perdarahan saluran kemih, perdarahan saluran cerna, perdarahan otak atau perdarahan tersembunyi dengan jumlah perdarahan sebanya 4ml/kgBB/jam. Pada keadaan seperti ini jumlah dan kecepatan pemberian cairan tetap seperti keadaan DHF tanpa syok lainnya. Pemeriksaan tekanan darah, nadi, pernafasan dan jumlah urin dilakukan dengan kewaspadaan Hb, Ht, dan thrombosis serta hemostase harus segera dilakukan dan pemeriksaan Hb, Ht dan trombosit sebaiknya diulang setiap 4-6 jam.

#### **5) Protokol 5**

Penatalaksanaan Sindrom Syok Dengue pada Dewasa. Bila berhadapan dengan sindrom syok Dengue maka hal yang perlu diingat adalah bahwa renjatan harus segera diatasi dan oleh karena itu penggantian cairan intravascular harus segera dilakukan. Pada kasus SSD cairan kristaloid adalah pilihan utama yang diberikan. Selain resusitasi cairan, penderita juga diberikan oksigen 2-4 liter/menit. Pemeriksaan yang harus dilakukan adalah pemeriksaan darah lengkap, hemostasis, AGD, kadar natrium, kalium dan klorida serta ureum dan kreatinin.

Pada fase awal, cairan kristaloid diguyur sebanyak 10-20 ml/kgBB dan dievaluasi setelah 15-30 menit. Bila renjatan teratasi, jumlah cairan

dikurangi menjadi 7ml/kgBB/jam. Bila setelah fase awal pemberian cairan ternyata renjatan belum teratasi, maka pemberian cairan kristaloid dapat ditingkatkan menjadi 20-30ml/kgBB dan kemudian dievaluasi setelah 20-30 menit. Bila nilai hematokrit meningkat berarti perembesan plasma masih berlangsung maka pemberian cairan koloid merupakan pilihan, tetapi bila nilai hematokrit turun, berarti terjadi perdarahan internal maka penderita diberikan tranfusi darah segar 10 ml/kgBB dan dapat diulang sesuai kebutuhan (+ akseptor teoris)

## **2.2 Konsep Perkembangan Anak Usia Pra Sekolah**

### **2.2.1 Pengertian Anak Usia Pra Sekolah**

Usia pra sekolah adalah usia perkembangan anak antara 3 sampai 5 tahun. Pada usia ini, terjadi perubahan yang signifikan untuk mempersiapkan gaya hidup yaitu masuk sekolah dengan mengkombinasikan antara perkembangan biologi, psikososial, kognitif, spiritual, dan prestasi sosial (Hockenberry & Wilson, 2009). Pengertian yang sama juga dikemukakan oleh Potter dan Perry (2009) bahwa anak usia pra sekolah berada pada usia 3 sampai 5 tahun. Pengertian yang berbeda menurut Muscari (2009) tentang anak usia pra sekolah adalah usia perkembangan yang dimulai pada usia 3 sampai 6 tahun. Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan usia perkembangan 3 sampai 6 tahun.

### **2.2.2. Perkembangan Anak usia Pra Sekolah**

Pada masa ini peningkatan pertumbuhan dan perkembangan masih berlanjut dan stabil terutama kemampuan kognitif serta aktivitas fisik (Hidayat, 2008). Secara umum kondisi sehat pada usia pra sekolah adalah memiliki tubuh yang ramping, sikap tubuh yang baik, cekatan dan periang (Muscari, 2005).

## 1) Perkembangan Biologis

Secara fisik usia pra sekolah sudah berbeda dengan anak usia toddler. Postur lebih kuat, langsing, kuat, tangkas, anggun, dan tegap. Kecepatan perkembangan fisik semakin melambat dan stabil. Pertumbuhan secara fisik dapat diketahui dengan melihat penambahan berat badan dan tinggi badan. Rata-rata penambahan berat badan anak pra sekolah per tahun adalah 2,3 kg. Berat badan rata-rata usia 3 tahun adalah 14,6 kg, usia 4 tahun 16,7 kg, usia 5 tahun 18,7 kg, dan usia 6 tahun 21 kg. Dan kenaikan rata-rata tinggi badan usia pra sekolah adalah 6,75 cm sampai 7,5 cm. Tinggi badan anak usia 3 tahun rata-rata 95 cm, usia 4 tahun 103 cm, usia 5 tahun 110 cm, sedangkan untuk usia 6 tahun 127 cm. (Wong et al., 2009). Pada anak usia pra sekolah masih membutuhkan banyak kesempatan belajar dan latihan ketrampilan fisik yang baru. Ketrampilan motorik halus sangat berperan dalam kegiatan sekolah. Latihan menulis dan menggambar akan membentuk ketrampilan otot halus dan koordinasi antara mata dan tangan dalam menulis huruf dan angka (Potter & Perry, 2009).

## 2) Perkembangan Kognitif

Pada perkembangan kognitif anak usia pra sekolah mempunyai tugas yang lebih banyak dalam mempersiapkan anak untuk sekolah. Dan peranan proses berpikir sangat penting untuk mencapai kesiapan tersebut (Wong, et al., 2009). Anak akan berpikir lebih kompleks dengan mengkategorikan obyek berdasarkan warna, ukuran maupun dengan pertanyaan (Perry & Potter, 2009). Selain itu juga pada usia ini anak masih berpikir magis yaitu dengan mempercayai bahwa semua pikirannya memiliki kekuatan.

Tinjauan teori tentang perkembangan kognitif menurut Muscari (2005) menggunakan tahap berpikir pra operasional oleh Piaget. Pada tahap ini mempunyai 2 fase yaitu:



- a. Fase pra konseptual (usia 2 – 4 tahun) Pada fase ini anak telah membentuk suatu konsep yang belum matang dan tidak logis dibandingkan dengan orang dewasa, menghubungkan suatu kejadian dengan kejadian lain, mempunyai pemikiran yang berorientasi pada diri sendiri, dan membuat klasifikasi yang masih relatif sederhana.
  - b. Fase intuitif (usia 4-7 tahun) Pada fase ini anak sudah mulai mampu menjumlahkan, mengklasifikasikan, dan menghubungkan objek-objek. Anak juga sudah mempunyai cara berpikir yang intuitif yaitu menyadari sesuatu yang benar tetapi tidak tahu alasannya, kata-kata yang digunakan banyak yang sesuai tetapi tidak bisa memahami artinya.
- 3) Perkembangan Psikososial

Menurut Hockenberry & Wilson (2009) anak usia pra sekolah sudah siap menghadapi dan berusaha keras dalam mencapai tugas perkembangan. Tugas utama pada perkembangan psikososial adalah menguasai rasa inisiatif yaitu bermain, bekerja, dan dapat merasakan kepuasan dalam kegiatannya, serta merasakan hidup sepenuhnya. Tetapi konflik akan timbul ketika aktivitasnya melampaui batas kemampuan mereka, sehingga anak akan mengalami rasa bersalah karena berperilaku atau tidak melakukan dengan benar. Perasaan bersalah, cemas, dan rasa takut diakibatkan oleh pikiran yang berbeda dengan perilaku yang diharapkan. Tinjauan perkembangan psikososial menurut teori Erikson bahwa krisis yang dihadapi anak usia pra sekolah (usia 3-6 tahun) adalah inisiatif versus rasa bersalah. Erikson menyatakan bahwa pada usia pra sekolah anak sudah menguasai perasaan otonomi, apabila orang tua tidak dapat menerima imajinasi dan aktivitasnya maka anak akan mengembangkan rasa bersalah, keluarga merupakan orang terdekat bagi anak usia prasekolah, serta anak pada usia pra sekolah merupakan pelajar yang energik, antusias,

serta mempunyai imajinasi yang aktif (Muscari, 2005). d. Perkembangan Moral Perbedaan yang mendasar pada perkembangan moral anak usia pra sekolah dengan usia toddler adalah adanya kemampuan untuk mengidentifikasi tingkah laku sehingga akan menghasilkan hukuman apabila tindakannya salah dan mendapatkan hadiah apabila tindakannya benar, serta dapat membedakan antara benar dan salah (Potter & Perry, 2009). Menurut teori Kohlberg dalam perkembangan moral anak usia pra sekolah berada pada tahap pra konvensional, yaitu anak akan muncul perasaan bersalah serta menekankan pada pengendalian eksternal (Muscari, 2009).

## **2.3. Nyeri**

### **2.3.1 Pengertian Nyeri**

Nyeri adalah sesuatu yang menyakitkan tubuh yang diungkapkan secara subjektif oleh individu yang mengalaminya . Nyeri dianggap nyata meskipun tidak ada penyebab fisik atau sumber yang dapat diidentifikasi. Meskipun beberapa sensasi nyeri dihubungkan dengan status mental atau status psikologis, pasien secara nyata merasakan sensasi nyeri dalam banyak hal dan tidak hanya membayangkannya saja. Kebanyakan sensasi nyeri adalah akibat dari stimulasi fisik dan mental atau stimuli emosional (Potter & Perry, 2010).

Nyeri pengambilan darah vena merupakan nyeri yang diakibatkan oleh tindakan invasif. Nyeri akibat tindakan invasif ini dapat menyebabkan rasa nyeri pada anak yang jika tidak segera ditangani dapat menimbulkan ketakutan, kegelisahan, menangis dan anak menjadi stress berlebihan. Akibat suntikan inilah yang dapat menimbulkan nyeri dan berkembang menjadi trauma terutama pada anak karena dapat menyebabkan nyeri akut (Prasetyawati, 2012).

Beberapa studi nyeri pada anak yang selalu menjadi keluhan utama saat pengambilan darah vena didapatkan bahwa nyeri yang dikeluhkan oleh anak selalu diabaikan sehingga penanganan yang diberikan tidak adekuat (Sekriptini, 2013).

### **2.3.2 Fisiologis Nyeri**

Perjalanan nyeri termasuk suatu rangkaian proses neurofisiologis kompleks yang disebut sebagai nosiseptif (nociception) yang merefleksikan empat proses komponen yang nyata yaitu transduksi, transmisi, modulasi dan persepsi, dimana terjadinya stimuli yang kuat diperifer sampai dirasakannya nyeri di susunan saraf pusat (cortex cerebri) (Uman et al., 2007; Breivik et al., 2008; Daniela et al., 2010). Rangkaian proses perjalanan yang menyertai antara kerusakan jaringan sampai dirasakan nyeri adalah suatu proses elektrofisiologi. Menurut Latief (2001) dan Daniela et al., (2010) ada 4 proses yang mengikuti suatu proses nosisepsi yaitu :

#### 1) Proses Transduksi

Proses dimana stimulus noxious diubah ke impuls elektrik pada ujung saraf. Suatu stimuli kuat (noxious stimuli) seperti tekanan fisik kimia, suhu dirubah menjadi suatu aktifitas listrik yang akan diterima ujung-ujung saraf perifer (nerve ending) atau organ-organ tubuh (reseptor meissneri, merkel, corpusculum paccini, golgi mazoni). Kerusakan jaringan karena trauma baik trauma pembedahan atau trauma lainnya menyebabkan sintesa prostaglandin, dimana prostaglandin inilah yang akan menyebabkan sensitisasi dari reseptor-reseptor nosiseptif dan dikeluarkannya zat-zat mediator nyeri seperti histamin, serotonin yang akan menimbulkan sensasi nyeri. Keadaan ini dikenal sebagai sensitisasi perifer (Breivik et al., 2008; Daniela et al., 2010).

## 2) Proses Transmisi

Proses penyaluran impuls melalui saraf sensori sebagai lanjutan proses transduksi melalui serabut A-delta dan serabut C dari perifer ke medulla spinalis, dimana impuls tersebut mengalami modulasi sebelum diteruskan ke thalamus oleh tractus spinothalamicus dan sebagian ke traktus spinoretikularis. Traktus spinoretikularis terutama membawa rangsangan dari organ-organ yang lebih dalam dan viseral serta berhubungan dengan nyeri yang lebih ditekan dan melibatkan emosi. Selain itu juga serabut-serabut saraf disini mempunyai sinaps interneuron dengan saraf-saraf berdiameter besar dan bermielin. Selanjutnya impuls disalurkan ke thalamus dan somatosensoris di cortex cerebri dan dirasakan sebagai persepsi nyeri (Uman et al., 2007; Daniela et al., 2010).

## 3) Proses Modulasi

Proses modulasi merupakan perubahan transmisi nyeri yang terjadi pada susunan saraf pusat (medulla spinalis dan otak). Proses terjadinya interaksi antara sistem analgesik endogen yang dihasilkan oleh tubuh kita dengan input nyeri yang masuk ke kornu posterior medulla spinalis merupakan proses ascenden yang dikontrol oleh otak. Analgesik endogen (enkefalin, endorfin, serotonin, noradrenalin) dapat menekan impuls nyeri pada kornu posterior medulla spinalis. Kornu posterior sebagai pintu dapat terbuka dan tertutup untuk menyalurkan impuls nyeri untuk analgesik endogen tersebut. Inilah yang menyebabkan persepsi nyeri sangat subjektif pada setiap orang (Uman et al., 2007; Breivik et al., 2008; Daniela et al., 2010).

## 4) Persepsi

Hasil akhir dari proses interaksi yang kompleks dari proses transduksi, transmisi dan modulasi yang pada akhirnya akan menghasilkan suatu proses subjektif yang dikenal sebagai persepsi

nyeri, yang diperkirakan terjadi pada thalamus dengan korteks sebagai diskriminasi dari



Gambar 2.5 Mekanisme terjadinya nyeri

### 2.3.3 Klasifikasi Nyeri

#### 1) Nyeri berdasarkan Lokasi

##### a. Nyeri Nosiseptif

Nyeri nosiseptif merupakan nyeri yang diakibatkan oleh aktifitas atau sensitivitas nosiseptor perifer yang merupakan reseptor khusus yang mengantarkan stimulus noxious (Andarmoyo, 2013).

Nyeri Nosiseptif dibagi menjadi:

##### a) Nyeri Somatik:

berasal dari tulang, sendi, otot, kulit, atau jaringan penghubung. Biasanya kualitas nyeri ini ditunjukkan dari nyeri yang dirasakan atau denyutan yang terokalisasi dengan baik (Potter & Perry, 2010).

##### b) Nyeri visceral:

Nyeri visceral merupakan nyeri yang terjadi di dalam organ tubuh manusia, seperti di dalam abdomen, lambung dan jantung. Nyeri visceral biasanya juga disertai dengan mual dan muntah pada seseorang (Farmer, 2014).

##### b. Nyeri Alih

Nyeri alih merupakan nyeri yang tidak hanya berfokus pada satu tempat, akan tetapi nyeri dapat terasa pada bagian tubuh yang terpisah. Salah satu contohnya adalah ketika seseorang mengalami

penyakit jantung dan merasakan nyeri di dada, maka nyeri akan menjalar ke bagian leher, punggung dan lengan kiri (Potter & Perry, 2010).

c. Nyeri Superfisial

Nyeri superfisial merupakan nyeri yang berada pada lapisan kulit yang disebabkan oleh bahan kimia atau benda tajam, sehingga seseorang merasa seperti terbakar pada bagian kulit tersebut (Avila *et al*, 2017).

d. Nyeri Idiopatik

Nyeri Idiopatik adalah nyeri kronis dari ketiadaan penyebab fisik atau psikologis yang dapat diidentifikasi atau nyeri yang dirasakan sebagai berlebihnya tingkat kondisik patologis suatu organ. Contoh dari nyeri idiopatik adalah sindrom nyeri local kompleks (*Complekx Regional Pain Syndrome/CRPS*) (Potter & Perry, 2010).

e. Nyeri Neuropatik

Nyeri neuropatik mengarah pada disfungsi di luar sel saraf. Nyeri neuropatik terasa seperti terbakar kesemutan dan hipersensitif terhadap sentuhan atau dingin. Nyeri spesifik terdiri atas beberapa macam, antara lain nyeri somatik, nyeri yang umumnya bersumber dari kulit dan jaringan di bawah kulit (*superficial*) pada otot dan tulang. Macam lainnya adalah nyeri menjalar (*referred pain*) yaitu nyeri yang dirasakan di bagian tubuh yang jauh letaknya dari jaringan yang menyebabkan rasa nyeri, biasanya dari cedera organ visceral. Sedangkan nyeri visceral adalah nyeri yang berasal dari bermacam-macam organ viscera dalam abdomen dan dada (Potter & Perry, 2010).

2) Nyeri Berdasarkan Durasi

a. Nyeri akut

Nyeri akut adalah suatu nyeri yang bersifat terlokalisir dan biasanya terjadi secara tiba-tiba. Umumnya berkaitan dengan cedera fisik. Nyeri terasa tajam seperti ditusuk, disayat, dicubit, dan polaserangan

jelas. Nyeri ini merupakan peringatan adanya potensial kerusakan jaringan yang membutuhkan reaksi tubuh yang diperintah oleh otak dan merupakan respon syaraf simaptis. Nyeri akut berdurasi singkat (kurang lebih 6 bulan) dan akan menghilang tanpa pengobatan setelah area yang rusak pulih kembali (Prasetyo, 2010).

b. Nyeri kronis

Nyeri kronik adalah nyeri konstan atau intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri ini berlangsung di luar waktu penyembuhan yang diperkirakan dan sering tidak dapat dikaitkan dengan penyebab atau cedera spesifik. Nyeri kronis dapat tidak mempunyai awitan (onset) yang ditetapkan dengan tetap dan sering sulit untuk diobati karena biasanya nyeri ini tidak memberikan respon terhadap pengobatan yang diarahkan pada penyebabnya. Meski nyeri akut dapat menjadi sinyal yang sangat penting bahwa sesuatu tidak berjalan sebagaimana mestinya, nyeri kronis biasanya menjadi masalah dengan sendirinya (Muttaqin, 2011).

c. Nyeri Kronis Tak Teratur (Episodik)

Nyeri yang sesekali terjadi dalam jangka waktu tertentu disebut nyeri episodik. Nyeri berlangsung selama beberapa jam, hari, atau minggu. Sebagai contoh, sakit sebelah/migraine dan nyeri yang berhubungan dengan penyakit talasemia (Gruener & Land, 2006 dalam Potter & Perry, 2010).

d. Nyeri Akibat Kanker

*Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* melaporkan bahwa hampir 90% klien dapat mengontrol nyeri dalam arti yang sederhana. Beberapa klien dengan penyakit kanker mengalami nyeri akut atau kronis. Nyeri tersebut terkadang bersifat nosiseptif dan/atau neuropatik. Nyeri kanker biasanya disebabkan oleh berkembangnya tumor dan berhubungan dengan proses patologis, prosedur invasif, toksin-toksin dari pengobatan, infeksi, dan keterbatasan secara fisik. Klien merasakan nyeri di lokasi tepat dimana tumor berada atau

lokasi yang berada jauh dari tumor, yang mengidentifikasi adanya nyeri. Hampir 70-90% klien dengan kanker stadium lanjut mengalami nyeri. Enam puluh persen dari mereka melaporkan adanya nyeri tingkat sedang hingga berat (Potter & Perry, 2010).

#### **2.3.4 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Nyeri**

Nyeri merupakan hal yang kompleks, banyak faktor yang mempengaruhi pengalaman seseorang terhadap nyeri. Faktor-faktor ini dapat meningkatkan atau menurunkan persepsi nyeri pasien, toleransi terhadap nyeri dan mempengaruhi reaksi terhadap nyeri (Le Mone & Burke, 2008; Czarnecki et al., 2011). Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi reaksi nyeri tersebut antara lain:

##### 1) Usia

Usia dalam hal ini merupakan variabel yang penting yang mempengaruhi nyeri terutama pada anak-anak (Potter & Perry, 2005). Perbedaan tingkat perkembangan yang ditemukan antara kelompok umur ini dapat mempengaruhi bagaimana anak bereaksi terhadap nyeri (Daniela et al., 2010).

Penelitian Kenneth et al., (2006) menjelaskan bahwa perkembangan usia anak mempengaruhi makna nyeri dan ekspresi yang dimunculkan. Usia bayi memberikan respon nyeri dengan menangis dan lebih mudah ditenangkan kembali dengan dipeluk oleh orang tuanya, usia prasekolah memiliki sifat egosentris dalam pemikirannya dan percaya bahwa semua kejadian dan sensasi berasal dari dunia internal mereka. Anak prasekolah memiliki sedikit pemahaman tentang sebab nyeri yang dirasakan, seringkali terjadi kesalahpahaman arti dan penyebab sakit. Usia prasekolah membutuhkan penjelasan yang berulang kali dan diyakinkan bahwa prosedur dan pengalaman yang menyakitkan bukan merupakan hukuman untuk perilaku buruk. Respon nyeri pada



anak usia sekolah sering berupa penolakan dengan menggerakkan daerah yang menyakitkan. Anak usia sekolah memberikan respon fisik berupa tangan mengepal, gigi terkatup, dan dahi berkerut. Secara bertahap, anak usia sekolah mampu berfikir lebih logis dan wajar, dapat di ajak kerja sama dan cenderung berorientasi menjadi sebuah prestasi bagi dirinya. Usia remaja mampu berpikir abstrak dan memiliki pemahaman tentang hubungan sebab akibat. Bagaimana proses sosialisasi remaja mempengaruhi pengalaman nyeri tetap memahami dalam konsep nyeri, peran kelompok sangat berpengaruh. Anak remaja kadang menyangkal rasa sakit di hadapan keluarga atau teman sebaya.

## 2) Jenis Kelamin

Secara umum pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam berespon terhadap nyeri. Toleransi terhadap nyeri dipengaruhi faktor- faktor biokimia dan merupakan hal yang unik pada individu tanpa memperhatikan jenis kelamin (Potter & Perry, 2005). Karakteristik jenis kelamin dan hubungannya dengan sifat keterpaparan dan tingkat kerentanan memegang peranan tersendiri. Anak-anak belajar bahwa terdapat perbedaan antara laki-laki dan perempuan dalam mengekspresikan nyeri dimana anak perempuan boleh pulang ke rumah sambil menangis ketika lututnya terluka, sedangkan anak laki-laki diberitahu untuk berani dan tidak menangis (Taylor et al., 2008).

Beberapa penelitian menjelaskan perbedaan antara anak laki-laki dan perempuan tidak terlalu berpengaruh terhadap respon nyeri, dalam penelian tersebut lebih menjelaskan perbedaan jenis kelamin hanya karena sensitivitas, pengalaman ekspresi, dan kondisi situasional yang mempengaruhi dan bagaimana anak menanggapi nyeri (Mathew, 2003). Penelitian Logan et al., (2004) dan Loeser et

al., (2008) pada usia remaja menjelaskan adanya perbedaan respon nyeri antara anak remaja laki-laki dan perempuan dimana hasil penelitian tersebut menyebutkan bahwa anak perempuan memiliki skor intensitas nyeri tinggi, tetapi penelitian tersebut tidak menunjukkan perbedaan jenis kelamin dalam penggunaan obat pereda nyeri sejenis opioid setelah tindakan operasi.

### 3) Pengalaman Nyeri Sebelumnya

Pengalaman sebelumnya berpengaruh terhadap persepsi seseorang tentang nyeri. Pengalaman individu dengan nyeri yang dialami, makin takut individu tersebut terhadap peristiwa menyakitkan yang akan diakibatkan oleh nyeri tersebut. Umumnya, orang yang sering mengalami nyeri dalam hidupnya, cenderung mengantisipasi terjadinya nyeri yang lebih hebat (Schmitz et al, 2012).

Penelitian Noel et al., (2012), meneliti pengaruh pengalaman anak-anak untuk stimulus nyeri baru pada pengalaman nyeri berikutnya. Penelitian melibatkan 110 anak yang sehat (60 anak laki-laki, 50 perempuan) berusia 8 sampai 12 tahun, dengan kriteria anak yang mempunyai pengalaman operasi dan pernah dilakukan venipuncture, pengalaman nyeri minimal 1 tahun yang lalu, kemudian dilakukan wawancara pengalaman nyeri yang pernah dialami, dan diobservasi ekspresi wajah yang muncul pada anak yang dilakukan wawancara. Hasil menunjukkan pengalaman nyeri sebelumnya pada anak-anak berhubungan dengan rasa takut dari waktu ke waktu dan mempengaruhi pengalaman nyeri yang baru.

### 4) Lingkungan dan Dukungan Orang Terdekat

Lingkungan dan kehadiran dukungan keluarga juga dapat mempengaruhi nyeri seseorang. Banyak orang yang merasa lingkungan pelayanan kesehatan yang asing, khususnya cahaya, kebisingan, aktivitas yang sama di ruang perawatan intensif, dapat

menambah nyeri yang dirasakan (Craig et al., 2006). Penelitian Ozcetin, et al. (2011). Melakukan penelitian pada 135 anak dengan rentang usia 3-6 tahun akan dilakukan tindakan venipuncture di klinik rawat jalan anak. Penelitian dilakukan secara acak menjadi dua kelompok, kelompok pertama kelompok yang didampingi oleh orang tua, dan kelompok kedua hanya didampingi oleh anggota staf rumah sakit. Penilaian skor nyeri menggunakan Wong-Baker FACES. Hasil penelitian diperoleh usia rata-rata kasus dengan didampingi orang tua mereka adalah usia 4,19 sampai dengan 1,23 tahun. Usia rata-rata kasus dengan didampingi petugas rumah sakit adalah 4,36 sampai dengan 1,41 tahun. Selama prosedur venipuncture dilakukan pengukuran tanda vital; frekuensi pernafasan dan denyut jantung. Selama prosedur venipuncture rata-rata nyeri anak pada kelompok 2 diperoleh Wong-Baker skor lebih tinggi 3 kali dari pada kelompok 1, secara statistik signifikan ( $p < 0,05$ ). Kesimpulan penelitian menunjukkan bahwa kehadiran orangtua memiliki pengaruh efek yang positif pada toleransi sakit anak.

### **2.3.5 Efek Yang Ditimbulkan Oleh Nyeri**

Efek nyeri pada setiap individu hampir sama baik pada dewasa ataupun pada anak-anak, efek yang ditimbulkan oleh nyeri terdiri dari :

#### **1) Tanda dan gejala fisik**

Tanda fisiologis dapat menunjukkan nyeri pada pasien yang berupaya untuk tidak mengeluh atau mengakui ketidaknyamanan. Sangat penting untuk mengkaji tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik termasuk mengobservasi keterlibatan saraf otonom. Respon fisiologis nyeri akut meliputi perubahan denyut jantung, tekanan darah, dan frekuensi pernapasan yang meningkat.

## 2) Efek perilaku

Pasien yang mengalami nyeri menunjukkan ekspresi wajah dan gerakan tubuh yang khas dan berespon secara vokal serta mengalami kerusakan dalam interaksi sosial. Pasien seringkali meringis, mengernyitkan dahi, menggigit bibir, gelisah, imobilisasi, mengalami ketegangan otot, melakukan gerakan melindungi bagian tubuh sampai dengan menghindari percakapan, menghindari kontak sosial dan hanya fokus pada aktivitas menghilangkan nyeri.

## 3) Pengaruh Pada Aktivitas Sehari-hari

Pasien yang mengalami nyeri setiap hari kurang mampu berpartisipasi dalam aktivitas rutin, seperti mengalami kesulitan dalam melakukan tindakan higiene normal dan dapat mengganggu aktivitas social.

### **2.3.6 Penatalaksanaan Nyeri Pada Anak**

Penatalaksanaan nyeri sering tidak dilakukan secara adekuat pada anak oleh karena anak dianggap tidak dapat merasakan nyeri. Suatu studi retrospektif menyatakan hanya 28% anak-anak yang masuk ke rumah sakit memperoleh intervensi farmakologi untuk mengurangi nyeri yang adekuat sedangkan pada dewasa mencapai 60% (Cohen, 2008). Kunci keberhasilan penatalaksanaan nyeri pada anak adalah dengan pemeriksaan nyeri yang baik (Herd et al., 2009).

Terdapat variasi yang luas dalam tatalaksana nyeri pada berbagai pelayanan kesehatan profesional. Pada anak yang mengalami prosedur invasif minor tanpa intervensi penurunan nyeri memiliki dampak yang panjang dalam respond dan persepsi anak terhadap nyeri. Gangguan stress pasca trauma dapat timbul setelah pengalaman prosedur yang tidak disertai dengan pengendalian nyeri yang tepat (Larsson et al., 2000; Ellis et al., 2004; Movahaedi 2006).

Nyeri yang tidak berkurang dapat menyebabkan konsekuensi pada gangguan perilaku, psikososial dan fisiologi jangka panjang (Wanga et al., 2008; Crowley et.al, 2010). Manajemen nyeri seharusnya menjadi prioritas untuk mengatasi masalah tersebut. Nyeri seringkali dikaitkan dengan rasa takut, cemas dan stres. Teknik farmakologi yang sering diberikan saat prosedur pengambilan darah pada anak untuk mengurangi nyeri lebih sering menggunakan pendekatan farmakologis berupa anestesi topikal berupa oles maupun anestesi semprot (Arrowsmith & Campbell, 2000). Obat-obatan yang disering digunakan misalnya LET (Lidokain, Epinefrin, dan Tetrakain), EMLA (Eutectic Mixture of Local Anesthetics) sebagai salah satu anestesi topikal yang paling sering digunakan (Kelly, 2000; Soyer et al., 2009), sedangkan sendekatan non farmakologik yang paling sering sering digunakan di unit gawat darurat berupa mendatangkan orang tua saat dilakukan intervensi.

Beberapa peneliti menyebutkan ada berbagai macam tehnik non farmakologik yang dapat diberikan pada anak unuk mengurangi nyeri seperti misalnya distraksi, relaksasi, guided imagery dan stimulasi memberikan strategi koping yang dapat membantu mengurangi persepsi nyeri, membuat nyeri dapat lebih ditoleransi, menurunkan kecemasan dan meningkatkan keefektifan analgesik atau mengurangi dosis yang diperlukan (American Pain Society, 2003; Gimbler-Berglund et al., 2008; William & Zempsky, 2008). Sebagai tambahan, tehnik-tehnik ini juga dapat menurunkan persepsi ancaman nyeri, memberikan kemampuan mengontrol nyeri, meningkatkan rasa nyaman dan meningkatkan istirahat dan tidur (Huether & Leo, 2002; Gimbler-Berglund, Lyon & Mackway, 2005).

Terdapat berbagai metode penelitian non farmakologi yang dapat digunakan untuk menurangi rasa nyeri, ketakutan dan kecemasan. Pendekatan yang ada mempunyai efektivitas dan keamanan yang cukup baik. Intervensi non farmakologis yang dapat diberikan diantaranya

(Zempsky, 2000; Amy et al., 2006; Wanga et al., 2008; Srouji, Pamela & Macintyre, 2010) :

Salah satunya adalah tindakan pengalihan Metode pengalihan dengan berbagai aktifitas membantu anak dari berbagai usia untuk menghilangkan nyeri. Metode yang paling sering digunakan antara lain : penggunaan gelembung sabun, musik, video games, televise, telepon, dan permainan (Kelly, 2000; Loeser et al., 2008). Penelitian Wanga, Sunb, dan Chena (2008), menyebutkan intervensi non farmakologis berupa metoda pengalihan dapat mengurangi nyeri dan stress dalam prosedur invasif pada anak. Penelitian melibatkan 300 anak usia 8-9 tahun dilakukan tindakan penyuntikan akses vena, masing-masing anak terbagi dalam 3 kelompok, kelompok pertama diberi intervensi non farmakologis yang berbeda, kelompok anak kedua di beri audiovisual dengan menonton film kartun saat penyuntikan, dan kelompok anak ketiga menerima intervensi psikologis, penilaian nyeri menggunakan skala Visual Analogue Scale (VAS) dan Cooperative Behavior Scale of Children in Venepuncture (CBSCV). Hasil penelitian menunjukkan intervensi non farmakologi dengan menggunakan audiovisual lebih efektif dibandingkan intervensi psikologis dan dapat mengurangi nyeri dan meningkatkan keberhasilan penyuntikan ke vena

### **2.3.7 Pengkajian Nyeri**

Menurut Twycross, Dowden & Bruce (2009) , alat pengkajian nyeri dapat dibagi menjadi beberapa, yaitu:

#### **1) Skala nyeri wajah**

Skala peringkat dapat berkisar antara 0 pada satu titik ekstim dan 10 pada titik ekstrim lainnya. Skala nyeri dinilai berdasarkan ekspresi anak. Angka 0 diartikan sebagai perasaan tidak nyeri. Angka 1 sampai 3 diartikan sebagai nyeri ringan. Lebih dari Angka 3 sampai 7 diartikan sebagai nyeri sedang. Lebih besar dari angka 7 sampai 9

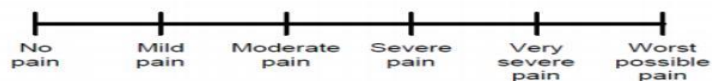
diartikan nyeri yang berat dan lebih dari angka 9 sampai 10 diartikan nyeri yang sangat hebat (Supartini, 2002).



Gambar 2.6, Skala nyeri wajah

2) Verbal Rating Scale (VRS)

Skala ini menggunakan angka-angka 0 sampai 10 untuk menggambarkan tingkat nyeri. Dua ujung ekstrem juga digunakan pada skala ini, sama seperti pada VAS atau skala reda nyeri. Skala verbal menggunakan kata-kata dan bukan garis atau angka untuk menggambarkan tingkat nyeri. Skala yang digunakan dapat berupa tidak ada nyeri, sedang, parah. Hilang/atau redanya nyeri dapat dinyatakan sebagai sama sekali tidak hilang, sedikit berkurang, cukup berkurang, baik/atau nyeri hilang sama sekali. Karena skala ini membatasi pilihan kata pasien, skala ini tidak dapat membedakan berbagai tipe nyeri.

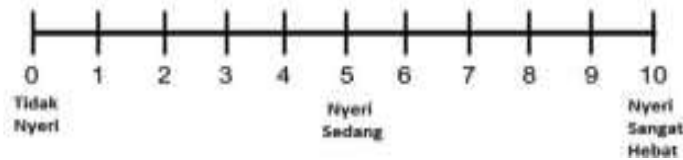


Gambar2.7 Verbal Rating Scale (VRS )

3) Skala Analogi Visual (VAS)

Skala analogi visual sangat berguna dalam mengkaji intensitas nyeri. Skala tersebut adalah berbentuk garis horizontal sepanjang 10 cm, dan ujungnya mengindikasikan nyeri yang berat. Pasien diminta untuk menunjuk titik pada garis yang menunjukkan letak nyeri terjadi di sepanjang rentang tersebut. Ujung kiri biasanya menunjukkan “tidak

ada” atau “tidak nyeri”, sedangkan ujung kanan biasanya menandakan “berat” atau nyeri yang paling buruk. Untuk menilai hasil, sebuah penggaris diletakkan sepanjang garis dan jarak yang dibuat pasien pada garis dari “tidak ada nyeri “ diukur dan ditulis dalam sentimeter



Gambar 2.8 Skala Analogi Visual (VAS): Nursalam (2008)

#### 4) Skala FLACC

FLACC digunakan untuk menilai reaksi perilaku terhadap rasa nyeri untuk bayi dan anak-anak dengan rentang umur 2 bulan sampai 7 tahun. Skala ini digunakan kepada yang tidak dapat mengekspresikan rasa nyeri mereka sendiri dan dengan klien yang tidak bisa mengomunikasikan nyerinya secara verbal. Skala FLACC mengakses lima bidang perilaku (ekspresi wajah anak, posisi kaki, aktivitas, menangis, dan konsolabilitas) dengan skor mulai dari 0 hingga 2 untuk setiap kategori. Skor 1-3 kategori nyeri ringan, skor 4-6 dikategorikan nyeri sedang, skor 7-10 dikategorikan nyeri berat (Gedam *et al*, 2013).

## 2.4 Family Centered Care (FCC) Dan Atraumatic Care

### 2.4.1 Pengertian FCC

Family Centered Care didefinisikan oleh Association for the Care of Children's Health (ACCH) sebagai filosofi dimana pemberi perawatan mementingkan dan melibatkan peran penting dari keluarga, dukungan keluarga akan membangun kekuatan, membantu untuk membuat suatu pilihan yang terbaik, dan meningkatkan pola normal yang ada dalam kesehariannya selama anak sakit dan menjalani penyembuhan.



Family centered care didenifisikan menurut Hanson (199, dalam dunst dan Trivette 2009) sebagai pendekatan inovatif dalam merencanakan, melakukan, dan mengevaluasi tindakan keperawatan Yang diberikan didasarkan pada manfaat hubungan antara perawat dan keluarga yaitu orang tua.

Stower (1992 dalam Fiane, 2012), Family Centered Care merupakan suatu pendekatan yang holistik. Pendekatan Family Centered Care tidak hanya memfokuskan asuhan keperawatan kepada anak sebagai klien atau individu dengan kebutuhan biologis, psikologi, sosial, dan spiritual (biopsikospiritual) tetapi juga melibatkan keluarga sebagai bagian yang konstan dan tidak bisa dipisahkan dari kehidupan anak.

Gill (1993, dalam Fiane, 2012) yang menyebutkan bahwa Family Centered Care merupakan kolaborasi bersama antara orangtua dan tenaga profesional. Kalaborasi orangtua dan tenaga professional dalam membentuk mendukung keluarga terutama dalam aturan perawatan yang mereka lakukan merupakan filosofi Family Centered Care. Kemudian, secara lebih sfesifik dijelaskan bahwa filosofi Family Centered Care yang dimaksudkan merupakan dasar pemikiran dalam keperawatan anak yang digunakan untuk memberikan asuhan keperawatan kepada anak dengan melibatkan keluarga sebagai fokus utama perawatan. Kutipan defenisi dari para ahli diatas memberikan bahwa dalam penerepan Family Centered Care sebagai suatu pendekatan holistik dan filisofi dalam keperawatan anak. Perawat sebagai tenaga professional perlu melibatkan orangtua dalam perawatan anak. Adapun peran perawat dalam menerapkan Family Centered Care adalah sebagai mitra dan pasilitator dalam perawatan anak dirumah sakit.

#### **2.4.2 Tujuan family centered care**

Tujuan penerapan konsep Family Centered Care dalam perawatan anak, menurut Brunner and Suddarth (1986 dalam Fretes, 2012) adalah memberikan kesempatan bagi orangtua untuk merawat anak mereka selama proses hospitalisasi dengan pengawasan dari perawat sesuai dengan aturan yang berlaku. Selain itu Family Centered Care juga bertujuan untuk meminimalkan trauma selama perawatan anak dirumah sakit dan meningkatkan kemandirian sehingga peningkatan kualitas hidup dapat tercapai.

#### **2.4.3 Element Family Centered Care**

Menurut Shelton (1987, dalam Fretes 2012), terdapat beberapa elemen Family Centered Care, yaitu:

- 1) Perawat menyadari bahwa keluarga adalah bagian yang konstan dalam kehidupan anak, sementara system layanan dan anggota dalam system tersebut berfluktuasi. Kesadaran perawat bahwa keluarga adalah bagian yang konstan, merupakan hal yang penting. Fungsi perawat sebagai motivator menghargai dan menghormati peran keluarga dalam merawat anak serta bertanggung jawab penuh dalam mengelola kesehatan anak. Selain itu, perawat mendukung perkembangan sosial dan emosional, serta memenuhi kebutuhan anak dalam keluarga. Oleh karena itu, dalam menjalankan sistem perawatan kesehatan, keluarga dilibatkan dalam membuat keputusan, mengasuh, mendidik, dan melakukan pembelaan terhadap hak anak-anak mereka selama menjalani masa perawatan. Keputusan keluarga dalam perawatan anak merupakan suatu pertimbangan yang utama karena keputusan ini didasarkan pada mekanisme coping dan kebutuhan yang ada dalam keluarga. Dalam pembuatan keputusan, perawat memberikan saran yang sesuai

namun keluarga tetap berhak memutuskan layanan yang ingin didupatkannya. Beberapa hal yang diterapkan untuk menghargai dan mendukung individualitas dan kekuatan yang dimiliki dalam satu keluarga seperti

- a) Kunjungan yang dibuat dirumah keluarga atau ditempat lain dengan waktu dan lokasi yang disepakati bersama keluarga,
  - b) Perawat mengkaji keluarga berdasarkan kebutuhan keluarga,
  - c) Orangtua adalah bagian dari keluarga yang menjadi fokus utama dari perawatan yang diberikan mereka turut merencanakan perawatan dan peran mereka dalam perawatan anak.
  - d) Perencanaan perawatan yang diberikan bersifat komprehensif dan perawatan memberikan semua perawatan yang dibutuhkan misalnya perawatan pada anak, dukungan kepada orangtua, bantuan keuangan, hiburan dan dukungan emosional (Shelton 1987, dalam Fretes, 2012)
- 2) Memfasilitasi kerjasama antara keluarga dan perawat di semua tingkat pelayanan kesehatan, merawat anak secara individual, pengembangan program, pelaksanaan dan evaluasi serta pembentukan kebijakan hal ini ditujukan ketika:
- a) Kalaborasi untuk memberikan perawatan kepada anak peran kerjasama antara orangtua dan tenaga profesional sangat penting dan vital. Keluarga bukan sekedar sebagai pendamping, tetapi terlibat didalam pemberian pelayanan kesehatan kepada anak mereka. Tenaga profesional memberikan pelayanan sesuai dengan keahlian dan ilmu yang mereka peroleh sedangkan orangtua berkontribusi dengan memberikan informasi tentang anak mereka. Dalam kerja sama antara orangtua dengan tenaga profesional, orangtua bisa memberikan masukan untuk perawatan anak mereka. Tapi, tidak semua tenaga profesional dapat menerima

masukannya yang diberikan. Beberapa disebabkan karena kurangnya pengalaman tenaga profesional dalam melakukan kerjasama dengan orang tua (Shelton 1987, dalam Fretes, 2012).

- b) Kerjasama dalam mengembangkan masyarakat dan pelayanan rumah sakit Pada tahap ini anak-anak dengan kebutuhan khusus merasakan manfaat dari kemampuan orangtua dan perawat dalam mengembangkan, melaksanakan dan mengevaluasi program. Hal yang harus diutamakan pada tahap ini adalah kolaborasi dengan bidang yang lain untuk menunjang proses perawatan. Family Centered Care memberikan kesempatan kepada orangtua dengan profesional untuk berkontribusi melalui pengetahuan dan pengalaman yang mereka miliki untuk mengembangkan perawatan terhadap anak di rumah sakit. Pengalaman merawat anak membuat orangtua dapat memberikan perspektif yang penting, berkaitan dengan perawatan anak serta cara perawat untuk menerima dan mendukung keluarga (Shelton 1987, dalam Fretes, 2012).
  - c) Kolaborasi dalam tahap kebijakan Family Centered Care dapat tercapai melalui kolaborasi orangtua dan tenaga profesional dalam tahap kebijakan. Kolaborasi ini untuk memberikan manfaat kepada orangtua, anak dan tenaga profesional. Orangtua bisa menghargai kemampuan yang mereka miliki dengan memberikan pengetahuan mereka tentang sistem pelayanan kesehatan serta kompetensi mereka. Keterlibatan mereka dalam membuat keputusan menambah kualitas pelayanan kesehatan.
- 3) Menghormati keanekaragaman ras, etnis budaya dan sosial ekonomi dalam keluarga. Tujuannya adalah untuk menunjang keberhasilan perawatan anak mereka dirumah sakit dengan

mempertimbangkan tingkat perkembangan anak diagnosa medis. Hal ini akan menjadi sulit apabila program perawatan diterapkan bertentangan dengan nilai-nilai yang dianut dalam keluarga (Shelton, 1987, dalam Fretes, 2012).

- 4) Mengakui kekuatan keluarga dan individualitas serta memperhatikan perbedaan mekanisme coping dalam keluarga elemen ini mewujudkan konsep yang seimbang pertama, Family Centered Care harus menggambarkan keseimbangan anak dan keluarga. Hal ini berarti dalam menemukan masalah pada anak, maka kelebihan dari anak dan keluarga harus dipertimbangkan dengan baik. Kedua menghargai dan menghormati mekanisme coping dan individualitas yang dimiliki oleh anak maupun keluarga dalam kehidupan mereka.
- 5) Memberikan informasi yang lengkap dan jelas kepada orangtua dan secara berkelanjutan dengan dukungan penuh Memberikan informasi kepada orangtua bertujuan untuk mengurangi kecemasan yang dirasakan orangtua terhadap perawat anak mereka. Selain itu, dengan demikian informasi orangtua akan merasa menjadi bagian yang penting dalam perawatan anak. Ketersediaan informasi tidak hanya memiliki pengaruh emosional, melainkan hal ini merupakan faktor kritical dalam melibatkan partisipasi orangtua secara penuh dalam proses membuat keputusan terutama untuk setiap tindakan medis dalam perawatan anak mereka (Shelton, 1987, dalam Fretes, 2012).
- 6) Mendorong dan memfasilitasi keluarga untuk saling mendukung pada bagian ini, Shelton menjelaskan bahwa dukungan yang lain yang dapat diberikan kepada keluarga adalah dukungan antar keluarga. Elemen ini awalnya diterapkan pada perawatan anak-anak dengan kebutuhan khusus misalnya down syndrome atau autisme. Perawat ataupun tenaga profesional yang lain

memfasilitasi keluarga untuk mendapatkan dukungan dari keluarga lain yang juga memiliki masalah yang sama mengenai anak mereka. Dukungan antara keluarga ini berfungsi untuk: 1). Saling memberikan dukungan dan menjalin hubungan persahabatan dan 2). Bertukar informasi mengenai kondisi dan perawatan anak dan 3). Memamfaatkan dan meningkatkan system pelayanan yang ada untuk kebutuhan perawatan anak mereka. Memahami dan menggabungkan kebutuhan dalam setiap perkembangan bayi, anak-anak, remaja dan keluarga mereka ke dalam system perawatan kesehatan

- 7) Pemahaman dan penerapan setiap kebutuhan dalam perkembangan anak mendukung perawat untuk menerapkan pendekatan yang komprehensif terhadap anak dan keluarga agar mereka mampu dalam melewati setiap tahap perkembangan dengan baik (Shelton, 1987, dalam Fretes, 2012)
- 8) Menerapkan kebijakan yang komprehensif dan program program yang memberikan dukungan emosional dan keuangan untuk memenuhi kebutuhan keluarga dukungan kepada keluarga bervariasi dan berubah setiap waktu sesuai dengan kebutuhan keluarga tersebut. Jenis dukungan yang diberikan misalnya mendukung keluarga untuk memenuhi waktu istirahat mereka, pelayanan home care, pelayan konseling, promosi kesehatan, program bermaian, serta koordinasi layanan keseehatan yang baik untuk membantu keluarga memamfaatkan layanan kesehatan yang ada untuk menunjang kebutuhan layanan kesehatan secara pinansial. Dukungan yang baik dapat membantu menurunkan stress yang dialami oleh keluarga karena ketidak seimbangan tuntutan kadaan kondisi dengan ketersediaan tenaga yang dimiliki oleh keluarga saat mendampingi anak selama dirawat dirumah sakit. Oleh karena itu perawat harus kritis dalam mengkaji kebutuhan keluarga

sehingga dukungan dapat diberikan dengan tepat termasuk mempertimbangkan kebijakan yang berlaku baik dirumah sakit maupun dilingkungan untuk menunjang dukungan yang akan diberikan kepada keluarga (Shelton, 1987, dalam Fretes, 2012).

- 9) Merancang system perawatan kesehatan yang fleksibel, dapat dijangkau dengan mudah dan responsif terhadap kebutuhan keluarga teridentifikasi Sistem pelayanan kesehatan yang fleksibel didasarkan pada pemahaman bahwa setiap anak memiliki kebutuhan terhadap layanan kesehatan yang berbeda maka layanan kesehatan yang ada harus menyesuaikan dengan kebutuhan dan kelebihan yang dimiliki oleh anak dan keluarga. Oleh karena itu, tidak hanya satu intervensi kesehatan untuk semua anak tetapi lebih dari satu intervensi yang berbeda untuk setiap anak.

Selain layanan yang fleksibel, dalam Family Centered Care juga mendukung agar layanan kesehatan mudah diakses oleh anak dan keluarga misalnya sistem pembayaran layanan kesehatan yang dipakai selama anak menjalani perawatan dirumah sakit baik menggunakan asuransi atau jaminan kesehatan pemerintah dan swasta, konsultasi kesehatan, prosedur pemeriksaan dan pembedahan, layanan selama anak menjalani rawat inap dirumah sakit dan sebagainya. Oleh karena itu perawat harus mengkaji kebutuhan anak atau keluarga terhadap akses layanan kesehatan yang dibutuhkan lalu melakukan intervensi sesuai dengan kebutuhan anak dan keluarga. Apabila layanan kesehatan yang direncanakan fleksibel dan dapat diakses oleh anak dan keluarga maka layanan kesehatan tersebut akan lebih responsif karena memprioritaskan kebutuhan anak dan keluarga (Shelton, 1987, dalam Fretes, 2012)

#### **2.4.4 Prinsip FCC menurut Potter & Perry (2007):**

- 1) Martabat dan kehormatan  
Praktisi keperawatan mendengarkan dan menghormati pandangan dan pilihan pasien. Pengetahuan, nilai, kepercayaan dan latar belakang budaya pasien dan keluarga bergabung dalam rencana dan intervensi keperawatan.
- 2) Berbagi informasi  
Praktisi keperawatan berkomunikasi dan memberitahukan informasi yang berguna bagi pasien dan keluarga dengan benar dan tidak memihak kepada pasien dan keluarga. Pasien dan keluarga menerima informasi setiap waktu, lengkap, akurat agar dapat berpartisipasi dalam perawatan dan pengambilan keputusan.
- 3) Partisipasi  
Pasien dan keluarga termotivasi berpartisipasi dalam perawatan dan pengambilan keputusan sesuai dengan kesepakatan yang telah mereka buat
- 4) Kolaborasi  
Pasien dan keluarga juga termasuk ke dalam komponen dasar kolaborasi. Perawat berkolaborasi dengan pasien dan keluarga dalam pengambilan kebijakan dan pengembangan program, implementasi dan evaluasi, desain fasilitas kesehatan dan pendidikan profesional terutama dalam pemberian perawatan.  
(Potter & Perry 2007)

#### **2.4.5 Kebijakan terkait family centered (Harson, 1997 dalam Fiane, 2012) adalah**

- 1) Pengaturan jadwal kegiatan untuk anak  
Mengatur jadwal aktivitas anak pada saat dirawat dengan melibatkan anak dan orangtua. Pengaturan jadwal dengan berdasarkan aktivitas yang dilakukan di rumah seperti jam mandi,



makan, nonton televisi, bermain. Pengaturan jadwal ini akan membantu anak beradaptasi, meningkatkan kontrol diri terhadap aktivitas selama dirawat dan meminimalkan kejadian anak kekurangan istirahat, seperti; anak sedang istirahat, kemudian ada suster yang memberikan tindakan pada anak, sehingga waktu istirahat anak berkurang.

2) Fasilitasi kemandirian anak

Anak dilibatkan dalam proses keperawatan dengan melibatkan kemandirian melalui self care seperti; mengatur jadwal kegiatan, memilih makanan, mengenakan baju, mengatur waktu tidur. Prinsip tindakan ini adalah perawat respek terhadap individualitas pasien dan keputusan yang diambil pasien.

3) Berikan pemahaman atau informasi

Anak pra-sekolah memiliki kemampuan kognitif berfikir magis yang mengakibatkan kesalahan interpretasi terhadap sakit dan perawatan. Anak merasa sakit sebagai hukuman. Petugas kesehatan memberikan informasi yang jelas tentang prosedur yang akan dilakukan, berikan kesempatan anak memegang alat yang akan digunakan untuk pemeriksaan, misalnya stetoskop. atau kompetensi anak selama penyembuhan dan dapat digunakan sebagai dasar pengalaman untuk dimasa mendatang.

4) Mempertahankan sosialisasi

Menfasilitasi terbentuknya support grup diantara orang tua dan anak, sehingga orang tua dan anak mendapatkan dukungan dari lingkungan. Misalnya grup orang tua dengan talasemia, grup anak dengan penyakit asma. Perawat dapat menfasilitasi grup untuk tukar menukar pengalaman selama merawat dengan anak, baik melalui kegiatan informal atau formal seperti seminar.

5) Fasilitas

Ruangan pengkajian khusus untuk anak. Pengadaan ruangan khusus yang menjamin privacy orang tua untuk menjelaskan riwayat kesehatan anak akan memberikan dampak orangtua tidak ragu-ragu, tidak khawatir informasi akan didengar orang lain. Kerahasiaan informasi dipertahankan oleh tenaga kesehatan. Setelah data tentang anak didapatkan petugas kesehatan dapat melibatkan orangtua dalam perencanaan asuhan keperawatan anak yang merupakan salah satu prinsip family centered care. Selain itu terkait dengan konsep atraumatic care dan hospitalisasi, maka ruang rawat anak perlu didekorasi (Room's setting, colour, pictures) untuk meningkatkan rasa nyaman toddler dan ruang tindakan harus dapat menurunkan kecemasan toddler. Diperlukan juga adanya ruangan bermain dan berbagai macam permainan (Toys in pediatric room) untuk menunjang dan menstimulasi tumbuh kembang, menurunkan stranger ansietas, takut dalam pain, dan hospitalization.

**2.4.6 Strategi dan evaluasi pelaksanaan family centered care pada anak prasekolah**

- 1) Sosialisasi kepada pihak yang terlibat, terutama pembuat kebijakan
- 2) Aplikasi pilot project pada area yang kecil dan evaluasi keberhasilan. Evaluasi pelaksanaan Family Centered Care akan nampak pada adanya Standar Operasional Prosedur (SOP) dalam penerapan FCC misalnya dengan adanya SOP komunikasi yang baik, inform consent, discharge planning dsb.

#### **2.4.7 Pengertian Atraumatic care**

Atraumatic care adalah suatu tindakan perawatan terapeutik yang dilakukan oleh seseorang dengan menggunakan intervensi melalui cara mengeliminasi atau meminimalisasi stress psikologi dan fisik yang dialami oleh anak dan keluarganya dalam sistem pelayanan kesehatan (Supartini, 2004). Wong dan Hockenberry (2003) menyebutkan bahwa atraumatic care berhubungan dengan siapa, apa, kapan, dimana, mengapa, bagaimana dari setiap prosedur tindakan yang ditujukan pada anak bertujuan untuk mencegah atau mengurangi stres psikologi dan fisik.

Azis (2005), mengatakan untuk mencapai perawatan tersebut beberapa prinsip yang dapat dilakukan perawat antara lain, menurunkan atau mencegah dampak perpisahan dari keluarga, meningkatkan kemampuan orangtua dalam mengontrol perawatan anak, mencegah atau mengurangi cedera (injury) dan nyeri (dampak psikologis), tidak melakukan kekerasan pada anak, dan modifikasi lingkungan fisik.

Wong dan Hockenberry (2003) menyebutkan tujuan mencapai perawatan atraumatic care adalah jangan menyakiti. Terdapat tiga prinsip kerangka kerja untuk mencapai tujuan tersebut, yaitu, mencegah atau meminimalkan perpisahan anak dari orangtua, meningkatkan kontrol diri, mencegah atau meminimalkan cedera tubuh. Contoh dari peningkatan tindakan atraumatic care menyangkut mengorganisir hubungan orangtua dengan anak selama perawatan, persiapan anak sebelum tindakan atau prosedur yang tidak menyenangkan, mengontrol rasa nyeri, mengizinkan privasi anak, alihkan dengan bermain untuk menghindarkan rasa takut. Karena anak stress dan gelisah serta tidak tenang berada di rumah sakit tanpa orangtua di sampingnya, orangtua pun merasa semakin stress. Stress psikologi pada orangtua dapat berupa

perhatian terhadap nasib anak mereka, lamanya tinggal di rumah sakit, ketidak mampuan berkomunikasi secara efektif dengan profesional kesehatan, dan tidak adekuatnya pengetahuan dan pemahaman tentang situasi kondisi penyakit (Zempsky, & Cravero, 2004; Sparks et al., 2007).

American Pain Society (2000) menyebutkan kondisi nyeri terdapat lima tanda vital yang harus diperhatikan. Kondisi tersebut menjadi perhatian dan tanggung jawab dari seorang perawat kesehatan profesional. Terkait dengan hal tersebut nyeri akan berhubungan dengan peningkatan tanda- tanda vital sehingga prinsip dari tindakan perawatan nyeri adalah memeriksa tanda-tanda vital pasien setiap saat, misalnya nadi, tekanan darah, suhu, dan pernafasan (Soyer et al., 2009; Manchikanti et al., 2010). Karena nyeri berhubungan dengan sensori dan emosional, maka digunakanlah strategi penilaian kualitatif dan kuantitatif. Istilah yang digunakan untuk menanyakan nyeri pada anak dengan menggunakan pertanyaan, seperti menanyakan anak, gunakan skala nyeri, evaluasi perubahan psikologi dan tingkah laku, libatkan orangtua, cari penyebab nyeri, dan ambil tindakan dan evaluasi hasil nyeri (Wong & Hockenberry, 2003).

#### **2.4.8 Prinsip Atraumatic care**

- 1) Prinsip utama dari pelayanan yang tidak menimbulkan trauma (atraumatic care) pada anak adalah bahwa tidak ada yang tersakiti. Prinsip yang dilaksanakan untuk mencapai tujuan tersebut adalah mencegah dan meminimalkan perpisahan anak dengan keluarganya, meningkatkan kontrol diri anak, dan mencegah terjadinya nyeri serta cedera tubuh (Hockenberry & Wilson, 2007) :
- 2) Menurunkan atau mencegah dampak perpisahan dari keluarga  
Dampak perpisahan dari keluarga akan menyebabkan kecemasan

pada anak sehingga menghambat proses penyembuhan dan dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan anak.

- 3) Meningkatkan kemampuan orang tua dalam mengontrol perawatan pada anak. Kemampuan orang tua dalam mengontrol perawatan pada anak dapat meningkatkan kemandirian anak dan anak akan bersikap waspada dalam segala hal.
- 4) Mencegah atau mengurangi cedera (injury) dan nyeri (dampak psikologis). Proses pengurangan rasa nyeri sering tidak bisa dihilangkan secara cepat akan tetapi dapat dikurangi melalui berbagai teknik misalnya distraksi, relaksasi dan imaginary. Apabila tindakan pencegahan tidak dilakukan maka cedera dan nyeri akan berlangsung lama pada anak sehingga dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan anak.
- 5) Tidak melakukan kekerasan pada anak. Kekerasan pada anak akan menimbulkan gangguan psikologis yang sangat berarti dalam kehidupan anak, yang dapat menghambat proses kematangan dan tumbuh kembang anak.
- 6) Modifikasi lingkungan. Melalui modifikasi lingkungan yang bernuansa anak dapat meningkatkan keceriaan dan nyaman bagi lingkungan anak sehingga anak selalu berkembang dan merasa nyaman di lingkungan.

## **2.5 Penggunaan Tehnik Audio Visual dalam Penanganan Nyeri Pada Anak**

### **2.5.1 Definisi Teknik Distraksi**

Distraksi merupakan pengalihan perhatian klien ke hal yang lain sehingga dapat menurunkan kewaspadaan terhadap nyeri, bahkan meningkatkan toleransi terhadap nyeri (Prasetyo, 2010). Pada oprinsipnya teknik distraksi menupakan suatu cara untuk mengalihkan focus anak dari rasa sakit pada kegiatan lain yang menyenangkan bagi anak (Pilliteri, 2010)

## **2.5.2 Tujuan dan Manfaat Teknik Distraksi**

Teknik distraksi dalam intervensi keperawatan bertujuan untuk pengalihan atau menjauhkan perhatian klien terhadap sesuatu yang sedang dihadapi, misalnya rasa nyeri. Sedangkan manfaat dari penggunaan teknik distraksi ini yaitu agar seseorang yang menerima teknik ini merasa lebih nyaman, santai dan merasa berada pada situasi yang lebih menyenangkan. apabila tujuan dan manfaat distraksi tercapai maka stress yang dialami saat hospitalisasi dapat diatasi (Asmadi, 2012)

## **2.5.3 Prosedur Teknik Distraksi**

Menurut Asmadi (2012), teknik distraksi dapat berkerja secara efektif dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu :

- 1) Komunikasi antar perawat dengan klien
- 2) Media distraksi yang dipakai
- 3) Jangka waktu yang digunakan
- 4) Tingkat stress, cemas maupun depresi yang dialami klien

Prosedur teknik distraksi berdasarkan jenisnya antara lain (Asmadi, 2012)

### **1) Distraksi Visual**

Distraksi visual merupakan jenis distraksi yang menggunakan indra melihat contoh distraksi visual adalah dengan melihat majala, melihat pemandangan, dan gambar (Prasetyo, 2010)

### **2) Distraksi pendengaran (Audio)**

Distraksi pendengaran merupakan jenis distraksi yang menggunakan indra mendengar berupa mendengar music yang disukai, suara burung, atau gemericik air. Klien diminta untuk memilih music yang disukai dan music yang tenang, seperti music klasik klien diarahkan untuk berkonsentrasi pada lirik dan irama lagu, klien juga dianjurkan untuk

menggerakkan tubuh mengikuti irama lagu seperti bergoyang, mengetukan jari atau kai ( Tamsuri, 2007)

### 3) Distraksi pernafasan

Distraksi pernafasan dilakukan dengan beberapa tahapan yakni tahap pertama, yaitu bernafasa ritmik, klien dianjurkan untuk memandangi focus pada satu objek atau memejamkan mata, kemudian melakukan inhalasi perlahan melalui hidung dengan hitungan satu sampai empat (dalam hati). Klien dianjurkan untuk berkonsentrasi pada sensasi pernafasan serta terhadap gambar yang memberi ketenangan. Lanjutkan teknik ini hingga terbentuk pola pernafasan ritmik. Tahap kedua, bernafas ritmik dan massase. Klien diinstruksi untuk bernafas ritmik dan pada saat yang bersamaan lakukan massase pada bagian tubuh yang mengalami nyeri dengan melakukan pijatan atau gerakan yang memutar di area nyeri

### 4) Distraksi intelektual

Distraksi intelektual dapat dilakukan dengan beberapa cara seperti mengisi teka-teki silang, bermain puzzle dan melakukan kegemaran (ditempat tidur) misalnya mengumpulkan prangko atau menulis cerita. Pada anak dapat digunakan teknik menghitung benda yang ada disekeliling anak.

### 5) Teknik sentuhan

Distraksi sentuhan merupakan distraksi dengan memberikan sentuhan pada lengan, mengusap atau menepuk-nepuk tubuh klien. Tindakan ini dapat digunakan untuk mengaktifkan saraf-saraf lainnya guna menerima respon atau teknik *gateway control*. Teknik sentuhan memungkinkan implus yang berasal dari saraf penerima input sakit atau nyeri tidak sampai ke medulla spinalis sehingga otak tidak menangkap respon sakit atau nyeri tersebut. Impuls yang berasal dari saraf sakit atau nyeri diblok oleh saraf

yang menerima rangsangan sentuhan karena saraf yang menerima rangsangan sentuhan lebih besar dari saraf nyeri

#### 6) Distraksi audio visual

Distraksi audio visual merupakan jenis distraksi gabungan dari distraksi audio dan distraksi visual, contoh distraksi audio visual adalah menonton animasi kartun yang menggunakan media animasi kartun dalam pelaksanaannya. Media animasi adalah media berupa gambar yang bergerak disertai dengan suara (Utami, 2007). Kartun biasanya disebut dengan animasi 2 dimensi. Kartun berasal dari kata *Carton* yang berarti gambar lucu. Contohnya Looney Tunes, Pink Panther, Tom and Jerry, Scooby Doo, Doraemon, Lion King, Snow White dan lain-lain tergantung dari usia anak, misalnya untuk anak usia dini dapat menggunakan media yang sesuai dengan ukuran tubuhnya agar anak dapat menikmati animasi kartun yang diberikan. Anak-anak menyukai unsur-unsur seperti gambar, warna dan cerita pada kartun animasi. Unsur-unsur seperti warna, gambar, cerita dan emosi (sedih, senang, lucu, bersemangat) yang terdapat pada film kartun merupakan unsur otak kanan dan suara yang timbul dari film kartun merupakan unsur otak kiri pada saat yang bersamaan digunakan keduanya secara seimbang anak akan fokus pada film kartun (Windura, 2008)

Penggunaan teknik distraksi audio visual dapat efektif dipengaruhi oleh beberapa faktor yakni

- a. Komunikasi antar perawat dengan klien
- b. Media distraksi yang dipakai
- c. Jangka waktu yang digunakan
- d. Tingkat stress, cemas maupun depresi yang dialami klien



#### **2.5.4 Mekanisme Tehnik Audio Visual Dapat Meminimalisi Nyeri**

Melihat film adalah bentuk bermain pasif yang memberikan hiburan bagi anak, kegiatan melihat film tersebut dapat dimodifikasi untuk dijadikan sebuah tindakan terapeutik seperti distraksi, sehingga selain menghibur juga bisa digunakan sebagai pengalih perhatian ketika balita diberikan injeksi intravena (tindakan invasif). Distraksi audiovisual adalah bentuk pengalihan perhatian yang efektif untuk anak karena di dalam distraksi audiovisual menayangkan tokoh video animasi lucu yang memberikan edukasi kesehatan dalam bahasa yang sederhana dan menarik, sehingga membuat anak merasa senang, terhibu. Selama prosedur pengambilan darah vena (invasif), anak menikmati tayangan video animasi yang disajikan. Hal tersebut tentunya mampu mengurangi respons buruk anak yang biasanya terjadi ketika prosedur injeksi/ pengambilan darah berlangsung karena anak fokus pada tayangan yang disajikan dan mendengarkan apa yang disampaikan oleh tokoh video animasi tersebut (Agustina et al, 2015).

Pada video animasi terdapat unsur gambar, warna, dan cerita sehingga anak-anak menyukai menonton video animasi (Windura, 2008). Ketika anak lebih fokus pada kegiatan menonton video animasi, hal tersebut membuat impuls nyeri akibat adanya cedera tidak mengalir melalui tulang belakang, pesan tidak mencapai otak sehingga anak tidak merasakan nyeri (Brannon dkk, 2013).

Penelitian yang dilakukan oleh MacLaren dan Cohen (2005) pada anak usia 1-7 tahun, didapatkan anak dengan teknik distraksi pasif seperti menonton lebih teralihkan dan tingkat distressnya lebih rendah dibandingkan dengan anak dengan teknik distraksi aktif saat dilakukan pengambilan sampel darah melalui vena. Hasil penelitian yang dilakukan oleh James dkk., (2012) pada anak usia 3 – 6 tahun, juga menunjukkan anak yang diberikan teknik distraksi menonton video animasi mengalami nyeri lebih

sedikit saat dilakukan pengambilan sampel darah melalui vena (tindakan invasif), hal tersebut terlihat dari respon perilakunya .

Pada prinsipnya teknik distraksi audiovisual merupakan suatu cara untuk mengalihkan fokus anak dari rasa sakit pada kegiatan lain yang menyenangkan bagi anak (Pillitteri, 2010). Anak-anak menyukai unsur-unsur seperti gambar, warna dan cerita pada video animasi. Unsur-unsur seperti gambar, warna, cerita, dan emosi (senang, sedih, seru, bersemangat) yang terdapat pada video animasi merupakan unsur otak kanan dan suara yang timbul dari film tersebut merupakan unsur otak kiri. Sehingga dengan menonton video animasi otak kanan dan otak kiri anak pada saat yang bersamaan digunakan duaduanya secara seimbang dan anak fokus pada video animasi (Windura, 2008).

Berdasarkan *gate control theory*, pada saat perawat menyuntikkan jarum, hal tersebut merangsang serabut saraf kecil (reseptor nyeri) sehingga menyebabkan inhibitory neuron tidak aktif dan gerbang terbuka, sementara pada saat yang bersamaan peneliti memberikan teknik distraksi berupa video animasi, yang merangsang serabut saraf besar, menyebabkan inhibitory neuron dan projection neuron aktif, tetapi inhibitory neuron mencegah projection neuron mengirimkan sinyal ke otak, sehingga gerbang tertutup dan stimulasi nyeri yang diterima tidak sampai ke otak (Suzanne, 2010). Sehingga anak yang diberikan teknik distraksi menonton video animasi menunjukkan skala nyeri yang lebih rendah daripada anak yang tidak diberikan teknik distraksi menonton video animasi.

Penelitian teknik distraksi menonton video animasi ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan beberapa ahli seperti James dkk (2012) dengan menggunakan desain penelitian quasi eksperimen. Penelitian bertujuan untuk melihat pengaruh menonton video animasi terhadap respon perilaku dari persepsi nyeri anak usia prasekolah yang menjalani venipuncture. Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa adanya penurunan nyeri yang

signifikan setelah anak menonton video animasi saat dilakukan venipunctur. Dari hasil penelitian tersebut peneliti menyarankan bahwa menonton video animasi dapat digunakan untuk mengatasi respon perilaku nyeri anak saat menjalani tindakan invasif secara efektif. Penelitian yang dilakukan oleh Bagnasco (2012) pada anak usia 2-6 tahun (prasekolah) menunjukkan rata-rata skala nyeri anak yang tidak menonton video animasi saat menjalani venipunctur 5,22 sedangkan rata-rata skala nyeri anak yang tidak menonton video animasi saat menjalani venipunctur 2,53, hal tersebut menunjukkan bahwa anak yang menonton video animasi saat menjalani venipunctur memiliki rata-rata skala nyeri yang lebih rendah.

Teknik distraksi yang bisa dilakukan adalah dengan distraksi audio yaitu dengan cara mendengarkan musik. Secara fisiologis pun teknik distraksi audio (musik) dengan memakai musik dapat merangsang pelepasan hormon endorfin yang merupakan substansi sejenis morfin yang disuplai oleh tubuh, sehingga pada saat reseptor nyeri disaraf perifer mengirimkan sinyal ke sinaps, kemudian terjadi transmisi sinapsis antara neuron saraf perifer dan neuron yang menuju otak tempat yang seharusnya substansi P akan menghasilkan impuls. Pada saat tersebut endorphin akan memblokir lepasnya substansi P dari neuron sensorik (Rosdianto, 2012). Musik jenis sedatif atau musik relaksasi menurunkan detak jantung dan tekanan darah, menurunkan tingkat rangsang dan secara umum membuat tenang (Djohan, 2006 dalam Padang, 2015).

## **2.6 Asuhan Keperawatan Teoritis**

### **2.6.1 Pengkajian**

Dengan Penyakit infeksi Demam Berdarah Dengue menurut (Nurarif & Hardhi, 2015) adalah :

- 1) Identitas pasien Nama, umur, jenis kelamin, alamat, pendidikan, nama orang tua, pendidikan orang tua, dan pekerjaan orang tua.

- 2) Keluhan utama Alasan/keluhan yang menonjol pada pasien Demam Berdarah Dengue untuk datang ke Rumah Sakit adalah panas tinggi dan anak lemah.
- 3) Riwayat penyakit sekarang Didapatkan adanya keluhan panas mendadak yang disertai menggigil, dan saat demam kesadaran komposmentis. Turunnya panas terjadi antara hari ke 3 dan ke 7 dan anak semakin lemah. Kadang-kadang disertai dengan keluhan batuk pilek, nyeri telan, mual, muntah, anoreksia, diare atau konstipasi, sakit kepala, nyeri otot dan persendian, nyeri uluh hati, dan pergerakan bola mata terasa pegal, serta adanya manifestasi perdarahan pada kulit, gusi (grade 3 dan 4), melena, atau hematemesis.
- 4) Riwayat penyakit yang pernah diderita Penyakit apa saja yang pernah diderita. Pada Demam Berdarah Dengue, anak bisa mengalami serangan ulangan Demam Berdarah Dengue dengan tipe virus yang lain.
- 5) Riwayat imunisasi Apabila anak mempunyai kekebalan yang baik, maka kemungkinan akan timbulnya komplikasi dapat dihindarkan.
- 6) Riwayat gizi Status gizi anak yang menderita Demam Berdarah Dengue dapat bervariasi. Semua anak dengan status gizi baik maupun buruk dapat beresiko, apabila terdapat faktor predisposisinya. Anak yang menderita DHF sering mengalami keluhan mual, muntah, dan napsu makan menurun. Apabila kondisi ini berlanjut, dan tidak disertai dengan pemenuhan nutrisi yang mencukupi, maka anak dapat mengalami penurunan berat badan sehingga status gizinya menjadi kurang.
- 7) Kondisi lingkungan Sering terjadi di daerah yang padat penduduknya dan lingkungan yang kurang bersih (seperti air yang menggenang dan gantungan baju di kamar).
- 8) Pola kebiasaan
  - a. Nutrisi dan metabolisme: frekuensi, jenis, pantangan, napsu makan berkurang, napsu makan menurun.

- b. Eliminasi atau buang air besar. Kadang-kadang anak mengalami diare atau konstipasi. Sementara Demam Berdarah Dengue pada grade III-IV bisa terjadi melenas.
- 9) Eliminasi urine atau buang air kecil perlu dikaji apakah sering kencing sedikit atau banyak sakit atau tidak. Pada Demam Berdarah Dengue grade IV sering terjadi hematuria.
  - 10) Tidur dan istirahat. Anak sering mengalami kurang tidur karena mengalami sakit/nyeri otot dan persendian sehingga kuantitas dan kualitas tidur maupun istirahatnya kurang.
  - 11) Kebersihan. Upaya keluarga untuk menjaga kebersihan diri dan lingkungan cenderung kurang terutama untuk membersihkan tempat sarang nyamuk *Aedes Aegypti*.
  - 12) Perilaku dan tanggapan bila ada keluarga yang sakit serta upaya untuk menjaga kesehatan.
    - m. Pemeriksaan fisik meliputi inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi dari ujung rambut sampai ujung kaki. Berdasarkan tingkatan atau (grade) Demam Berdarah Dengue, keadaan fisik anak adalah sebagai berikut:
      - a. Grade I : kesadaran kompos mentis, keadaan umum lemah, tanda-tanda vital dan nadi lemah.
      - 2) Grade II : kesadaran kompos mentis, keadaan umum lemah, dan perdarahan spontan petekie, perdarahan gusi dan telinga, serta nadi lemah, kecil dan tidak teratur.
      - b. Grade III : kesadaran apatis, somnolent, keadaan umum lemah, nadi lemah, kecil dan tidak teratur, serta tensi menurun.
      - c. Grade IV : kesadaran koma, tanda-tanda vital : nadi tidak teraba, tensi tidak terukur, pernapasan tidak teratur, ekstremitas dingin, berkeringat, dan kulit tampak biru.
  - 13) Sistem integument Adanya petekia pada kulit, turgor kulit menurun, dan muncul keringat dingin, dan lembab.
    - a. Kuku sianosis/tidak
    - b. Kepala dan leher Kepala terasa nyeri, muka tampak kemerahan karena demam (flusy), mata anemis, hidung kadang mengalami

perdarahan (epistaksis) pada grade II, III, IV. Pada mulut didapatkan bahwa mukosa mulut kering, terjadi perdarahan gusi dan nyeri telan Sementara tenggorokan mengalami hiperemia pharing ( pada Grade II, III, IV).

- c. Dada Bentuk simetris dan kadang-kadang terasa sesak. Pada foto thorax terdapat adanya cairan yang tertimbun pada paru sebelah kanan ( efusi pleura), rales (+), Ronchi (+), yang biasanya terdapat pada grade III dan IV.
- d. Abdomen Mengalami nyeri tekan, Pembesaran hati (hepetomegali), asites.
- e. Ekstremitas
- f. Akral dingin, serta terjadi nyeri otot, sendi, serta tulang.

### **2.6.2 Diagnosa Keperawatan**

Menurut NANDA (2015) ada 8 Diagnosa keperawatan yang muncul pada anak dengan penyakit infeksi Demam Berdarah Dengue tergantung pada data yang ditemukan, diagnosa keperawatan yang muncul antara lain:

- 1) Hipovolemy
- 2) Defisit nutrisi
- 3) Defisit pengetahuan
- 4) Resiko pendarahan
- 5) Hipertermi.
- 6) Resiko Syok
- 7) Pola Nafas tidak efektif
- 8) Ketidak efektifan perfusi jaringan perifer

### **2.6.3 Intervensi Keperawatan**

Tabel 2.1 Tabel Interensi keperawatan secara teoritis dengan 8 diagnosa Hipovolemy, Defisit nutrisi, Defisit pengetahuan, Resiko pendarahan, Hipertermi, Resiko Syok, Pola Nafas tidak efektif dan Ketidak efektifan perfusi jaringan perifer Berdasarkan SIKI

No	DIAGNOSA	TUJUAN	INTERVENSI
1	Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif ditandai dengan mukosa bibir kering	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 24 jam diharapkan hipovolemia terpenuhi.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Turgor kulit</li> <li>• Perasaan lemah</li> <li>• Keluhan haus</li> <li>• Tekanan darah</li> <li>• Intake cairan membaik</li> <li>• Suhu tubuh</li> </ul>	<p>Manajemen hipovolemia</p> <p>❖ Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Periksa tanda dan gejala hipovolemik ( tekanan darah menurun, membrane mukosa kering, hematocrit meningkat )</li> <li>2) Monitor intake dan output cairan Terapeutik :</li> <li>3) Hitung kebutuhan cairan</li> <li>4) Berikan posisi modified trendelenburg</li> <li>5) Berikan asupan cairan oral</li> </ol> <p>❖ Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral</li> <li>2) Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak</li> </ol> <p>❖ Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis ( misalnya : NaCl, RL )</li> <li>2) Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis ( missal : glukosa 2,5%, NaCl 0,4% )</li> <li>3) Kolaborasi pemberian cairan koloid ( miosal : albumin, plasmanate )</li> <li>4) Kolaborasi pemberian produk darah</li> </ol> <p>Pemantauan cairan</p> <p>❖ Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Monitor status hidrasi ( mis. Frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, pengisian kapiler, kelembaban mukosa, turgor kulit, tekanan darah )</li> <li>2) Monitor berat badan</li> </ol>

			<p>3) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium ( mis. MAP, CVP, PAP, PCWP jika tersedia )</p> <p>❖ Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Catat intake-output dan hitung balans cairan 24 jam</li> <li>2) Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan</li> <li>3) Berikan cairan intravena, jika perlu</li> </ol> <p>❖ Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kolaborasi pemberian diuretik, jika perlu</li> </ol>
2	Defisit Nutrisi berhubungan dengan psikologis (keengganan untuk makan) makanan ditandai dengan berat badan menurun	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 24 jam diharapkan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh terpenuhi.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>Status Nutrisi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porsi makanan yang dihabiskan sedang</li> <li>• Frekuensi makan</li> <li>• Nafsu makan cukup membaik</li> <li>• Mermban mukosa sedang</li> </ul>	<p>Manajemen nutrisi</p> <p>❖ Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi status nutrisi</li> <li>2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</li> <li>3) Identifikasi makanan yang disukai</li> <li>4) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient</li> <li>5) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric</li> <li>6) Monitor asupan makanan</li> <li>7) Monitor berat badan</li> <li>8) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</li> </ol> <p>❖ Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Lakukan oral hygiene, jika perlu</li> <li>2) Fasilitasi menentukan pedoman diet ( mis. Piramida makanan )</li> <li>3) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</li> <li>4) Berikan makanan tinggi serat untuk menjegah konstipasi</li> <li>5) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</li> <li>6) Berikan suplemen makanan, jika perlu</li> <li>7) Hentikan pemberian makan melalui selang nasogatrik jika</li> </ol>



			<p>asupan oral dapat ditoleransi</p> <p>8) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>❖ Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Anjurkan posisi duduk jika mampu</li> <li>2) Anjurkan diet yang diprogramkan Kolaborasi :</li> <li>3) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan ( mis. Pereda nyeri, antiemetic ), jika perlu</li> <li>4) kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan</li> </ol> <p>Pemantauan nutrisi</p> <p>❖ Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi factor yang mempengaruhi asupan gizi ( mis. Pengetahuan, ketersediaan makanan, agama/kepercayaan, budaya, mengunyah tidak adekuat, gangguan menelan, penggunaan obat-obatan atau pascaoperasi )</li> <li>2) Identifikasi perubahan berat badan</li> <li>3) Identifikasi kelainan pada kulit</li> <li>4) Identifikasi kelainan eliminasi ( mis. Kering, tipis, kasar, dan mudah patah )</li> <li>5) Identifikasi pola makan ( mis. Kesukaan/ketidaksukaan makanan, konsumsi makanan cepat saji, makan terburu-buru )</li> <li>6) Identifikasi kelainan pada kuku ( mis. Diare, darah, lender, dan eliminasi yang tidak teratur )</li> <li>7) Identifikasi kemampuan menelan ( mis. Fungsi motoric wajah, reflex menelan, dan reflex gag )</li> </ol>
--	--	--	--

3	Defisit Pengetahuan berhubungan dengan gangguan fungsi kognitif ditandai dengan kurang informasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 24 jam diharapkan deficit pengetahuan meningkat. Kriteria Hasil : Tingkat Pengetahuan <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat</li> <li>• Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi meningkat</li> </ul>	Edukasi Kesehatan <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Observasi : <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>2) Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat</li> </ol> </li> <li>❖ Terapeutik : <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>2) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>3) Berikan kesempatan untuk bertanya</li> </ol> </li> <li>❖ Edukasi : <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jelaskan factor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan</li> <li>2) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat</li> <li>3) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan</li> <li>4) perilaku hidup bersih dan sehat</li> </ol> </li> </ul>
4	Resiko Perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi (penurunan trombosit) ditandai dengan trombotopenia	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 24 jam diharapkan tingkat perdarahan menurun . Kriteria Hasil : Tingkat Perdarahan <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kelembapan membran mukosa</li> <li>• Suhu tubuh meningkat</li> <li>• Trombosit membaik</li> </ul>	Pencegahan Perdarahan <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Observasi : <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Monitor tanda dan gejala perdarahan</li> <li>2) Monitor nilai hematocrit / hemoglobin sebelum dan sesudah kehilangan darah</li> <li>3) Monitor tanda dan gejala ortostatik</li> <li>4) Monitor koagulasi ( mis. Prothrombin time (PT), Partial thromboplastin time (PTT), fibrinogen, deradasi fibrin dan/atau platelet )</li> </ol> </li> <li>❖ Terapeutik : <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pertahankan bedrest selama perdarahan</li> <li>2) Batasi tindakan invasive, jika perlu</li> </ol> </li> </ul>

			<p>3) Gunakan kasur pencegah decubitus</p> <p>4) Hindari pengukuran suhu rectal</p> <p>❖ Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jelaskan tanda dan gejala perdarahan</li> <li>2) Anjurkan menggunakan kaus kaki saat ambulasi</li> <li>3) Anjurkan meningkatkan asupan untuk menghindari konstipasi</li> <li>4) Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan</li> <li>5) Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K</li> <li>6) Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan</li> </ol> <p>❖ Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu</li> <li>2) Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu</li> <li>3) Kolaborasi pemberian pelunak tinja</li> </ol>
5	Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi virus dengue	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 24 jam diharapkan hipertermi membaik.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>Termoregulasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menggigil</li> <li>• Kulit merah</li> <li>• Kejang</li> <li>• Pucat</li> <li>• Suhu tubuh</li> <li>• Tekanan darah</li> </ul>	<p>Manajemen Hipertermia</p> <p>❖ Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi penyebab hipertemia (mis. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan incubator )</li> <li>2) Monitor suhu tubuh</li> <li>3) Monitor kadar elektrolit</li> <li>4) Monitor haluan urine</li> <li>5) Monitor komplikasi akibat hipertermia</li> </ol> <p>❖ Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Sediakan lingkungan yang dingin</li> <li>2) Longgarkan atau lepaskan pakaian</li> </ol>

			<ol style="list-style-type: none"> <li>3) Basahi dan kipasi permukaan tubuh</li> <li>4) Berikan cairan oral</li> <li>5) Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis ( keringat berlebihan )</li> <li>6) Lakukan pendinginan eksternal ( mis. Seliput hipotermia atau kompres dingin di dahi, leher, dada, abdomen, aksil )</li> <li>7) Hindari pemberian antipiretik atau aspirin Berikan oksigen jika perlu</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Edukasi : <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Anjurkan tiring baring Kolaborasi :</li> <li>2) Kolaborasi pemberian cairan elektrolit intravena, jika perlu</li> </ol> </li> </ul>
6	Resiko Syok b/d kekurangan volume cairan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan hipertermi membaik.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keseimbangan asam basa membaik</li> <li>• perfusi jaringan perifer membaik</li> <li>• status cairan membaik</li> <li>• status sirkulasi membaik</li> </ul>	<p>Edukasi dehidrasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Observasi <ol style="list-style-type: none"> <li>1) identifikasi kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi</li> </ol> </li> <li>❖ Teraupetik <ol style="list-style-type: none"> <li>1) persiapkan materi dan alat serta formulir balance cairan</li> <li>2) tentukan tempat dan waktu untuk memberikan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan dengan pasien dan keluarga</li> <li>3) berikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya</li> </ol> </li> <li>❖ Edukasi <ol style="list-style-type: none"> <li>1) jelaskan tanda dan gejala dehidrasi</li> <li>2) anjurkan tidak minum hanya pada saat haus saja</li> <li>3) anjurkan memperbanyak minum</li> <li>4) anjurkan memperbanyak makan buah yang</li> </ol> </li> </ul>

			<p>banyak mengandung air ( seperti semangka dan papaya)</p> <p>5) ajarkan cara menilai status cairan )</p>
7	Pola Nafas Tidak Efektif b.d depresi pusat pernafasan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan hipertermi membaik.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• berat badan membaik</li> <li>• tingkat ansietas membaik</li> <li>• tingkat keletihan membaik</li> <li>• tingkat nyeri membaik</li> </ul>	<p>Manajemen jalan nafas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ obeservasi <ol style="list-style-type: none"> <li>1) monitor pola nafas, prekuensi nafas, kedalaman dan nusaha nafas</li> <li>2) monitor bunyi nafas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronkhi)</li> <li>3) monitoe sputum ( warna dan jumlah )</li> </ol> </li> <li>❖ teraupetik <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pertahankan kepatenan jalan nafas</li> <li>2) posisikan semi fowler</li> <li>3) lakukan fisioterapi dada</li> <li>4) lakukan suction selama 15 detik</li> <li>5) beri oksigen jika perlu</li> </ol> </li> <li>❖ edukasi <ol style="list-style-type: none"> <li>1) anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari</li> </ol> </li> <li>❖ kolaborasi <ol style="list-style-type: none"> <li>1) kolaborasi pemberian bronkodilatro jika perlu</li> </ol> </li> </ul>
8	resiko perfusi jaringan perifer tidak efektif	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan hipertermi membaik.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• status sirkulasi membaik</li> <li>• tingkat pendarahan menurun</li> </ul>	<p>perawatan sirkulasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ observasi <ol style="list-style-type: none"> <li>1) periksa sirkulasi perifer ( mis. Nadi perifer, edeme, pengisian kapiler, warna, suhu dll )</li> <li>2) identifikasi resiko gangguan sirkulasi</li> <li>3) monitor panas, nyeri, kemerahan atau bengkak pada ekstremitas</li> </ol> </li> <li>❖ teraupetik <ol style="list-style-type: none"> <li>1) hindari pemasangan infuse atau pengambilan darah vena di area keterbatasan perfusi</li> <li>2) hindari pengukuran tekanan darah pada</li> </ol> </li> </ul>

			<p>ekstremitas dengan keterbatasan perfusi</p> <ol style="list-style-type: none"><li>3) hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cidera</li><li>4) lakukan perawatan kaki dan kuku</li><li>5) lakukan hidrasi</li></ol> <p>❖ edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) anjurkan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan ( mis, rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat dan hilangnya rasa)</li></ol>
--	--	--	--

#### **2.6.4 Implementasi**

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan klien secara optimal. Pada tahap ini perawat menerapkan pengetahuan intelektual, kemampuan hubungan antar manusia (komunikasi) dan kemampuan teknis keperawatan, penemuan perubahan pada pertahanan daya tahan tubuh, pencegahan komplikasi, penemuan perubahan sistem tubuh, pemantapan hubungan klien dengan lingkungan, implementasi pesan tim medis serta mengupayakan rasa aman, nyaman dan keselamatan klien.

#### **2.6.5 Evaluasi**

Evaluasi merupakan perbandingan yang sistemik dan terencana mengenai kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dan dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Penilaian dalam keperawatan bertujuan untuk mengatasi pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan.

Menurut Nursalam, 2011 , evaluasi keperawatan terdiri dari dua jenis yaitu :

- 1) Evaluasi formatif. Evaluasi ini disebut juga evaluasi berjalan dimana evaluasi dilakukan sampai dengan tujuan tercapai
- 2) Evaluasi somatif , merupakan evaluasi akhir dimana dalam metode evaluasi ini menggunakan SOAP.

## **BAB III**

### **TINJAUAN KASUS KELOLAAN UTAMA**

#### **3.1 Gambaran Kasus**

Klien bernama An. A usia 5 tahun, dirawat di ruang anak lantai II RSAM. Anak masuk dari ruang IGD dengan keluhan demam mendadak tinggi sejak 4 hari sebelum masuk rumah sakit, ada mual dan muntah setelah makan sehingga pasien tidak mau makan. Pasien mengeluh nyeri perut bagian atas dan sakit kepala. ada mimisan 1 kali 4 hari sebelum masuk rumah sakit, gusi berdarah tidak ada, bintik-bintik merah dikulit tidak ada. Dari hasil pemeriksaan laboratorium An.A di diagnosa DHF Grade II

#### **3.2 Asuhan Keperawatan**

Asuhan keperawatan pada An. A dengan demam berdarah dengue meliputi pengkajian, penegakan diagnosa keperawatan, penentuan intervensi keperawatan, implementasi, dan evaluasi dari setiap tindakan keperawatan. Tahap - tahap asuhan keperawatan yang dilakukan mulai dari pengkajian sampai evaluasi dijelaskan di bawah ini :

##### **3.2.1 Pengkajian**

Pengkajian dilakukan pada tanggal 09 Januari 2020 pukul 11.30 WIB saat hari rawat pertama. Pengkajian meliputi identitas pasien, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu dan riwayat penyakit keluarga. Penulis juga melakukan pemeriksaan fisik dan identifikasi hasil pemeriksaan laboratorium pasien. Identitas pasien yang diperoleh berdasarkan pengkajian klien tinggal di Mandiagin Bukittinggi . Orang tua An.A bernama Tn. H (ayah) dan Ny. I (ibu). Pendidikan orangtua; Tn. A lulus STM dan Ny. N lulus D3 Akutansi, pekerjaan ayah An.S adalah karyawan swasta sedangkan pekerjaan ibu An.S adalah berjualan bahan sembako didepan rumah.



Keluhan utama yang dirasakan An. A adalah demam, mual dan muntah. Riwayat penyakit sekarang adalah ibu An.A mengatakan, An.A demam sejak 4 hari yang lalu dan pernah mengalami mimisan 1 kali, demam naik turun demam dirasa paling sering pada malam hari , ada mual dan muntah jika klien makan. Riwayat penyakit dahulu adalah menurut keterangan dari Ny.I An, A tidak pernah terkena DHF sebelumnya, An.A pernah batuk pilek dan demam namun sembuh dengan obat-obatan yang dibeli di apotik. Klien juga tidak mempunyai riwayat alergi. An.A adalah anak pertama dari dua bersaudara. Riwayat penyakit keluarga, anggota keluarga tidak ada yang pernah sakit DHF, juga tidak ada anggota keluarga yang mengalami penyakit keturunan seperti hipertensi, diabetes melitus, asma, dan lain lain.

Riwayat pertumbuhan dan perkembangan An.A lahir spontan dengan berat badan lahir 2800 gr, gram dan panjang tidak diketahui ibu. Klien pertama tumbuh gigi usia 11 bulan, bisa duduk sendiri usia 7 bulan, dapat berjalan sendiri usia 13 bulan, mulai bisa bicara usia 8 bulan. An.S mendapatkan imunisasi dasar lengkap yang terdiri dari imunisasi HB 0, BCG, Polio 1, Polio 2, Polio 3, Polio 4, HB1, HB2, HB 3, DPT 1, DPT2, DPT3, dan imunisasi campak

Hasil pemeriksaan fisik diperoleh data berat badan 12,8 kg Kg dan tinggi badan klien 103 Cm. IMT = 7,57 (Gizi kurang ) Data lain dari pemeriksaan fisik penulis jabarkan dibawah ini.

#### 1. Kepala

Kesadaran komposmentis. Bentuk kepala tampak simetris dan normal. Tidak tampak lesi atau ruam kemerahan pada kepala, rambut berwarna hitam, kuat dan lebat. Wajah; kedua mata, hidung dan mulut tampak simetris. Sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis, reflek pupil dan penglihatan normal.

Tidak ada sekret atau hambatan pada hidung, ada mimisan 1 kali empat hari sebelum masuk rumah sakit. Daun telinga tampak bersih, ada sedikit serumen di dalam lubang telinga. Membran mukosa bibir tampak kering, perdarahan gusi tidak ada, tidak ada kandidiasis pada lidah maupun rongga mulut, tidak ada lesi atau massa di bawah lidah, gigi tampak bersih.

## 2. Leher

Tidak ada pembengkakan kelenjar getah bening, tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid, tidak teraba adanya massa. tidak ada kesulitan untuk menelan.

## 3. Dada

Inspeksi : Dada tampak normal, saat dilakukan inspeksi tidak ditemukan lesi maupun ruam kemerahan. Pergerakan dada simetris dan regular. Selama inspirasi dada mengembang dan sebaliknya saat ekspirasi. Puting susu dengan pigmentasi lebih gelap terletak pada garis midklavikula iga keempat dan kelima. Frekuensi napas 22 kali permenit, regular, tenang, tanpa bantuan otot-otot bantu napas .  
Auskultasi : Terdengar bunyi vesikuler pada seluruh lapang paru, tidak ada suara *ronchi* ataupun *wheezing*.  
Palpasi : Teraba vibrasi simetris pada torakal sinistra dan dekstra.  
Perkusi : Terdengar bunyi resonan pada interkosta ketiga dan keempat, dan bunyi pekak pada interkosta kelima sejajar midklavikula sinistra dan dekstra.  
Jantung : Dinding dada tampak simetris, suara jantung 1 dan 2 jernih, regular, frekuensi sama dengan nadi radialis yaitu 88 kali permenit, tidak terdengar suara murmur atau gallop, untuk system sirkulasi didapatkan akral hangat, CRT < 3 detik, pemeriksaan laboratorium  
HBG : 14,6 gr/dl, Htc: 39,7 %, WBC 2,14 x10<sup>3</sup>/ul, Plt : 95 x10<sup>3</sup>/ul

## 4. Abdomen

Perut datar, umbilikus tampak menonjol pada posisi tegak dan datar saat berbaring. Gerakan perut seirama dengan gerakan dada,

bising usus terdengar sekali setiap 12 detik,. Pada pemeriksaan tidak ada distensi abdomen, untuk system cairan dan elektrolit pada saat pengkajian didapatkan turgor kulit masih dalam keadaan baik.

#### 5. Punggung dan Ekstremitas

Vertebra tampak normal. Bahu, scapula dan ilium tampak simetris. Panjang tangan dan kaki kiri dan kanan tampak simetris. Kedua tangan dan kaki fleksibel, rentang gerak penuh, tidak ada nyeri atau kekakuan. Jumlah jari kedua tangan dan kaki lengkap. Kuku tampak merah muda. Tidak tampak deformitas pada keempat ekstremitas. Kulit teraba panas dan terlihat kemerahan, tidak terdapat bintik-bintik merah pada kulit, Suhu tubuh 38,6°C, akral hangat

#### 6. Pemeriksaan Penunjang

Adapun pemeriksaan Hasil laboratorium pada tanggal 09 januari 2020 yang hasilnya: HGB 14,6 gr/dl dalam rentang normal (13,0 – 16,0 gr/dl), HCT 39,7 % dibawah normal (40,0 – 48,0%), WBC 2,14  $10^3$ /ul dibawah normal (5,0 – 10,0  $10^3$ /ul) dan PLT 95  $10^3$ /ul dibawah norma (1 150 – 400  $10^3$ /ul) dengan diagnose medis DHG Grade II

#### 7. Terapi Farmakologi Yang Di Dapatkan

- 1) Paracetamol 3 x 1 tab 500 mg
- 2) Ranitidine 3 x 50 mg
- 3) Inf.Asering 500 ml tts 100 cc/ja

### 3.2.2 Analisis Data

Hasil pengkajian kemudian dianalisis dan diidentifikasi untuk menegakkan diagnosa keperawaan pada An. A. Analisis data hasil pengkajian dapat dilihat pada table dibawah ini.

No	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
1	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu mengatakan An. A mengalami demam sejak 4 hari sebelum masuk Rs</li> <li>- Ibu mengatakan An. A demam di malam hari dan berkeringat banyak</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An .A demam S 38.6°C</li> <li>- Kulit terasa hangat</li> <li>- Mukosa bibir kering</li> <li>- Anak tampak lemah</li> <li>- Pemeriksaan laboratorium WBC: 2,14 x 10<sup>3</sup>/ul (5,0 – 10,0 10<sup>3</sup>/ul)</li> </ul>	Proses inflamasi	Hipertermi
2	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu mengatakan An.A mengalami demam, kepala pusing, dan badan terasa lemas.</li> <li>- Ibu mengatakan An. A berkeringat banyak di malam hari,</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An.A Tampak lemah dan pucat</li> <li>- Mukosa bibir An.A tampak kering</li> <li>- TTV: TD: 90/60 mmHg RR : 22x/i N : 88x/i Suhu : 38,6°C, bersifat fluktuatif</li> <li>- Pemeriksaan laboratorium: Ht: 39,7 % ( 40,0 – 48,0 %)</li> <li>- Balance Cairan (input-output ) Input: oral (1500 cc) + Paranteral (600 cc) = 2100 CC Output: urin (2000 cc) + IWL (310 cc/kg/jam) = 2310 Balannce Cairan: -210 cc</li> </ul>	kehilangan cairan aktif	Hipovolemia
3.	<p>DS:</p> <p>Ibu An. A mengatakan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anaknya mengalami mimisan 4 hari sebelum masuk rumah sakit</li> </ul>	Gangguan Koagulasi	Resiko Perdarahan

	<p>dan hanya sekali</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- anak tampak lemah dan pucat</li> <li>- Mukosa bibir tampak kering</li> <li>- Pemeriksaan laboratorium:</li> <li>- Plt: 95 <math>10^3</math>/ul (150 – 400 <math>10^3</math>/ul)</li> </ul>	(Tombositopenia)	
4.	<p>DS:</p> <p>Ibu An.A mengatakan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- berat badan anaknya turun 1 kg semenjak sakit 4 hari yang lalu, sebelumnya 13,5 kg</li> <li>- mual muntah,</li> <li>- perutnya terasa sakit dan badan terasa lemas.</li> <li>- nafsu makan menurun.</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak anak lemah dan pucat</li> <li>- Mukosa bibir tampak kering</li> <li>- Tampak anak hanya menghabiskan <math>\frac{1}{4}</math> porsi makanan berat</li> <li>- An. A tampak kurus</li> <li>- BB : 12,8 kg, TB: 103 cm (BB kurang ) IMT</li> <li>- Pemeriksaan laboratorium: Hb: 14,6 gr/dl( 13,0 – 16,0 gr/dl)</li> </ul>	Peningkatan kebutuhan metabolisme	Defisit Nutrisi

5	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu An.A mengatakan An. A selalu ketakutan saat perawat masuk ruangan</li> <li>- Ibu An. A mengatakan An.A selalu menolak tindakan pengambilan darah untuk pemeriksaan lab</li> </ul> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An. A selalu menjerit kesakitan dan menolak tindakan invasif pengambilan darah vena untuk pemeriksaan lab</li> <li>❖ P : nyeri di akibatkan oleh tindakan invasif pengambilan darah vena</li> <li>❖ Q : nyeri seperti tertusuk benda tajam</li> <li>❖ R : nyeri ditangan kiri dan kanan</li> <li>❖ S : Skala nyeri 7</li> <li>❖ T : pada saat dilakukan pengambilan darah vena ( dimuali pada saat jarum masuk kedalam kulit sampai jarum dicabut kembali sekitar 30 detik )</li> </ul>	<p>Agen pencederahan fisik</p>	<p>Nyeri</p>
6.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga pasien selalu menanyakan bagaimana keadaan</li> </ul>	<p>Kurang terpapar</p>	<p>Ansietas</p>

	<p>anak nya</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- keluarga mengatakan takut dengan keadaan anaknya</li> <li>- ibu mengatakan ini merupakan pertama kalinya anaknya masuk rumah sakit</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- keluarga pasien tampak cemas dengan keadaan anaknya</li> <li>- Keluarga An. A tampak sering bertanya pada petugas kesehatan mengenai keadaan anaknya</li> </ul>	informasi	
--	--	-----------	--

### 3.2.3 Intervensi Keperawatan

1) Untuk diagnosa pertama

Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit ( Infeksi) ditandai dengan Suhu tubuh mukosa bibir kering, Kulit terasa hangat, anak tampak lemah, Rencana yang dilakukan adalah manajemen hipertermi (Monitor suhu tubuh, Monitor penyebab hipertermi ( dehidrasi ), Monitor haluaran urine, Longgarkan atau lepaskan pakaian anak, Berikan cairan oral, Lakukan kompres hangat, Anjurkan tirah baring, Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian antiperitik, Kolaborasi pemberian cairan intravena. sehingga nantinya diharapkan Termoregulasi membaik( S 36.5°C-37.5°C ), Mukosa bibir kembali lembab, Status cairan membaik.

2) Untuk diagnose kedua

Hipovolemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler ditandai dengan mukosa bibir kering, An. A tampak lemah rencana yang dilakukan manajemen hipolemia ( periksa tanda gejala hipolemik, monitor intake dan output cairan, berikan asupan cairan oral, anjurkan memperbanyak asupan cairan oral, kolaborasi pemberian cairan IV Line), Manajemen cairan ( Monitor berat badan, monitor hasil pemeriksaan laboratorium, berikan cairan intravena, ). Rencana akan dilakukan untuk memantau keseimbangan cairan pada tubuh klien akibat

kebocoran plasma, sehingga nantinya diharapkan asupan cairan pada tubuh klien terpenuhi.

3) Untuk Diagnosa Ketiga

Resiko Perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi (penurunan trombosit) rencana yang dilakukan Mencegah Perdarahan ( Monitor tanda dan gejala perdarahan, Monitor nilai Trombosit / hemoglobin sebelum dan sesudah kehilangan darah, Pertahankan bedrest selama perdarahan, Jelaskan tanda dan gejala perdarahan, Anjurkan meningkatkan asupan untuk menghindari konstipasi, Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu). Rencana akan dilakukan untuk mengurangi terjadinya syok yang ditandai dengan nadi lemah dan cepat disertai dengan tekanan nadi yang menurun dan tekanan darah yang menurun ( tekanan sistolik menurun sampai 80 mmHg atau kurang). Sehingga diharapkan tidak ada resiko perdarahan yang terjadi pada klien.

4) Untuk diagnosa keempat

Defisit Nutrisi berhubungan dengan psikologis (keengganan untuk makan) ditandai dengan berat badan menurun rencana yang dilakukan Manajemen nutrisi( Identifikasi alergi, identifikasi makanan yang disukai, berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, anjurkan posisi duduk jika mampu, kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan ), Pemantauan tanda vital ( Monitor TTV, dokumentasikan hasil pemantauan, informasikan hasil pemantauan ). Rencana akan dilakukan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi, sehingga nantinya diharapkan intake dan output adekuat, BB ideal, klien tidak lemas lagi.

5) Untuk diagnosa kelima

Defisit Pengetahuan berhubungan dengan gangguan fungsi kognitif ditandai dengan kurang informasi, rencana yang dilakukan Edukasi



Kesehatan ( Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat, Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, berikan kesempatan bertanya, Jelaskan factor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan). Rencana akan dilakukan untuk memberikan meningkatkan pengetahuan dan wawasan keluarga, serta sikap, praktek baik individu, kelompok atau masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan. Sehingga diharapkan keluarga tidak kurang pengetahuan

6) Untuk Diagnosa Keenam

Nyeri berhubungan dengan agen pencideraan fisiologis ditandai dengan An.A tampak menangis, menjerit, dan bersikap protektif saat dilakukan tindakan invasif rencana yang dilakukan Manajemen nyeri : Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri , Identifikasi skala nyeri menggunakan ( PQRST) ,Identifikasi respon nyeri verbal dan non verbal( monitor ekspresi An. A) , Identifikasi faktor yang dapat memperberat dan memperingan nyeri ,Monitor terapi distraksi audiovisual yang diberikan , Berikan tehnik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri ( audiovisual ), Jelaskan strategi pereda nyeri, Anjurkan tehnik non farmakologis untuk pereda nyeri dan penerapan Atraumatic Care mencegah atau mengurangi cedera dan nyeri, serta melakukan Family Center Care dengan melibatkan orang tua pada saat melakukan tindakan invasif

### 3.2.4 Implementasi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang dilakukan pada tanggal 9 Januari 2020 sampai tanggal 11 Januari 2020 yaitu :

1) Untuk diagnosa pertama

Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit ( Infeksi) ditandai dengan Suhu tubuh meingkat mukosa bibir kering, Kulit terasa

hangat, anak tampak lemah. Memonitor suhu tubuh (Melakukan pemeriksaan suhu tubuh di aksila diadaptkan suhu tubuh demam ), Monitoring hasil leukosit An. A rendah ini dapat menyebabkan tubuh mudah terinfeksi bakteri , melonggarkan pakaian An.A saat An. A demam, Melakukan kompres hangat pada temporalis dan aksila An.A , Memberikan cairan oral pada An. A sebanyak 4 gelas / 1200 cc dalam waktu 12 jam, Menganjurkan ibu untuk mempertahankan tirah baring pada An. A agar energy anak tidak terbuang sehingga anak tidak letih , Menganjurkan ibu An. A untuk sering memberi anaknya minum karena bisa jadi demam diakibatkan oleh kurangnya minum atau hidrasi, Berkolaborasi dengan tim medis pemberian Parasetamol 500 mg x 3 sehari melalui oral.

2) Untuk diagnosa kedua

Hipovolemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler ditandai dengan mukosa bibir kering, rencana yang dilakukan Manajemen hypovolemia. Memeriksa tanda dan gejala hipovolemik, membran mukosa klien kering, hematokrit menurun, dari hasil laboratorium klien hematokrit klien mengalami penurunan 37 [%] ), Memonitor intake dan output cairan. Memberikan asupan cairan oral, sebanyak 4 gelas/ 1200 cc dalam waktu 12 jam, Menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral, dengan cara memberi tahu kepada keluarga atau klien untuk memperbanyak minum sesuai kebutuhan tubuh sekitar 2400cc ( 8 gelas ) / 24 jam, Memantau pemberian cairan IV line ( Asering 30 tts/m ).

3) Untuk diagnosa ketiga

Defisit Nutrisi berhubungan dengan psikologis (keengganan untuk makan) rencana yang dilakukan Manajemen nutrisi : Mengidentifikasi alergi, klien tidak ada alergi terhadap obat maupun makanan., mengidentifikasi makanan yang disukai,

makanan yang disukai klien. Makanan yang disukai klien ayam, ikan, nasi goreng, mangga, pisang dan makanan yang tidak disukai klien nanas. , memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi ( pepaya ), menganjurkan posisi duduk jika mampu, agar klien tidak merasa letih dan lemah. Melakukan kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan. Pemantauan nutrisi, Mengidentifikasi kelainan pada kulit, ( tidak ditemuka kelainan atau petekie pada kulit ), Mengidentintifikasi kelainan eliminasi, BAK klien lancar, sedangkan BAB klien susah, Memonitor mual dan muntah ( klien merasakan mual dan muntah ), Menimbang berat badan, berat badan klien, serta memantau hasil laboraturium klien HB Menjelaskan tujuan prosedur pemantauan ( ibu tujuan pemantauan nutrisi agar nutrisi klien terpenuhi )

4) Untuk diagnosa keempat

Defisit Pengetahuan berhubungan dengan gangguan fungsi kognitif ditandai dengan kurang informasi rencana yang dilakukan Edukasi Kesehatan, Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat ( yang dapat meningkatkan hidup bersih dan sehat dengan cara mencuci tangan setiap sebelum atau sesudah melakukan aktivitas, membersihkan rumah. Yang dapat menurunkan motivasi prilaku hidup bersih dan sehat yaitu kurangnya partisipasi keluarga dalam membersihkan lingkungan rungan dan keluarga tidak mengajarkan hidup bersih dan sehat kepada anak ), Memberikan kesempatan bertanya ( keluarga klien menanyakan bagaimana cara menaikkan trombosit anaknya yang turun ), Menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan ( faktor yang dapat mempengaruhi kesehatatan yaitu lingkungan, bak mandi, genangan air jernih banyak jentik-jentik nyamuk yang mengakibatkan demam

berdarah ), Mengajarkan perilaku hidup sehat ( mengajarkan cara cuci tangan yang benar, dan membuang sampah pada tempatnya )

5) Untuk Diagnosa Kelima

Resiko Perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi (penurunan trombosit) ditandai dengan trombositopenia rencana yang dilakukan Pencegahan Perdarahan, Memonitor tanda dan gejala perdarahan (perdarahan pada hidung / mimisan, muntah terus menerus), Memonitor nilai Trombosit  $95 [10^3/uL]$ , Mempertahankan bedrest selama perdarahan, Menjelaskan tanda dan gejala perdarahan ( tanda gejala perdarahan yaitu mimisan, mual muntah, feses berwarna hitam, kesemutan ditangan atau kaki ), Menganjurkan meningkatkan asupan untuk menghindari konstipasi (banyak mengkonsumsi pepaya agar tidak terjadi konstipasi), Melakukan Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu ( tidak ada diberikan obat) Selama 3 x 24 jam rawatan untuk diagnose hipertermi tidak ada penambahan atau pengurangan intervensi keperawatan

6) Untuk Diagnosa Keenam

Nyeri berhubungan dengan agen pencideraan fisiologis ditandai dengan An.A tampak menangis, menjerit, dan bersikap protektif saat dilakukan tindakan invasif tindakan yang dilakukan dengan manajemen nyeri : mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri P : Nyeri timbul saat dilakukan tindakan invasif (pengambilan darah vena ),Q : Nyeri seperti ditusuk benda tajam ,R : Nyeri dibagian sisi dalam lepatan siku , S : Skala nyeri 7 (menggunakan skala nyeri wajah), T : nyeri dimulai pada saat jarum dimasukan kedalam kulit sampai jarum dicabut kembali lamanya kurang lebih 30 detik , mengidentifikasi respon nyeri verbal dan non verbal anak tampak menarik tangan dari petugas saat dilakukan pengambilan darah mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemeliharaan

strategi meredakan nyeri. Membertimbangan batasan nyeri pada anak sebelum diberikan teknik distraksi audio visual , Jelaskan strategi pereda nyeri, menjelakan kepada keluarga teknik supaya anak bisa teralihkan dari nyeri saat pengambilan darah vena seperti teknik audio visual, teknik pelukan memberikan teknik distraksi audio visual ( film kartun Mr. Bean )

### **3.2.5 Evaluasi**

Evaluasi merupakan langkah terakhir dalam proses keperawatan. Evaluasi meliputi evaluasi hasil dan evaluasi proses. Pada kasus ini menunjukkan bahwa adanya kemajuan atau keberhasilan dalam mengatasi masalah pasien. pada kasus An.A yang dirawat diruang rawat inap anak RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittingi dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan sebagai metode pemecahan masalah, hasil evaluasi akhir yaitu pada tanggal 09 – 11 Januari 2020 dari diagnosa keperawatan yang ditemukan dalam kasus, sebagian diagnose telah teratasi dan ada beberapa diagnose yang masih teratasi sebagian

Pada diagnosa pertama setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam masalah hipertermi membaik dengan manajemen Hipertermi, dengan hasil Suhu tubuh An. A 36,8°C, An. A masih lemah, Mukosa bibir An. A sudah tampak lembap, An. A tampak tirah baring, An. A tampak sudah bermain dengan ibunya hasil lab WBC :  $2,18 \cdot 10^3/\text{ul}$  Leukosit masih dibawah normal.

Pada diagnosa kedua setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam masalah Hipovolemia membaik dengan manajemen Hipovolemia, An. A masih tampak pucat, Mukosa bibir sudah tampak lembap, Hematocrit dalam batas normal 41,0 % .( 40,0-48,0 %), Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital Suhu tubuh 36,8<sup>0</sup>C, mukosa bibir lembap Asupan cairan an.A cukup, dihitung dari balance cairan yang positif 190cc (proses penghitungan cairan dlm 12 jam ).

Pada Diagnosa ketiga setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x2jam masalah resiko perdarahan tetap dengan trombosit anaknya masih dibawah normal  $84 \cdot 10^3/\text{ul}$  dengan hasil  $84 \cdot 10^3/\text{ul}$  . Intervensi dilanjutkan

Pada diagnosa keempat setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam masalah Defisit Nutrisi tetap, dengan hasil klien An. A tampak pucat, Tampak An. A hanya menghabiskan  $\frac{1}{2}$  porsi makanannya , HB: 14,7 mg/dl BB: 13,2 kg, TB: 103 cm : IMT 7,57 yang artinya status gizi klien masih kurang.

Pada diagnosa kelima setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam masalah Defisit Pengetahuan membaik dengan hasil ibu klien sudah tau penyakit anaknya dan bagaimanacara meningkatkan hidup sehat, dan sudah mengetahui informasi. Karena keluarga sudah mendapatkan informasi dan terpapar dengan pengetahuan apa yang diberikan,

Pada diagnose keenam setelah dilakukan asuhan keperawatan 2 x 30 menit masalah nyeri berhubungan dengan agen pencideraan fisiologis membaik, pada hari pertama diberikan intervensi An. A masih menangis saat dilakukan intervensi namun sudah tidak meprotektif diri secara berlebihan seperti menarik tangan sera mendorong-dorong tangan perawat seperti sebelum dilakukannya intervensi , pada hari kedua intervensi An. A sudah tampak tenang namun masih tampak raut muka tegang saat sebelum dilakukan tindakan serta anak masih menagis sesat sesudah dilakukan tindakan, Penerapan rencana Family Center Care setelah dilakukan asuhan Keperawatan klien dan keluarga tampak tenang dan nyaman

## BAB IV

### PEMBAHASAN

#### 4.1 Profil Lahan Praktik



Gambar 2.9 Gambar lambing RSAM

Penelitian ini telah dilakukan di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi yaitunya diruangan anak. RSUD Dr. Achmad Mochtar merupakan rumah sakit rujukan tipe B. Di RSUD Dr. Achmad Mochtar banyak terdapat ruangan salah satunya adalah ruangan anak, dimana ruangan ini terdiri dari ruangan rawat inap, ruang RR dan ruang bermain. Berdasarkan wawancara dengan kepala ruangan anak jumlah kejadian DHF tiap tahunnya meningkat. Pada tahun 2019 ini jumlah Anak yang mengalami DHF sebanyak 21 orang. Diamana rata-rata anak yang mengalami penyakit DHF ini akan menerima tindakan invasif seperti pemasangan infuse dan pengambilan darah vena untuk pengecekan laboratorium, hal ini menyebabkan seringnya terjadi penolakan anak untuk dilakukan tindakan tersebut. Berdasarkan permasalahan tersebut RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi melakukan inovasi pelayanan dengan memberikan anak terapi bermain pada anak sehingga meberikan ketenangan dan mengalihkan kecemasan pada anak.

## 4.2 Analisis Asuhan Keperawatan Dengan Konsep Kasus

Selama penulis melakukan asuhan keperawatan pada klien An.A dengan diagnosa *Dengue Hemorrhagic Fever* ( DHF ) Grade II Diruangan Rawat Inap Anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi pada tanggal 09-01-2020, maka disini akan terlihat keadaan klien secara nyata. Dalam studi ini penulis tidak menemukan kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus. Pembahasan ini dibuat sesuai dengan tahap-tahap dan proses keperawatan yang meliputi : pengkajian perencanaan, implementasi, evaluasi.

Pada saat pengkajian pada An. A didapatkan An.A mengalami demam naik turun dengan suhu tubuh 38,6°C, mukosa bibir kering, akral teraba hangat hasil laboratorium : WBC:  $2,14 \times 10^3/\text{ul}$  Ht : 39,7%, Hbg 14.6 mg/dl, Plt :  $95 \times 10^3/\text{ul}$ . Hal ini sejalan dengan teori Nursalam (2008), dimana menurut Nursalam pada penyakit DHF Didapatkan adanya keluhan panas mendadak yang disertai menggigil dan saat demam kesadaran composmentis. Turunnya panas terjadi antara hari ke-3 sampai ke-7, dan anak semakin lemah. Kadang-kadang disertai dengan keluhan batuk, pilek, nyeri telan, mual, muntah, anoreksia, diare/konstipasi, sakit kepala, nyeri otot dan persendian, nyeri ulu hati dan pergerakan bola mata terasa pegal, serta adanya manifestasi perdarahan pada kulit, melena atau hematesis.

Hal ini terjadi karena klien terinfeksi yang disebabkan oleh virus dengue akan menyebabkan viremia seperti tanda dan gejala diatas. Pada penderita DHF terdapat kerusakan yang umum pada system vaskuler yang mengakibatkan terjadinya peningkatan permeabilitas dinding pembuluh darah. Plasma dapat menembus dinding vaskuler selama proses perjalanan penyakit, dari mulai demam hingga klien mengalami renjatan berat (Huda & Kusuma 2015)

Saat dilakukan pengkajian mengenai riwayat penyakit masa lalu anak dan riwayat kesehatan keluarga dan Ibu An.A mengatakan An. A tidak pernah mengalami sakit seperti ini sebelumnya, ibu mengatakan An. A hanya



demam biasa seperti batuk pilek, serata ibu klien mengatakan tidak ada keluarga klien yang mengalami penyakit yang sama dengan klien serta keluarga juga tidak ada yang memiliki penyakit hipertensi, DM, jantung, dan penyakit lainnya hal ini tidak sejalan dengan teori. Menurut Nursalam (2008), anak yang pernah menderita/ mengalami bisa mengalami serangan ulangan DHF dengan tipe virus yang lain. Sedangkan menurut *the secondary heterologous infection hypothesis* dalam jurnal kedokteran Sukohar A tahun 2014 yang mengatakan bahwa DHF dapat terjadi apabila seseorang setelah infeksi dengue pertama mendapat infeksi berulang dengan tipe virus dengue yang berlainan dalam jangka waktu yang tertentu yang diperkirakan antara 6 bulan sampai 5 tahun. Pada orang yang pernah terkena DHF yaitu gigitan nyamuk *Aedes aegypti* pembawa virus dengue antibodi di tubuhnya sudah terbentuk. Sebab virus dengue memberikan proteksi ke tubuh penderita maka terbentuklah antibodi, akan tetapi jika terkena serotype (virus dengue) lain maka bisa mengalami DHF berulang dengan tipe virus yang berbeda (Sukohar A. 2014)

Sedangkan untuk riwayat kesehatan keluarga saat pengkajian Ibu An. A mengatakan tidak adanya riwayat keluarga yang mengalami DHF terutama dalam kurun waktu 3 bulan terakhir, mengapa hal ini perlu dikaji karena bisa jadi DHF yang diderita oleh An. A didapatkan dari lingkungan dan keluarga, dikarenakan Seseorang dikeluarga atau dilingkungan tempat tinggal yang di dalam darahnya memiliki virus dengue (infektif) merupakan sumber penular DHF. Virus dengue berada dalam darah selama 4-7 hari mulai 1-2 hari sebelum demam (masa inkubasi instrinsik). Bila penderita DHF digigit nyamuk penular, maka virus dalam darah akan ikut terhisap masuk ke dalam lambung nyamuk. Selanjutnya virus akan berkembang biak dan menyebar ke seluruh bagian tubuh nyamuk, dan juga dalam kelenjar saliva. Kira-kira satu minggu setelah menghisap darah penderita (masa inkubasi ekstrinsik), nyamuk tersebut siap untuk menularkan kepada orang lain. Virus ini akan tetap berada dalam tubuh nyamuk sepanjang hidupnya. Oleh karena itu

nyamuk *Aedes aegypti* yang telah menghisap virus dengue menjadi penular (infektif) sepanjang hidupnya. Penularan ini terjadi karena setiap kali nyamuk menggigit (menusuk). Dan ada kemungkinan nyamuk tersebut masih berada dilingkungan tersebut.

Hasil pengkajian status gizi klien hanya menghabiskan 1/3 makanan dari porsi makanan di rumah sakit, ibu klien mengatakan nafsu makan anaknya menurun, klien mengalami mual muntah, nafsu makan klien yang menurun. BB : 13,5 Kg sebelum masuk rumah sakit dan mengalami penurunan setelah masuk rumah sakit dimana BB klien hanya 12, 8 Kg, dan status gizi klien kurang dengan IMT :  $12,8 / (103)^2 = 7,57$  (gizi kurang) hal ini sejalan dengan teori . Menurut Nurslam (2008), secara teori anak menderita DHF dapat bervariasi. Anak yang menderita DHF sering mengalami keluhan mual, muntah, dan nafsu makan menurun. Hal ini terjadi karena kondisi ini berlanjut dan tidak disertai dengan pemenuhan nutrisi yang mencukupi, maka anak akan mengalami penurunan berat badan sehingga status gizinya menjadi kurang.

Pada saat dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan kesadaran GCS (15 E=4, V=5, M=4) dengan kesadaran klien composmentis, klien bisa merespon secara spontan, kemudian pasien bisa berorientasi dan menjawab pertanyaan perawat dengan baik, dan klien bisa mengikuti perintah seperti disuruh untuk mengangkat tangannya. Hal ini sejalan dengan teori menurut Nursalam (2008), kesadaran anak yang mengalami DHF composmentis, keadaan umum lemah. Didapatkan kesadaran composmentis karena tidak ada gangguan syok pada klien dengan 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 (Susilaningrum, 2013)

Pada saat pengakjian didapatkan konjungtiva tidak anemis mata Bersih, tidak ada kotoran, mata simetris kiri dan kanan, Pupil isokor, sclera

tidak ikterik, tidak ada gangguan penglihatan hal ini tidak sejalan dengan teori Nursalam, (2008) yang menyatakan bahwa anak yang mengalami DHF konjungtiva anemis. Hal ini terjadi karena Hb An. A tidak rendah Hb klien normal. Salah satu indikasi Hb rendah adalah konjungtiva anemis namun saat pengkajian didapatkan konjungtiva An. A tidak anemis serta dibuktikan dengan hasil lab Hbg klien 14,6 mg/dl

Hasil pengkajian didapatkan telinga bersih, tidak ada serumen, tidak ada perdarahan ditelinga, tidak ada gangguan pendengaran. hal ini sejalan dengan teori dimana menurut Nursalam, (2008) yang dikaji pada anak DHF yaitu tidak ada perdarahan di telinga, simetri, bersih tidak ada serumen, tidak ada gangguan pendengaran. Hasil pengkajian yang didapatkan An. A mengalami perdarahan di hidung (mimisan) 4 hari sebelum masuk rumah sakit, hidung bersih, bentuk simetris. Hal ini sejalan dengan teori menurut Nursalam (2008) yang dikaji pada anak DHF yaitu hidung kadang mengalami perdarahan ( epistaksis ), hidung bersih, bentuk simetris. Pendarahan pada hidung terjadi karena trombosit klien yang rendah akibat virus dengue, yang mengakibatkan kebocoran plasma yang berakhir pada perdarahan, baik pada jaringan kulit maupun saluran cerna. (Huda & Kusuma 2015).

Hasil pengkajian yang didapatkan mukosa bibir An. A kering, tidak ada perdarahan gusi dan tidak ada gangguan lainnya. Secara teoritis menurut Nursalam (2008) yang dikaji pada mulut didapatkan bahwa mukosa bibir kering, terjadi perdarahan gusi, dan nyeri menelan. Hal ini terjadi karena klien kurang minum.

Pada tinjauan teoritis menurut Nursalam (2008) dilakukan pemeriksaan penunjang yaitu pemeriksaan darah (Trombosit menurun ). Hal ini sesuai dengan pengkajian dengan didapatkan hasil pemeriksaan darah trombosit  $95 \times 10^3/uL$ , trombosit klien menurun. Hal ini terjadi karena disebabkan oleh virus dengue yang menyerang trombosit yang dibawa oleh nyamuk aedes aegypti yang mengakibatkan kebocoran plasma ( Padila, 2013).

### 4.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan, pada resiko masalah kesehatan atau proses kehidupan. Menurut NANDA (2015) terdapat 8 diagnosis keperawatan yang muncul pada anak yang mengalami DHF yaitu hipertermia, resiko perdarahan, kekurangan volume cairan, nyeri akut, resiko syok, ketidakefektifan perfusi jaringan perifer, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, ketidakefektifan pola napas. Diagnosis keperawatan yang tidak ada sesuai dengan teori pada An. A diantaranya resiko syok, ketidakefektifan perfusi jaringan perifer dan ketidakefektifan pola napas.

#### 1) Hipertermia

Hasil pengkajian pada An. A pada tanggal 09-januari-2020 menunjukkan adanya peningkatan suhu tubuh yaitu suhu tubuh An. A mencapai 38,6°C, serta akral teraba hangat dan mukosa bibir kering, demam naik turun semenjak 4 hari sebelum masuk rumah sakit, hasil lab WBC:  $2,14 \times 10^3/\text{ul}$ . Menurut American academy of pediatrics (AAP) suhu tubuh normal pada anak berumur 3-5 tahun adalah 36,5°-37,5°c. Dan menurut majority volume 6 (2017) penyebab terjadinya demam pada DHF adalah karena terjadinya infeksi virus dengue yang ditransmisikan melalui gigitan nyamuk dengue.

#### 2) Hipovolemia

Kekurangan volume cairan ( hipovolemia ) berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler ditandai dengan mukosa bibir kering. Data pendukung, saat dilakukan pengkajian hari Jumat 09 januari 2020, ibu klien mengatakan klien kurang minum, klien letih, klien mual muntah, Ibu klien mengatakan suhu tubuh klien naik turun S : 38,6°C, Intake : Input: oral (1500 cc) + Paranteral (600 cc) = 2100 CC Output: urin (2000 cc) + IWL (310 cc/kg/jam) = 2310 Balannce Cairan: -210 cc dan hasil lab

HT 39,7%. Hal ini terjadi karena ada kebocoran plasma darah yang mengeluarkan air, ion, dan gula, dan klien mengalami kurang minum, dan kurangnya cairan pada tubuh klien (Syaifuddin 2011).

Hipovolemia dapat terjadi akibat aktivitas C3 dan C5 akan dilepaskan C3a dan C5a, 2 peptida yang berdaya untuk melepaskan histamine dan merupakan mediator kuat yang menyebabkan peningkatan permeabilitas dinding kapiler/vaskuler sehingga cairan dari intravaskuler keluar ke ekstrasvaskuler atau terjadinya perembesan plasma akibat perembesan plasma terjadi pengurangan volume plasma yang menyebabkan hipovolemia.(Ngastiyah, 2014)

Kekurangan volume cairan merupakan penurunan cairan intravaskuler intertisial dan atau intraseluler. Batasan karakteristik pada kekurangan volume cairan adalah perubahann status mental, penurunan tekanan darah, penurunan tekanan nadi, penurunan turgor kulit, penurunan turgor lidah, penurunan haluaran urine, penurunan pengisian vena, membrane mukosa kering, kulit kering, peningkatan/penurunan hematocrit, peningkatan suhu tubuh, peningktan frekuensi nadi, penigkatan konsentrasi urin, penurunan berat badan, haus dan kelemahan (NANDA, 2015).

3) Resiko pendarahan berhubungan dengan gangguan kloagulasi ditandai dengan Trombositopeni

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada An. A ditemukan adanya penurunan trombosit. Trombosit pada pada An. A  $95 \times 10^3/\text{ul}$ . Menurut WHO (2016) Penderita DHF mengalami perubahan pada sifat dinding pembuluh darahnya yaitu jadi mudah ditembus cairan (plasma) darah. Perembesan ini terjadi sebagai akibat reaksi imunologis antara virus dan sistem pertahanan tubuh. perembesan plasma yang terus-menerus menyebabkan penurunan jumlah trombosit dalam darah. Trombosit adalah komponen darah yang berfungsi dalam proses

penggumpalan darah jika pembuluh kapiler pecah. Penurunan trombosit terjadi di hari keempat sampai kelima setelah gejala DHF muncul dan berlangsung selama 3-7 hari.

4) Defisit Nutrisi berhubungan dengan psikologis (keengganan untuk makan)

Ditandai dengan berat badan menurun. Data pendukung deficit nutrisi b/d psikologis (keengganan untuk makan) d/d berat badan menurun, yaitu Ibu klien mengatakan nafsu makan klien berkurang, ibu klien mengatakan, BB badan klien turun, BB klien 12, 8 Kg semula 13,5 Kg. Hbg: 14,6 mg/dl Menurut Suriadi & Yulisna (2010), hal ini terjadi karena virus dengue yang masuk kedalam tubuh melalui gigitan nyamuk yang bereaksi dengan antibodi di dalam tubuh dan mengakibatkan mual muntah karena adanya stimulasi pada medulla vomiting, terjadinya mual muntah menyebabkan anoreksia, nafsu makan berkurang, penurunan berat badan, dan status gizi klien kurang, ditandai dengan IMT :  $BB/(TB)^2 = 12,8/(103)^2 : 7,57$  (Gizi Kurang)

5) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Berdasarkan pengkajian kepada orang tua An.A tampak orang tua An. A kurang mengetahui tentang penyebab terjadinya DHF. Yang ditandai dengan ibu An. A selalu bertanya mengapa anaknya terkena penyakit DHF dan bagaimana penanganannya serta pencegahannya. Menurut bulletin penelitian kesehatan (2017) salah satu faktor terjadinya peningkatan kasus DHF di Indonesia terjadi karena kurangnya pengetahuan masyarakat tentang penyakit tersebut, bagaimana penyebaran maupun penanganannya.

Teori yang dikemukakan oleh *World Health Organization* (WHO) (2012) bahwa perilaku seseorang dipengaruhi salah satunya oleh pengetahuan. Sama halnya yang dikemukakan teori Lawrence Green bahwa perilaku seseorang ditentukan salah satunya yaitu pengetahuan. (*predisposing factors*).

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Rita Rahim(2013) mengenai Hubungan Pengetahuan dan Sikap Ibu dengan Peilaku Pencegahan Penyakit DHF membuktikan bahwa ada hubungan antara pengetahuan dan sikap orang tua terhadap perilaku pencegahan penyakit DHF. Dari jurnal yang telah didapati bahwa pendidikan kesehatan sangat berpengaruh terhadap pengetahuan keluarga dengan DHF,

6) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencideraan fisiologis

Berdasarkan pengkajian pada An. A dimana An. A mengalami DHF Grade II hal ini menyebabkan An. A harus menjalani pemeriksaan laboraturium secara kontinu. Pemeriksian Ht, Hb dan trombosit sesuai permintaan dokter. Untuk memantau virus yang menyerang antibody An.A untuk meminimalisir komplikasi berkelanjutan. Dimana hal ini mengakibatkan anak mendapatkan tindakan invasif pengambilan darah rutin setiap hari ini menimbulkan nyeri serta trauma pada anak dimana setiap dilakukan tindakan invasif pengambilan darah vena An.A selalu menangis dan menolak tindakan tersebut. Menurut (Zelter & Brown 2007 ) Pengambilan darah menjadi Salah satu tindakan rutin yang dilakukan setiap hari dengan lokasi yang berbeda pada anak yang mengalami DHF, tindakan ini berupa tindakan invasif pengambilan darah vena dimana tindakan ini menimbulkan kecemasan dan ketakutan serta rasa tidak nyaman bagi anak akibat nyeri yang dirasakan saat prosedur tersebut dilaksanakan.

Diagnosa pada teori yang tidak ditemukan di kasus :

1) Resiko syok

Resiko syok adalah berisiko terhadap ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa. Dengan faktor resiko hipotensi, hipovolemia, hipoksemia, hipoksia, infeksi, sepsis, sindrom respons inflamasi sistemik

(Nanda, 2015), Penurunan hebat volume plasma intravaskuler merupakan faktor utama yang menyebabkan terjadinya syok yang ditandai dengan penurunan tekanan darah sistolik . Dengan terjadinya penurunan hebat volume intravaskuler apakah akibat perdarahan atau dehidrasi akibat sebab lain maka darah yang balik ke jantung (venous return) juga berkurang dengan hebat, sehingga curah jantungpun menurun. Pada akhirnya ambilan oksigen di paru juga menurun dan asupan oksigen ke jaringan atau sel (perfusi) juga tidak dapat dipenuhi ( Hipoksia), Menurut analisa peneliti tidak munculnya diagnose resiko syok pada An. A karena tidak ditemukan batasan karakteristik pada An. A seperti penurunan tekanan darah, hipovolemia, hipoksemia, hipoksia, dan infeksi. Dimana TTV masih dalam batas norma TD :90/60 mmhg, N : 88 x/m P : 22x/m.

2) Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer

Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer adalah penurunan sirkulasi darah ke perifer yang dapat mengganggu kesehatan. Batasan karakteristik: tidak ada nadi, perubahan fungsi motorik, perubahan karakteristik kulit (warna, elastisitas, kelembapan, kuku, suhu), perubahan tekanan darah di ekstremitas, warna tidak kembali ke tungkai saat diturunkan, kelambatan penyembuhan luka perifer, penurunan nadi, edema, nyeri ekstremitas, pemendekan jarak total yang ditempuh dalam uji berjalan enam menit, warna kulit pucat saat elevasi (Nanda, 2015). Menurut analisa peneliti tidak munculnya diagnosis keperawatan ketidak efektifan perfusi jaringan perifer karena tidak ditemukan batasan karakteristik pada An. A seperti tidak ada nadi, perubahan tekanan darah, adanya edema, dan pengisian capillary refill >2 detik. Dimana TTV masih dalam batas norma TD :90/60 mmhg, N : 88 x/m P : 22x/m capillary refill < 2 detik, serta tidak ditemukannya edema pada ekstremitas An. A



### 3) Ketidakefektifan pola napas

Ketidakefektifan pola napas adalah Inspirasi dan/ atau ekspirasi yang tidak memberi ventilasi adekuat. Batasan karakteristik: perubahan kedalaman pernapasan, perubahan ekskursi dada, mengambil posisi tiga titik, bradipnea, penurunan tekanan ekspirasi, penurunan tekanan inspirasi, penurunan ventilasi semenit, penurunan kapasitas vital, dispnea, pernapasan cuping hidung, fase ekspirasi memanjang, takipnea (Nanda, 2015). Menurut analisa peneliti tidak munculnya diagnosis keperawatan ketidakefektifan pola napas karena tidak ditemukan batasan karakteristik pada An. A seperti tidak ada sesak napas, pernapasan An. A dalam batas normal ( 22 x/ m), tidak ditemukannya retraksi dinding dada , tidak adanya otot bantu nafas serta tidak adanya dilakukan pemeriksaan rontgen dada

## **4.4 Intervensi Keperawatan**

Intervensi Keperawatan adalah semua tindakan asuhan yang perawat lakukan atas nama klien. Tindakan ini termasuk intervensi yang di prakarsai oleh perawat, dokter, atau intervensi kolaboratif (Mc. Closky & Bulechek, 200)

Dalam menyusun rencana tindakan keperawatan kepada klien berdasarkan prioritas masalah yang ditemukan tidak semua rencana tindakan pada teori dapat ditegakkan pada tinjauan kasus. Karena tindakan pada tinjauan kasus disesuaikan dengan keluhan dan keadaan klien pada saat pengkajian.

### 1) Untuk diagnosa pertama

Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit ( Infeksi) ditandai dengan Suhu tubuh mukosa bibir kering, Kulit terasa hangat, anak tampak lemah, Rencana yang dilakukan adalah manajemen hipertermi (Monitor suhu tubuh, Monitor penyebab hipertermi ( dehidrasi ), Monitor haluaran urine, Longgarkan atau lepaskan pakaian anak, Berikan cairan oral, Lakukan kompres hangat, Anjurkan tirah baring, Kolaborasi dengan

tim medis dalam pemberian antiperitik, Kolaborasi pemberian cairan intravena. Hal ini sesuai dengan SIKI. Rencana akan dilakukan untuk memantau suhu tubuh klien , sehingga nantinya diharapkan Termoregulasi membaik( S 36.5°C-37.5°C ), Mukosa bibir kembali lembab, Status cairan membaik ( Carperito-Moyet L. J 2013)

2) Untuk diagnose kedua

Hipovolemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler ditandai dengan mukosa bibir kering, An. A tampak lemah rencana yang dilakukan manajemen hipolemia ( periksa tanda gejala hipolemik, monitor intake dan output cairan, berikan asupan cairan oral, anjurkan memperbanyak asupan cairan oral, kolaborasi pemberian cairan IV Line), Manajemen cairan ( Monitor berat badan, monitor hasil pemeriksaan laboratorium, berikan cairan intravena, ). Hal ini sesuai dengan SIKI. Rencana akan dilakukan untuk memantau keseimbangan cairan pada tubuh klien akibat kebocoran plasma, sehingga nantinya diharapkan asupan cairan pada tubuh klien terpenuhi.

3) Untuk Diagnosa Ketiga

Resiko Perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi (penurunan trombosit) ditandai dengan trombositopenia rencana yang dilakukan Mencegahan Perdarahan ( Monitor tanda dan gejala perdarahan, Monitor nilai Trombosit / hemoglobin sebelum dan sesudah kehilangan darah, Pertahankan bedrest selama perdarahan, Jelaskan tanda dan gejala perdarahan, Anjurkan meningkatkan asupan untuk menghindari konstipasi, Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu). Rencana akan dilakukan untuk mengurangi terjadinya syok yang ditandai dengan nadi lemah dan cepat disertai dengan tekanan nadi yang menurun dan tekanan darah yang menurun ( tekanan sistolik menurun sampai 80 mmHg atau kurang), kulit teraba dingin (Nursalam, 2008). Sehingga diharapkan tidak ada resiko perdarahan yang terjadi pada klien

4) Untuk diagnosa keempat

Defisit Nutrisi berhubungan dengan psikologis (keengganan untuk makan) ditandai dengan berat badan menurun rencana yang dilakukan Manajemen nutrisi( Identifikasi alergi, identifikasi makanan yang disukai, berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, anjurkan posisi duduk jika mampu, kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan ), Pemantauan tanda vital ( Monitor TTV, dokumentasikan hasil pemantauan, informasikan hasil pemantauan ). Hal ini sesuai dengan buku SIKI. Rencana akan dilakukan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi, sehingga nantinya diharapkan intake dan output adekuat, BB ideal, klien tidak lemas lagi (Hidayat, 2006).

5) Untuk diagnosa kelima

Defisit Pengetahuan berhubungan dengan gangguan fungsi kognitif ditandai dengan kurang informasi, rencana yang dilakukan Edukasi Kesehatan ( Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat, Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, berikan kesempatan bertanya, Jelaskan factor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan). Rencana akan dilakukan untuk memberika meningkatkan pengetahuan dan wawasan keluarga, serta sikap, praktek baik individu, kelompok atau masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan. Sehingga diharapkan keluarga tidak kurang pengetahuan (Nuradita & Mariam, 2013).

6) Untuk Diagnosa Keenam

Nyeri berhubungan dengan agen pencideraan fisiologis ditandai dengan An.A tampak menangis, menjerit, dan bersikap protektif saat dilakukan tindakan invasif rencana yang dilakukan Manajemen nyeri : Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri , Identifikasi skala nyeri menggunakan ( PQRST), Identifikasi respon nyeri verbal dan non verbal( monitor ekspresi An. A) , Identifikasi

faktor yang dapat memperberat dan memperingan nyeri ,Monitor terapi distraksi audiovisual yang diberikan , Berikan tehnik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri ( audiovisual ), Jelaskan strategi pereda nyeri, Anjurkan tehnik non farmakologis untuk peredah nyeri dan penerapan Atraumatic Care mencegah atau mengurangi cedera dan nyeri, serta melakukan Family Center Care dengan melibatkan orang tua pada saat melakukan tindakan invasif

#### **4.5 Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat maupun tenaga medis lain untuk membantu pasien dalam proses penyembuhan dan perawatan serta masalah kesehatan yang dihadapi pasien yang sebelumnya disusun dalam rencana keperawatan (Nursallam, 2011).

Setelah rencana tindakan ditetapkan, maka dilanjutkan dengan melakukan rencana tersebut data bentuk nyata. Terlebih dahulu penulis menulis strategi agar tindakan keperawatan dapat terlaksanakan, yang di mulai dengan melakukan pendekatan pada klien dan keluarga agar nantinya klien mau melaksanakan apa yang perawat anjurkan, sehingga seluruh rencana tindakan keperawatan yang dilaksanakan sesuai dengan masalah yang dihadapi klien.

##### **1) Untuk diagnosa pertama**

Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit ( Infeksi) ditandai dengan Suhu tubuh meingkat mukosa bibir kering, Kulit terasa hangat, anak tampak lemah. Memonitor suhu tubuh (Melakukan pemeriksaan suhu tubuh di aksila diadaptkan suhu tubuh demam  $S 38,6^{\circ}\text{C}$  ), Monitoring hasil lab ( WBC:  $2,14 \times 10^3/\text{ul}$  ), leukosit An. A rendah ini dapat menyebabkan tubuh mudah terinfeksi bakteri , melonggarkan pakaian An.A saat An. A demam, Melakukan kompres hangat pada temporalis dan aksila An.A , Memberikan cairan oral pada An. A

sebanyak 4 gelas / 1200 cc dari jam 14:00-20 :00, Menganjurkan ibu untuk mempertahankan tirah baring pada An. A agar energy anak tidak terbuang sehingga anak tidak letih , Menganjurkan ibu An. A untuk sering memberi anaknya minum karena bisa jadi demam diakibatkan oleh kurangnya minum atau hedrasi, Berkolaborasi dengan tim medis pemberian Pacacetamol 500 mg x 3 sehari melalui oral. Selama 3 x 24 jam rawatan untuk diagnose hipertermi tidak ada penambahan ataupun pengurangan intervensi keperawatan

2) Untuk diagnosa kedua

Hipovolemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler ditandai dengan mukosa bibir kering, rencana yang dilakukan Memanajemen hypovolemia. Memeriksa tanda dan gejala hipovolemik ( tekanan darah 90/60 mmHg, membran mukosa klien kering, hematokrit menurun, dari hasil laboratorium klien hematokrit klien mengalami penurunan 37 [%] ), Memonitor intake dan output cairan. Intake: Input: oral (1500 cc) + Paranteral (600 cc) = 2100 CC, Output: urin (2000 cc) + IWL (310 cc/kg/jam) = 2310 Balannce Cairan: -210 cc, Memberikan asupan cairan oral, sebanyak 4 gelas/ 1200 cc dari jam 08.00-14.00, Menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral, dengan cara memberi tahu kepada keluarga atau klien untuk memperbanyak minum sesuai kebutuhan tubuh sekitar 2400cc ( 8 gelas ) / 24 jam, Memantau pemberian cairan IV line ( Asering 30 tts/m ). Selama 3 x 24 jam rawatan untuk diagnose hipertermi tidak ada penambahan ataupun pengurangan intervensi keperawatan.

3) Untuk diagnosa ketiga

Resiko Perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi (penurunan trombosit) ditandai dengan trombositopenia rencana yang dilakukan Mencegahan Perdarahan, Memonitor tanda dan gejala perdarahan (perdarahan pada hidung / mimisan, muntah terus menerus), Memonitor nilai Trombosit 95 [ $10^3/uL$ ], Mempertahankan bedrest selama

perdarahan, Menjelaskan tanda dan gejala perdarahan ( tanda gejala perdarahan yaitu mimisan, mual muntah, feses berwarna hitam, kesemutan ditangan atau kaki ), Menganjurkan meningkatkan asupan untuk menghindari konstipasi (banyak mengkonsumsi pepaya agar tidak terjadi konstipasi), Melakukan Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu ( tidak ada diberikan obat) Selama 3 x 24 jam rawatan untuk diagnose hipertermi tidak ada penambahan atau pengurangan intervensi keperawatan

4) Untuk diagnosa keempat

Defisit Nutrisi berhubungan dengan psikologis (keengganan untuk makan) rencana yang dilakukan Manajemen nutrisi : Mengidentifikasi alergi, klien tidak ada alergi terhadap obat maupun makanan., mengidentifikasi makanan yang disukai, makanan yang disukai klien. Makanan yang disukai klien ayam, ikan, nasi goreng, mangga, pisang dan makanan yang tidak disukai klien nanas. , memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi ( pepaya ), menganjurkan posisi duduk jika mampu, agar klien tidak merasa letih dan lemah. Melakukan kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan. Pemantauan nutrisi, Mengidentifikasi kelainan pada kulit, ( tidak ditemukan kelainan atau petekie pada kulit ), Mengidentifikasi kelainan eliminasi, BAK klien lancar, sedangkan BAB klien susah, Memonitor mual dan muntah ( klien merasakan mual dan muntah ), Menimbang berat badan, berat badan klien 12,8 kg , serta memantau hasil laboratorium klien HB 14,6 gr/dl Menjelaskan tujuan prosedur pemantauan ( ibu tujuan pemantauan nutrisi agar nutrisi klien terpenuhi ) Selama 3 x 24 jam rawatan untuk diagnose hipertermi tidak ada penambahan atau pengurangan intervensi keperawatan

5) Untuk Diagnosa Kelima

Defisit Pengetahuan berhubungan dengan gangguan fungsi kognitif ditandai dengan kurang informasi rencana yang dilakukan Edukasi Kesehatan, Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan

menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat ( yang dapat meningkatkan hidup bersih dan sehat dengan cara mencuci tangan setiap sebelum atau sesudah melakukan aktivitas, membersihkan rumah. Yang dapat menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat yaitu kurangnya partisipasi keluarga dalam membersihkan lingkungan rumah dan keluarga tidak mengajarkan hidup bersih dan sehat kepada anak ), Memberikan kesempatan bertanya ( keluarga klien menanyakan bagaimana cara menaikkan trombosit anaknya yang turun ), Menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan ( faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan yaitu lingkungan, bak mandi, genangan air jernih banyak jentik-jentik nyamuk yang mengakibatkan demam berdarah ), Mengajarkan perilaku hidup sehat ( mengajarkan cara cuci tangan yang benar, dan membuang sampah pada tempatnya ) Selama 3 x 24 jam rawatan untuk diagnose hipertermi tidak ada penambahan ataupun pengurangan intervensi keperawatan

6) Untuk Diagnosa Keenam

Nyeri berhubungan dengan agen pencideraan fisiologis ditandai dengan An.A tampak menangis, menjerit, dan bersikap protektif saat dilakukan tindakan invasif tindakan yang dilakukan dengan manajemen nyeri : mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri P : Nyeri timbul saat dilakukan tindakan invasif (pengambilan darah vena ),Q : Nyeri seperti ditusuk benda tajam ,R : Nyeri dibagian sisi dalam lepatan siku , S : Skala nyeri 7 (menggunakan skala nyeri wajah), T : nyeri dimulai pada saat jarum dimasukan kedalam kulit sampai jarum dicabut kembali lamanya kurang lebih 30 detik , mengidentifikasi respon nyeri verbal dan non verbal anak tampak menarik tangan dari petugas saat dilakukan pengambilan darah mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemeliharaan strategi meredakan nyeri. Membertimbangkan batasan nyeri pada anak sebelum diberikan teknik distraksi audio visual , Jelaskan strategi pereda nyeri, menjelaskan kepada keluarga teknik supaya anak bisa teralihkan dari nyeri

saat pengambilan darah vena seperti teknik audio visual, teknik pelukan memberikan teknik distraksi audio visual ( film kartun Mr. Bean ) Selama 3 x 24 jam rawatan untuk diagnose hipertermi tidak ada penambahan ataupun pengurangan intervensi keperawatan

#### **4.6 Evaluasi**

Evaluasi merupakan langkah terakhir dalam proses keperawatan. Evaluasi meliputi evaluasi hasil dan evaluasi proses. Pada kasus ini menunjukkan bahwa adanya kemajuan atau keberhasilan dalam mengatasi masalah pasien. pada kasus An.A yang dirawat diruang rawat inap anak RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittingi dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan sebagai metode pemecahan masalah, hasil evaluasi akhir yaitu pada tanggal 09 – 11 Januari 2020 dari diagnosa keperawatan yang ditemukan dalam kasus, sebagian diagnose telah teratasi dan ada beberapa diagnose yang masih teratasi sebagian

Pada diagnosa pertama setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam masalah hipertermi membaik dengan manajemen Hipertermi, dengan hasil Suhu tubuh An. A 36,8°C, An. A masih lemah, Mukosa bibir An. A sudah tampak lembap, An. A tampak tirah baring, An. A tampak sudah bermain dengan ibunya hasil lab WBC : 2,18 10<sup>3</sup>/ul Leukosit masih dibawah normal. Hal ini sesuai dengan standar intervensi keperawatan Indonesia yang dilakukan adalah manajemen hipertermi penerapan manajemen hipertermi ini memungkinkan masalah hiperretermi ini teratasi karena dengan mengobservasi suhu dengan Pengukuran fisiologis merupakan kunci untuk mengevaluasi status fisik dan fungsi vital, salah satunya pengukuran suhu tubuh (Jitowiyono, 2011) serta dilakukannya kompres dengan kompres hangat menyebabkan suhu tubuh diluaran akan terjadi hangat sehingga tubuh akan menginterpretasikan bahwa suhu diluaran cukup panas, akhirnya tubuh akan menurunkan kontrol pengatur suhu di otak supaya tidak meningkatkan suhu pengatur tubuh, dengan suhu diluaran hangat akan membuat pembuluh darah tepi dikulit melebar dan mengalami vasodilatasi



sehingga pori – pori kulit akan membuka dan mempermudah pengeluaran panas. Sehingga akan terjadi perubahan suhu tubuh (Tri Redjeki 2002). Serta dengan diberinya kolaborasi pemberian antipiretik yang berfungsi menghambat pembentukan prostaglandin E1, yaitu suatu zat kimia dalam tubuh yang berperan dalam proses terjadinya demam. Dengan cara kerjanya tersebut obat antipiretik dapat menurunkan standar suhu tubuh ke nilai normal, sehingga terjadi penurunan demam (Muhlisin, 2009) serta pemberian edukasi kepada keluarga untuk memberikan minum yang cukup, melonggarkan pakaian dan tidak memakaikan anak selimut yang tebal untuk mempermudah pengeluaran panas selama demam dan diharapkan ini dapat memberikan pengetahuan keluarga mengenai manajemen hipertermi

Pada diagnosa kedua setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam masalah Hipovolemia membaik dengan manajemen Hipovolemia, An. A masih tampak pucat, Mukosa bibir sudah tampak lembap, Hematocrit dalam batas normal 41,0 % .( 40,0-48,0 %), Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital Suhu tubuh 36,8<sup>0</sup>C, mukosa bibir lembap Asupan cairan an.A cukup, dihitung dari balance cairan yang positif 190cc (proses penghitungan cairan dlm 12 jam ) Hal ini sesuai dengan standar intervensi keperawatan Indonesia yang dilakukan adalah manajemen Hipovolemia penerapan manajemen hipovolemia ini memungkinkan masalah Hipovolemi ini teratasi karena dengan monitor vital sign (mengetahui keadaan umum klien apakah adanya tanda-tanda syok hipovolemik (mengidentifikasi perubahan-perubahan yang terjadi pada keadaan umum pasien terutama untuk mengetahui adakah tanda-tanda syok hipovolemik) Monitor intake dan output (membantu dalam menganalisa keseimbangan cairan dan derajat kekurangan cairan) Anjurkan klien untuk meningkatkan intake cairan sedikitnya 8 gelas sehari (mengganti kehilangan cairan karena kelahiran dan diaforesis ) Kolaborasi pemberian cairan intravena jika diinstruksikan (membantu kebutuhan cairan dalam tubuh) dengan

dilaksankannya intervensi tersebut dapat mengembalikan cairan tubuh yang hilang.

Pada Diagnosa ketiga setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x2jam masalah resiko perdarahan tetap dengan trombosit anaknya masih dibawah normal  $84 \times 10^3/\text{ul}$  dengan hasil  $84 \times 10^3/\text{ul}$  . karena Jumlah trombosit terus menurun hingga mengalami trombositopenia mulai hari ke 4 demam dan mencapai titik terendah pada hari ke 6 demam, peningkatan trombosit memerlukan waktu dimana jumlah akan mulai naik pada hari ke 7 dan mencapai normal kembali mulai hari ke 9 atau 10, dan apabila dibarengi dengan asupan makanan yang kuat untuk meningkatkan trombosit .( Wibowo K, 2011)

Pada diagnosa keempat setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam masalah Defisit Nutrisi tetap, dengan hasil klien An. A tampak pucat, Tampak An. A hanya menghabiskan  $\frac{1}{2}$  porsi makanannya , HB: 14,7 mg/dl BB: 13,2 kg, TB: 103 cm : IMT 7,60 yang artinya status gizi klien masih kurang. Karena BB dalam 3 hari tidak langsung naik atau bertambah, untuk menaikkan BB harus memerlukan waktu yang cukup. Dapat diperbaiki dengan pengaturan makanan sesuai selera anak, memilih menu makanan yang kandungan gizinya cukup tinggi dan lebih variatif supaya anak tidak bosan (Ain, dkk, 2015)

Pada diagnosa kelima setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam masalah Defisit Pengetahuan membaik dengan hasil ibu klien sudah tau penyakit anaknya dan bagaimanacara meningkatkan hidup sehat, dan sudah mengetahui informasi. Karena keluarga sudah mendapatkan informasi dan terpapar dengan pengetahuan apa yang diberikan,

Pada diagnose keenam setelah dilakukan asuhan keperawatan 2 x 30 menit masalah nyeri berhubungan dengan agen pencideraan fisiologis membaik, pada hari pertama diberikan intervensi An. A masih menangis saat dilakukan intervensi namun sudah tidak meprotektif diri secara berlebihan seperti menarik tangan sera mendorong-dorong tangan perawat seperti

sebelum dilakukannya intervensi , pada hari kedua intervensi An. A sudah tampak tenang namun masih tampak raut muka tegang saat sebelum dilakukan tindakan serta anak masih menagis sesat sesudah dilakukan tindakan, Penerapan rencana Family Center Care setelah dilakukan asuhan Keperawatan klien dan keluarga tampak tenang dan nyaman

#### **4.7 Analisis salah satu intervensi dengan konsep dan penelitian terkait**

Intervensi keperawatan pada masalah nyeri yang ditimbulkan akibat tindakan invasif salah satunya adalah dengan pemberian teknik distraksi audio visual . Tujuan dari teknik distraksi audio visual ini adalah untuk meminimalisir nyeri, trauma serta memberikan ketenangan dan rasa rileks/ nyaman anak saat dilakukan tindakan invasif pengambilan darah vena .

Terdapat perbedaan skala nyeri saat anak diberikan intervensi distraksi audio visual saat dilakukan tindakan invasif pengambilan darah vena dari pada tidak dilakukannya intervensi distraksi audio visual. Dimana setelah diberikan intervensi saat dilakukan tindakan invasif anak tidak bersikap protektif secara berlebihan serta anak tidak menangis disertai menjerit, dimana pada saat sebelum anak mendapatkan intervensi saat dilakukan tindakan invasif anak sangat protektif saat didekati petugas serta anak menagis menjerit saat dilakukan tindakan invasif berdasarkan perhitungan skala nyeri perbandingan antara sebelum dan sesudah diberikan intervensi didapatkan penurunan skala nyeri yang signifikan dimana berdasarkan pengkajian nyeri wajah didapatkan skala nyeri sebelum dilakukan intervensi dengan skala 7 dan sesudah dilakukan intervensi didapatkan skala nyeri 3. Berdasarkan hasil dari intervensi yang telah dilakukan teknik distraksi audio visual dapat meminimalisir skala nyeri

Salah satu teknik distraksi yang dapat dilakukan pada anak dalam penatalaksanaan nyeri adalah menonton kartun animasi Ketika anak lebih

fokus pada kegiatan menonton film kartun, hal tersebut membuat impuls nyeri akibat adanya cedera tidak mengalir melalui tulang belakang, pesan tidak mencapai otak sehingga anak tidak merasakan nyeri (Brannon dkk, 2013).

Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Sarfika, dkk (2015) yang berjudul pengaruh teknik distraksi menonton kartun animasi terhadap skala nyeri anak usia prasekolah saat pemasangan infus di instalasi rawat inap anak RSUP Dr. M. Djamil Padang, didapatkan bahwa terdapat perbedaan rata-rata skala nyeri yang signifikan ( $P_v < 0,05$ ) antara anak yang diberikan teknik distraksi menonton kartun animasi dengan anak yang tidak diberikan teknik distraksi saat dilakukan pemasangan infus.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh I made mertajaya (2018) yang berjudul Analisis Intervensi Teknik Distraksi Menonton Kartun Edukasi Terhadap Skala Nyeri Pada Anak Usia Saat Pengambilan Darah Intravena Di Ruang Cempaka Anak Rumah Sakit Pelni Jakarta. Hasil penelitian studi kasus yang telah dilakukan menunjukkan bahwa terjadinya penurunan skala nyeri pada anak usia toddler saat pengambilan darah intravena setelah diberikan intervensi teknik distraksi menonton kartun edukasi

Penelitian lain yang mendukung yaitu penelitian oleh Emma Setiyo (2020) yang berjudul Perubahan Intensitas Nyeri Melalui Pemberian Teknik Distraksi Audio Visual Pada Anak Di Intensive Care Unit (Icu) Rsud Dr. Loekmonohadi Kudus. Hasil penelitian menunjukkan dengan teknik distraksi audio visual terjadi perubahan intensitas nyeri baik menggunakan vds maupun cpot dengan nilai  $p = 0,001$  dan  $p = 0,002$ . sehingga dapat diinterpretasikan bahwa terdapat perbedaan rata-rata skor pre test dan post test intensitas nyeri pada kelompok tersebut

Melihat film adalah bentuk bermain pasif yang memberikan hiburan bagi anak, kegiatan melihat film tersebut dapat dimodifikasi untuk dijadikan sebuah tindakan terapeutik seperti distraksi, sehingga selain menghibur juga bisa digunakan sebagai pengalih perhatian ketika balita diberikan injeksi

intravena (tindakan invasif). Distraksi audiovisual adalah bentuk pengalihan perhatian yang efektif untuk anak karena di dalam distraksi audiovisual menayangkan tokoh video animasi lucu yang memberikan edukasi kesehatan dalam bahasa yang sederhana dan menarik, sehingga membuat anak merasa senang, terhibur. Selama prosedur pengambilan darah vena (invasif), anak menikmati tayangan video animasi yang disajikan. Hal tersebut tentunya mampu mengurangi respons buruk anak yang biasanya terjadi ketika prosedur injeksi/ pengambilan darah berlangsung karena anak fokus pada tayangan yang disajikan dan mendengarkan apa yang disampaikan oleh tokoh video animasi tersebut.

Pada video animasi terdapat unsur gambar, warna, dan cerita sehingga anak-anak menyukai menonton video animasi. Ketika anak lebih fokus pada kegiatan menonton video animasi, hal tersebut membuat impuls nyeri akibat adanya cedera tidak mengalir melalui tulang belakang, pesan tidak mencapai otak sehingga anak tidak merasakan nyeri dan Unsur-unsur seperti warna, gambar, cerita dan emosi ( senang, sedih, seru dan bersemangat) yang terdapat dalam film kartun merupakan unsur otak kanan dan suara yang timbul dari film kartun tersebut merupakan unsur otak kiri sehingga dengan menonton video animasi otak kanan dan kiri anak pada saat yang bersamaan digunakan dua-duanya secara seimbang dan anak akan fokus pada film kartun (Widura 2008). Teori menunjukkan bahwa seorang individu harus berkonsentrasi pada rangsangan menyakitkan untuk merasakan rasa sakit; oleh karena itu, persepsi rasa sakit menurun ketika perhatian seseorang terdistraksi dari stimulus (Panda, 2017).

Selain dapat menurunkan skala nyeri teknik distraksi audio visual juga bisa mengalihkan kecemasan dari dampak hospitalisasi, bagi anak secara umum adalah adanya disfungsi persepsi dan konsep diri yang mempengaruhi tumbuh kembang anak. Permasalahan yang sering ditemui pada fase hospitalisasi anak prasekolah yaitu rasa takut, kecemasan, tidak berdaya dan gangguan citra diri. Hal ini berkaitan dengan umur anak, semakin muda umur

anak semakin sulit baginya menyesuaikan diri dengan pengalaman rumah sakit (Gunawan, 2003). Pada saat dirawat di rumah sakit, anak akan mengalami berbagai perasaan yang tidak menyenangkan, seperti marah, takut, cemas, sedih dan nyeri. Saat melihat tayangan disukai anak akan terlepas dari ketegangan dan stres yang dialaminya karena dengan melakukan distraksi anak akan dapat mengalihkan rasa sakit dan stressnya pada sesuatu tayangan (Supartini, 2004).

Salah satu ketertarikan penulis mengangkat intervensi ini dikarenakan .teknik distraksi ini sangat efektif dan sangat efisien untuk menurunkan / meminimalisir skala nyeri, selain itu film kartun merupakan salah satu film favorit anak-anak sehingga pendekatannya dan aplikatif selama prosedur akan lebih mudah.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **5.1 Kesimpulan**

Asuhan keperawatan yang diawali dengan melakukan pengkajian secara menyeluruh meliputi bio-psiko-sosio-kultural. Pengkajian melakukan pemeriksaan TTV, pemeriksaan fisik, riwayat kesehatan dan pemeriksaan penunjang. Berdasarkan pemaparan asuhan keperawatan mengenai pelaksanaan pemberian teknik distraksi audio visual pada tindakan invasif pengambilan darah vena diruang Anak RSUD Dr. Achmad Muchtar Bukittinggi dapat disimpulkan bahwa:

- 1) Demam berdarah dengue (dengue hameorrhagic fever) adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus dengue. Dalam hal itu masalah yang sering muncul pada infeksi pertama oleh virus dengue adalah Hipertermi (demam), sebagian besar penderita akan mengalami demam mendadak antara 39-40 C, sesudah 5-7 hari demam akan berakhir tetapi kemudian kambuh lagi, biasanya terlihat lesu disertai sakit kepala pada bagian kepala depan, nyeri bagian belakang mata, dan persendian, terlebih lagi disertai perdarahan dan kadang-kadang syok, salah satu tindakan yang dilakukan dirumah sakit pada anak yang mengalami DHF adalah tindakan invasif pengambilan darah vena untuk pemeriksian laboraturium yang menimbulkan nyeri, intervensi yang diberikan untuk mengurangi rasa nyeri adalah dengan pemberian distraksi audio visual. Teknik distraksi audio visual ini sudah terbukti dengan penelitian terkait yang sangat efektif untuk menurunkan tingkat nyeri dan meminimalisir trauma berkepanjangan pada anak. Setelah penulis menerapkan teknik distraksi audio visual pada kasus kelolaan diperoleh hasil penurunan skala nyeri yang signifikan dan juga meningkatkan kenyamanan dan menghilangkan stress pada anak. analisis tindakan keperawatan berfokus pada monitoring

skala nyeri terutama hasil dari skala nyeri yang diukur sebelum dan sesudah dilakukan teknik distraksi audio visual . Pelaksanaan teknik distraksi audio visual ini memerlukan keterlibatan keluarga. Dalam melakukan asuhan keperawatan penulis melibatkan keluarga dalam pelaksanaan teknik distraksi audio visual yang sebelumnya diberi edukasi tentang pelaksanaan teknik distraksi audio visual dan tujuan dilakukannya teknik distraksi audio visual agar mendapatkan hasil yang optimal.

- 2) Hasil implementasi yang dilakukan analisis keperawatan tentang pemberian teknik distraksi audio visual untuk menurunkan skala nyeri dan memberikan kenyamanan pada anak yang dituju dengan rata-rata skala nyeri sedang dan reaksi yang dilihat anak tampak nyaman dan tenang serta tidak memberikan protektif diri secara berlebihan.
- 3) Dari hasil evaluasi dilakukan, bahwa didapatkan masalah teratasi. Masalah yang teratasi adalah Hipertermi membaik, hipovolemia membaik, pengetahuan keluarga membaik dan nyeri yang berhubungan dengan tindakan invasif membaik. Sedangkan masalah yang tidak teratasi adalah resiko perdarahan dimana trombositopenia masih dengan hasil laboratorium Plt masih dibawah normal yaitu  $84 \times 10^3/\text{ul}$  , defisit Nutrisi belum teratasi dimana IMT klien masih dibawah normal yaitu 7,60 berdasarkan table antropometri ( Gizi Kurang )

## **5.2 Saran**

### **5.2.1 Bagi Institusi Pendidikan**

Diharapkan kepada institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu kesehatan keperawatan anak kepada peserta didik sehingga pengetahuan dan keterampilan tentang hal tersebut lebih baik lagi kedepannya dan akan dapat membantu dalam mendukung untuk bahan pengajaran ilmu keperawatan anak kedepannya, serta diharapkan institusi pendidikan dapat melakukan penelitian lanjutan untuk mengembangkan ilmu tentang teknik autramatic care yang lain sehingga bisa diterapkan dirumah sakit



### **5.2.2 Bagi Perawat**

Dengan kemudahan pelaksanaan dan manfaat yang sangat besar sehingga akan sangat mudah diaplikasi diharapkan perawat menerapkan teknik distraksi ini saat melakukan pengambilan darah vena serta pemasangan infuse

### **5.2.3 Bagi Layanan**

Bagi tatanan rumah sakit teknik distraksi audio visual ini sebaiknya dibuat SOP agar penggunaan teknik distraksi audio visual dapat di aplikasikan sesuai prosedur yang telah ditetapkan. Serta diharapkan rumah sakit menyediakan ruangan khusus untuk tindakan invasif yang memiliki televisi sehingga memudahkan pengaplikasian teknik distraksi audio visual ini.

## DAFTAR PUSTAKA

- A Potter, & Perry, A. G. 2007. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, Dan Praktik*, edisi 4, Volume.2. Jakarta: EGC
- Abdullah, A. Z., Ansar, J., Amiruddin, R., Arsin, A. A., & Maria, I. L. (2011). *Modul Epidemiologi Dasar*. Bandung: Universitas Hasanuddin.
- Addiin, Istiqomah, Tri Redjeki, Sri Retno D.A., (2014), Penerapan Model Pembelajaran Project Based Learning (PjBL) Pada Materi Pokok Larutan Asam dan Basa di Kelas XI IPA 1 SMA Negeri 2 Karanganyar Tahun Ajaran 2013/2014, *Jurnal Pendidikan Kimia Universitas Sebelas Maret* 3(4), 7-16
- Adi W, Gunawan 2003. *Genius Learning Strategy*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama
- Alimul, Hidayat (2008). *Pengantar Ilmi Keperawatan Anak*. Salemba Medika
- American Pain Society (APS). (2003). *Principles of analgesic use in acute and cancer pain*. Glenview, IL: Author
- Andarmoyo, S. (2013). *Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri*, Ar- Ruzz, Yogyakarta
- Andra, S. W., & Yessie, M. P. (2013). *KMB 1 Keperawatan Medikal Bedah Keperawatan Dewasa Teori dan Contoh Askep*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Anies. 2015. *Manajemen Berbasis Lingkungan Solusi Mencegah dan Menanggulangi Penyakit Menular*. Jakarta: PT Elex Media Komputind.
- Arif, Mansjoer, dkk., ( 2000 ), *Kapita Selekta Kedokteran*, Edisi 3, Medica Aesculpalus, FKUI, Jakarta
- Asmadi, (2012). *Teknik Prosedural Keperawatan : Konsep Anak dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Salemba Medika : Jakarta
- Avila EL (2017) Araujo MA, Pontes MRN, Lima NE. Constipacao intestinal da infancia: Um estudo de prevalencia. *Revista do Associacao Medica do Rio Grande do Sul*. 1988; 32: 100-2
- Brannon, L dan Feist J. 2013. *Health Psychology Edisi Ke-6*. California: Belmon

- Breivik., et al. (2008). Assesmen 12 Desembert of pain. *Brintish journal of Anaesthesia* 101(1), 17-24. Diunduh tanggal 13 Agustus 2020. <http://bj.a.oxfordjournal.org/content/101/1/17.full.pdf>
- Brown, C. T., 2006, Penyakit Aterosklerotik Koroner, dalam Price, S.A. dan Wilson, L.M., Patofisiologi Konsep-konsep Proses Penyakit, diterjemahkan oleh Pendit, B.U., Hartanto, H., Wulansari, P., Susi, N. dan Mahanani, D.A., Volume 2, Edisi 6, 579-585, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta
- Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M., & Wagner, C.M. (2016). *Nursing Interventions Classification* (NIC), Edisi 6. Philadelphia: Elsevier
- Carpenito, L. J. (2013). *Diagnosa Keperawatan : Aplikasi pada Praktek Klinik (Terjemahan)*. Edisi 6. Jakarta: EGC.
- Chakraborty, 2008. Hubungan Kondisi Lingkungan, Kontainer, dan Perilaku Masyarakat dengan Keberadaan Jentik Nyamuk *Aedes aegypti* di Daerah Endemis Demam Berdarah Dengue Surabaya. *Jurnal Kesehatan Lingkungan* Vol 1 no 2 Januari 2005: 170-182.
- Cohen, S and Syme, S.I. 2008. *Social Support And Health*. London: Academic Press Inc.
- Craig, R. G., Powers J. M., Wataha J. C., 2006. *Dental Materials Properties And Manipulation*, Ed 12, Missouri : Mosby , pp. 145-146.
- Daniela, M., Clarisa, N., Virgil, V., Elisabeta, V., & Schineider, F (2010). Physiology of pain-general mechanisms and individual differences. *Jurnal Medical Aradean*, 8(4), 19-23. Diunduh tanggal; 2 seftemberr 2020.[www.jmedar.ro](http://www.jmedar.ro)
- De fretes, fiane. 2012. *Hubungan family centered care dengan efek hospitalisasi Anak Usia 3-6 Tahun*. Skripsi Universitas Kristen Satya Wicana.
- Dinkes Kota Padang (2017). *Profil Kesehatan Kota Padang Tahun 2019*. Padang : Dinas Kesehatan Kota Padang, pp : 23-24.
- Hanson, V.(2009) Gedaly-Duff, & J. R. Kaakinen (Eds.), *Family health care nursing: Theory, practice and research* (3rd ed.,pp. 119–157). Philadelphia, PA: F. A. Davis.
- Hidayat A.A. (2008). *Metode Penelitian Kebidanan dan Teknik Analisa Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hockenberry M and Wilson D. 2008. *Pediatric Nursing*. ISBN.

- Hockenberry, M., Wilson, D., Winkelstein, M.L., & Schwartz, P. (2009). *Buku Ajar Keperawatan Pediatric*. Jakarta: EGC
- Hockenberry, M.J & Wilson, D. (2009). *Essential of Pediatric Nursing*. St. Louis Missouri: Mosby
- Huda & Kusuma, Hardi. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC NOC Jilid 2*. Jakarta:EGC
- I made mertajaya (2018) . Analisis Intervensi Teknik Distraksi Menonton Kartun Edukasi Terhadap Skala Nyeri Pada Anak Usia Saat Pengambilan Darah Intravena Di Ruang Cempaka Anak Rumah Sakit Pelni Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. Situasi DBD di Indonesia.Pusat data dan informasi Kementrian Kesehatan RI.2020.
- Larsson et al., 2000; Ellis et al., 2004; Movahaedi 2006. Venipuncture is more affective and les painfull than heel lancinf for blood test in neonates. *Pediatrics*, 16 (5), 101-882 diunduh tanggal 28 Agustus 2020 <http://pediatrics.aappublications.org/content/101/5/882.full>.
- Latief, S. A., 2001. *Petunjuk Praktis Anestesiologi*. Edisi Kedua. Jakarta: Balai Penerbitan Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Lemone, P & Burke (2008). *Medical surgical Nursing ,: Critical thinking in client care* (4th ed), New jersey
- Loeser, R. F., 2010, Age-Related Changes in The Musculoskeletal System and The Development of Osteoarthritis, *Clin Geriatr Med*, 26(3):371-86.
- Mariyamdan Nuradita, E. 2013. *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Pengetahuan*. Semarang: Universitas Muhammadiyah Semarang. *Jurnal Keperawatan Anak*, Vol 1,No. 1, halaman 44-4.
- Muhlisin, A & Suprpto. (2011). *Dokumentasi Keperawatan*. Yogyakarta : Gosyen
- Muscari, Mary, E (2005). *Panduan Belajar : Keperawatan Pediatrik* Jakarta : ECG
- Muscari, Mary, E (2009). *Panduan Belajar : Keperawatan Pediatrik* Jakarta : ECG
- Muttaqin, A. (2011). *Pengkajian Keperawatan Aplikasi pada Praktik Klinik*. Jakarta: Salemba Medika
- Nanda. (2015). *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017* Edisi 10 editor T Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru. Jakarta: EGC.

- Ngastiyah. (2014). *Perawatan Anak Sakit Edisi 2*. Jakarta : EGC
- Noel, M., Chambers, C. T., Petter, M., McGrath, P. J., Klein, R. M., & Stewart, S. H. (2012). Pain is not over when the needle ends: a review and preliminary model of acute pain memory development in childhood. *Pain Management*, 2(5), 487- 497.
- Nurarif, Amin, Huda & Kusuma, Hardhi. (2015). *Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA*. Yogyakarta : Mediacion Publishing.
- Nursalam M, dkk. 2008. *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak*. Ed : 1. Jakarta : salemba Medika
- Nursalam, Susilaningrum R., & Utami S. (2005). *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak (Untuk Perawat dan Bidan)*. Jakarta : Salemba Medika.
- Nursalam.(2011). *Proses dan dokumentasi keperawatan, konsep dan praktek*.Jakarta : Salemba Medika.
- Padila. (2013). *Asuhan Keperawatan Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Pillitteri, A.,2010,*Maternal & Child Health Nursing: Care of the Childbearing &Childrearing Family*, New York : Lippincott Williams & Wilkins.
- Potter & Perry. 2009. *Fundamental Keperawatan*. Edisi 7. Jakarta : Salemba Medika
- Potter PA & Perry AG. 2009. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktik* Edisi 4, Jakarta: EGC.
- Potter, Perry. (2010). *Fundamental Of Nursing: Consep, Proses and Practice*. Edisi 7. Vol. 3. Jakarta : EGC
- Prasetyawati AE, 2012. *Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)*. Yogyakarta. Nuha Medika.
- Prasetyo, S. N. (2010). *Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri*. Yogyakarta : Graha Ilmu
- Profil Kesehatan Indonesia 2016. [http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/lain-lain/Data dan Informasi Kesehatan Profil Kesehatan Indonesia 2016 - smaller size - web.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/lain-lain/Data%20dan%20Informasi%20Kesehatan%20Profil%20Kesehatan%20Indonesia%202016%20-%20smaller%20size%20-%20web.pdf) – Diakses Agustus 2017.
- Rika Sarfika, dkk (2015). Pengaruh Teknik Distraksi Menonton Kartun Animasi Terhadap Skala Nyeri Anak Usia Prasekolah Saat Pemasangan Infus

Di Instalasi Rawat Inap Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang. *Ners Jurnal Keperawatan* Volume 11, No. 1, Maret 2015 : 32-40

- Robbins dan Kumar. 1995. *Buku Ajar Patologi 1*. Edisi 4. Jakarta. EGC. 290- 293
- Sarfika, R., Yanti, N., & Winda, R. (2015). Pengaruh Teknik Distraksi Mneonton Animasi Kartun Animasi Terhadap Skala Nyeri Anak Usia Pra Sekolah Saat Pemasangan Infus Di Instalasi Rawat Inap Anak RSUP DR. M. Djamil Padang. *Ners Jurnal Keperawatan*, 11 (1), 32-40.
- Schmitz, A.K., Vierhus, M., & Lohaus, A.(2012) Pain tolerance in the children and andolencent: Sex differences and psychosocial influences on pain threshold and endurance. *European Journal of pain*.10(2), 153-157
- Sekriptini, Yuliani, Ayu. 2013. Pengaruh Pemberian teknik distraksi audio visual Terhadap Skor Nyeri Akibat Tindakan Invasif Pengambilan Darah Intravena Pada Anak di Ruang UGD RSUD Kota Cirebon. [Skripsi]. Jakarta: Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia
- Soedarto. 2012. Demam Berdarah Dengue Dengue Haemoohagic fever. Jakarta: Sugeng Seto. Kemenkes RI (2017).
- Sukohar A. Demam Berdarah Dengue (DBD). *Medula*. 2014;2(2).
- Supartini, Yupi. (2002). *Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak*. Jakarta: EGC.
- Supartini, Yupi. 2004. *Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak*. Jakarta: EGC
- Susanto I, Ismid I. S, Sjarifuddin P. K., Sungkar S., editors. *Parasitologi Kedokteran*. Edisi ke-4.Jakarta: FKUI; 2015
- Susilaningrum, Nursalam. (2013). *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak*. Jakarta: Salemba Medika.
- Tamsuri A.(2007). *Konsep Dan penatalaksanaan nyeri* . Jakarta : EGC.
- Taylor D.C., 2008. History and Physical Examination. *Epilepsy A Comprehensive Textbook* 2nd edition. Lippincott Williams & Wilkins. pp: 785-789
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tosepu, R. (2016). *Epidimiologi Lingkungan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Bumi Medika

- Twycross, A, Dowden S.J, and Bruce, E. (2009). *Managing pain in children a clinical guide*. USA : Blackwell.
- Uman, L. S, Chambers, C. T., McGrath, P. J., & Kisely, , S. (2007). Psychological interventions for needle-re;eted procedural pain and distress in children and adolesescents. *Cochrane Databese of systematic Reviews*, 4, 2. Agustus 20,2012.
- Wati, Widia Eka. 2009. Beberapa Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) Di Kelurahan Ploso Kecamatan Pacitan Tahun 2009. Skripsi Sarjana Surakarta: Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- WHO (2017). Dengue and Severe Dengue. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/en/> – Diakses September 2017.
- WHO Regional Office for South-East Asia. Comprehensive Guidelines for Prevention and Control of Dengue and Dengue Haemorrhagic Fever. India. 2010
- WHO, 1997. Dengue Haemorrhagic fever: Diagnostic, Treatment, Prevention and Control, 2nd ed., World Health Organization, Geneva.
- WHO. 1997. *Kader kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Widura, Susanto (2008). *Mid Map Langkah Demi Langkah*. Jakarta : Elex Media Komputindo
- Wong L, Donna, Hockenberry. Dkk. 2003. *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*. Jakarta : ECG
- Wong, D, dkk. 2009. *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik. Volume 1*. Penerbit Buku Kedokteran EGC : Jakarta
- Wong, et al. (2009). *Wong buku ajar keperawatan pediatrik*. (alih bahasa: Andry Hartono, dkk). Jakarta. EGC.
- World Health Organization (WHO) Regional Office for South-East Asia. Comprehensive *guidelines* for prevention and control of dengue and *dengue hemorrhagic fever*. 2012
- Young, & Koopsen. (2007). *Spritualitas, kesehatan dan penyembuhan*. Medan: Bina Media Perintis.
- Zempsky, 2000; Amy et al., 2006. Relief of pain and anxiety in pediatric patients in emergency medical systems. *Journal of pediatric*, 5, (5), 114-117

Zulkoni A. *Parasitologi Untuk Keperawatan, Kesehatan Masyarakat, dan Teknik Lingkungan*. Yogyakarta: Nuha Medika; 2011



## LAMPIRAN

### 3.1 PENGKAJIAN

#### 3.1.1 Identitas Pasien

- 1) Nama anak : An.A
- 2) Tempat/tgl lahir : Bukittinggi/16 /Januari 2015
- 3) Umur : 5 Tahun
- 4) Jenis kelamin : laki-laki
- 5) Pendidikan : Belum Sekolah
- 6) TB/BB : 12,8/103 IMT : 7.57
- 7) Alamat : Mandiangin Bukittinggi
- 8) Dx medis : DHF Grade II
- 9) No. RM : 451882
- 10) Tgl masuk RS : 09-01-2020
- 11) Tanggal pengkajian : 09-01-2020

#### 3.1.2 Identitas Penanggung Jawab

1) Nama ibu : Ny. I	1) Nama ayah : Tn. H
2) Umur : 43 th	2) Umur : 45 Tahun
3) Pekerjaan : Dagang	3) Pekerjaan : Berdagang
4) Pendidikan : D3 Akutansi	4) Pendidikan : STM
5) Agama : Islam	5) Agama : Islam
6) Alamat : Mandiangin Bukittinggi	6) Alamat : Mandiangin Bukittinggi

#### 3.1.3 Keluhan Utama

Keluhan Utama Saat Pengkajian: Klien masuk ke rumah sakit karena mengeluh demam semjak 4 hari sebelum masuk rumah sakit dan mengalami mimisan .

Keadaan umum klien lemah, klien tampak pucat, konjungtiva anemis, mukosa bibir kering, CRT < 3 detik. Akral teraba hangat, Tanda–tanda vital : TD : 90/60 mmHg, HR : 88x/i, RR : 22x/i, S : 38,6°C.

### 3.1.4 Riwayat Kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang

Ibu klien mengatakan An. A mengalami demam semnjak 4 hari sebelum masuk rumah sakit . Suhu naik turun, suhu klien naik terutama saat malam hari. Ibu klien mengatakan anaknya berkeringat banyak dimalam hari, serta An. A mengalami sakit perut, dan sakit kepala.

Keadaan umum klien lemah, klien tampak pucat, konjungtiva anemis, mukosa bibir kering, CRT < 3 detik. Akral teraba hangat, Tanda-tanda vital : TD : 90/60 mmHg, HR : 88x/i, RR : 22x/i, S : 38,6°C.

2) Riwayat kesehtan dahulu

Ibu mengatakan anaknya belum pernah mengalami sakit seperti yang dialami sekarang, namun An. A pernah mengalami batuk, pilek dan demam tetapi tidak pernahdirawat di RS

3) Riwayat psikososial

a. Yang Mengasuh :

saat lahir sampai usia saat ini An. A dirawat oleh orang tuanya dan neneknya. Saat ini klien tinggal berempat (ayah, ibu , An. A dan adik).

b. Hubungan dengan anggota keluarga :

Klien bersosialisasi dengan baik dengan keluaganya. Terlihat saat nenek dan keluarga lain datang klien tampak senang.

c. Hubungan dengan teman sebaya :

Ibu klien mengatakan anaknya setiap hari bermain dengan teman sebayanya disekitar rumah, An. A anak yang aktif di lingkungan dan di rumahnya.

d. Pembawaan secara umum:

Ibu An. A merupakan anak yang mandiri, dan bertanggung jawab. An. A ialah sebagai anak pertama dari dua bersaudara.

e. Lingkungan rumah

Ibu An. A mengatakan mereka tinggal di mandiangin, dengan lingkungan tempat tinggal yang sangat bersahabat, dan dengan ikatan kekeluargaan yang kuat antara tetangganya.

### 3.1.5. Riwayat kehamilan dan kelahiran :

1) Prenatal

a. Kesehatan ibu waktu hamil

Selama kehamilan ibu mengatakan tidak ada mengalami penyakit yang serius, ibu tidak mengalami Hiper emesis gravidarum dan Pre eklamsi berat, serta tidak ada penyakit penyerta lainnya

b. Pemeriksaan kehamilan

Selama kehamilan, Ny. I rutin dalam melakukan pemeriksaan kehamilan yaitu 1 bulan sekali , diperiksa oleh bidan, atau ke puskesmas.

c. Riwayat pengobatan selama kehamilan

Ibu tidak ada mengalami sakit selama hamil, tidak ada mengkonsumsi obat yang dijual bebas, vitamin yang diberikan ada diminum.

2) intra natal

Ibu klien mengatakan Usia kehamilan saat lahir :9 bulan, cara persalinan normal, di rumah bidan ditolong oleh bidan An. A lahir tidak segerah mennagis . BBL : 2800 gr, PBL dan lingkar kepala tidak diketahui ibu, pengobatan yang didapatkan tidak ingat

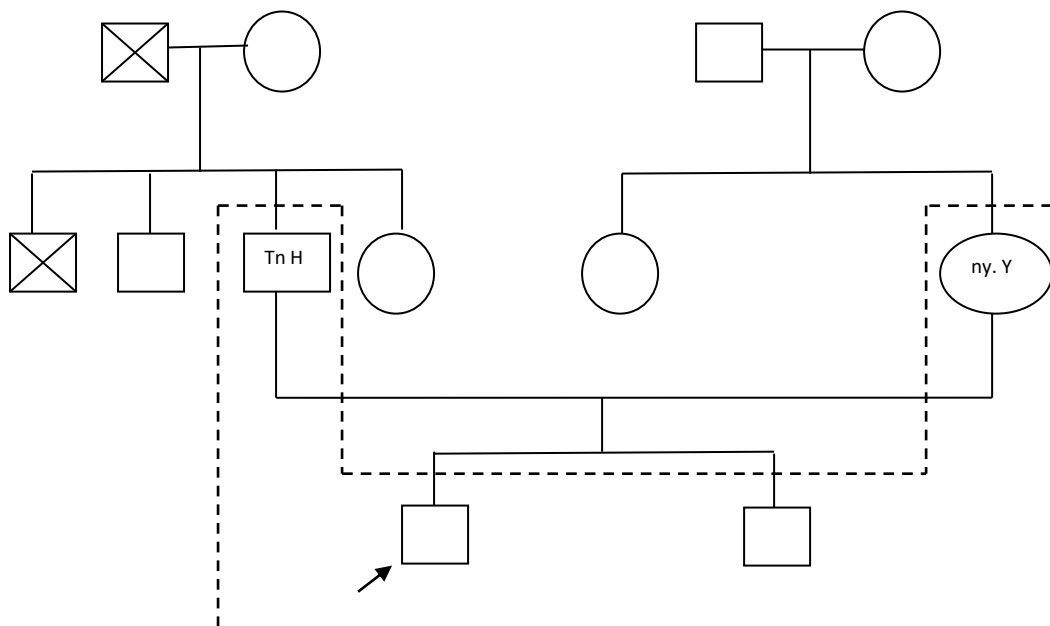
3) post natal

Cacat kongenital tidak ada, ikhterus tidak ada, kejang tidak ada, perdarahan tidak ada, trauma persalinan tidak ada

### 31.6. Riwayat masa lalu

- 1) Penyakit waktu kecil : Berdasarkan keterangan dari ibu dan ayah An. A hanya mengalami batuk pilek dan demam biasa.
- 2) Pernah dirawat dirumah sakit : Ibu klien mengatakan bahwa klien tidak pernah dirawat dirumah sakit sebelumnya
- 3) Obat-obatan yang digunakan : Ibu klien mengatakan saat klien demam klien selalu menyiapkan obat penurun panas seperti sanmol (Paracetamol).
- 4) Tindakan / operasi : Tidak ada riwayat operasi sebelumnya
- 5) Alergi : Ibu mengatakan An. A tidak mempunyai riwayat alergi makanan, obat, dan lain sebagainya.
- 6) Kecelakaan : Ibu An. A mengatakan An. A tidak ada riwayat kecelakaan sebelumnya.
- 7) Gimunisasi : Ibu klien mengatakan imunisasi anaknya lengkap.

### 3.1.7 Riwayat keluarga (disertai genogram):



**Keterangan:**

- : Laki-laki  
 ○ : Perempuan  
 ↗ : Pasien  
 | : Garis Keturunan  
 — : Garis Pernikahan  
 ⊗ : Laki-laki sudah meninggal  
 - - - - : Tinggal serumah

Ibu mengatakan keluarganya tidak ada yang sedang atau pernah menderita penyakit keturunan atau menurun dan ibu mengatakan tidak ada keluarga yang mengalami penyakit dan gejala yang sama dengan apa yang dialami pasien.

**3.1.8 Riwayat Imunisasi**

Jenis imunisasi	Usia Pemberian 0	Usia Pemberian 1	Usia Pemberian 2	Usia Pemberian 3	Usia Pemberian 4	Efek Samping
<b>BCG</b>	-	1 bulan	-	-	-	Timbulnya bentuk kulit yang menonjol/bulat di area bekas suntikan BCG
<b>Hepatitis</b>	Saat baru lahir	2 bulan	3 bulan	4 bulan	-	Anak rewel pada pemberian HB-3 disertai demam
<b>DPT</b>	-	2 bulan	3 bulan	4 bulan	-	Demam, anak rewel
<b>Polio</b>	-	1 bulan	2 bulan	3 bulan	4 bulan	demam
<b>Campak</b>	Pemberian pada usia 9 bulan					Anak rewel karena bekas suntikan

### **3.1.9 Pola kebiasaan sehari-hari**

1) Pola pemenuhan nutrisi

Ibu mengatakan An. A makan tidak teratur sebelum sakit, dan sejak sakit nafsu makan menurun namun makannya teratur 3 x sehari karena terjadwal dari rumah sakit.

2) Cairan

Ibu mengatakan An. A minum  $\pm 5-6$  gelas per hari, namun selama sakit An. A kurang minum dan hanya minum  $\pm 1$  gelas per hari.

3) Eliminasi

Ibu mengatakan sebelum sakit An. A biasanya BAB 2 hari sekali, namun sejak masuk rumah sakit sejak pukul 10:00-14:00 An. A belum ada BAB dan kebiasaan BAK An. A sebelum masuk rumah sakit sekitar 4-5x/hari berwarna kuning khas. Kebiasaan BAB dan BAK An. A dilakukan di kamar mandi sejak umur 2 tahun.

4) Istirahat dan tidur

Ibu mengatakan sebelum sakit An. A biasanya tidur  $\pm 8-10$  Jam per hari, sejak sakit An. A sering terbangun di malam hari.

5) Personal hygiene

Ibu mengatakan sebelum dirawat An. A mandi 2x sehari dengan didampingi ibunya, sejak sakit An. A hanya dilap – lap saja dengan kain basah

6) Rekreasi

Ibu mengatakan An. A adalah anak yang ceria dan gemar bermain, namun sejak dirawat di rumah sakit sebagian besar aktivitasnya hanya berbaring di tempat tidur

### **3.1.10 Pemeriksaan Fisik Head to toe**

1) **Pemeriksaan umum:**

- a Keadaan umum : sedang
- b Kesadaran : composmentis
- c GCS : 15 (E4 V5 M6)
- d BB:

e TD :90/60mmhg

f Nadi : 88x/i

g RR: 22 x/i

h S: 38,6 °c

## 2) Head to toe

### a. Kepala

. Kulit kepala bersih, tidak ada ketombe dan tidak ada lesi. Penyebaran rambut merata berwarna hitam, rambut tidak mudah patah, tidak bercabang, dan tidak ada benjolan dan tidak ada nyeri tekan

### b. Mata

Mata simetris kanan dan kiri, Konjuntiva anemis dan sclera tidak ikterik, kelopak mata/palepebra tidak ada pembengkakan. Adanya reflek cahaya pada pupil dan bentuk isokor , dan tidak ada kelainan

### c. Hidung

Tidak ada pernafasan cuping hidung, posisi septum nasal ditengah, lubang hidung bersih, tidak ada secret, tulang hidung dan septum nasi tidak ada pembengkakan dan tidak ada polip dan tidak ada nyeri tekan

### d. Telinga

Bentuk telinga, simetris kanan dan kiri. Lubang telinga bersih, tidak ada serumen berlebih serta tidak ada cairan yang keluar dari lubang telinga , pendengaran berfungsi dengan baik

### e. Bibir dan Rongga Mulut

Keadaan mukosa bibir kering dan pucat tidak ada stomatitis. Tonsil ukuran normal uvula letak simetris ditengah, gigi bersih tidak berlubang

**f. Leher**

Klien mampu memfleksi dan ekstensi lehernya, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, nyeri tekan tidak ada pada leher klien, tidak ada massa, klien mampu menelan dengan baik, tidak ada nyeri ketika menelan makanan dan minuman.

**g. Dada**

**a) Paru-paru**

I: Pergerakan dada simetris kiri dan kanan, tidak ada menggunakan otot bantu pernafasan.

P: Pergerakan dinding dada teratur, traktil fremitus sama, tidak ada oedem

P: Sonor

A: Irama pernafasan vesikuler.

**b) Jantung**

I : simetris kiri dan kanan, Ictus cordis Terlihat, tidak ada palpitasi

P : Ictus Cordis

P : Suara jantung vesikuler

A : Suara jantung terdengar S1 S2, lup dup

untuk system sirkulasi didapatkan akral hangat, CRT < 3 detik,

pemeriksaan laboratorium HBG : 14,6 gr/dl, Htc: 39,7 %, WBC

2,14 x10<sup>3</sup>/ul, Plt : 95 x10<sup>3</sup>/ul

**c) Abdomen**

I : Perut klien tampak simetris, Tidak ada bekas operasi, tidak ada lesi

A : Bising usus 12 x/menit

P : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada oedem atau masa tidak ada pembesaran hepar.

P : Tympani

Pada saat pengkajian system cairan dan elektrolit didapatkan turgor kulit An. A masih baik



### 3.1.11 Pemeriksaan penunjang

#### 1) Laboratorium

<b>Nama Pemeriksaan</b>	<b>Hasil</b>	<b>Rentang Normal</b>	<b>Tanggal Pemeriksaan</b>
HB	14,6 gr/dl	13,0 – 16,0 gr/dl	9 Januari 2020
HCT	39,7 %	40,0 – 48,0%	
WBC	2,14x 10 <sup>3</sup> /ul	5,0 – 10,0 x10 <sup>3</sup> /ul	
PLT	95 x 10 <sup>3</sup> /ul	150 – 400 x10 <sup>3</sup> /ul	
IgG	(+)		
IgM	(+)		
HB	13,9 gr/dl	13,0 – 16,0 gr/dl	10 Januari 2020
HT	37,7 %	40,0 – 48,0 %	
WBC	1,54 x10 <sup>3</sup> /ul	5,0 – 10,0 x10 <sup>3</sup> /ul	
PLT	83 x 10 <sup>3</sup> /ul	150 – 400 x10 <sup>3</sup> /ul	
IgG	(+)		
IgM	(-)		
HB	14,7 gr/dl	13,0 – 16,0 gr/dl	11 Januari 2020
HT	41,0 %	40,0 – 48,0 %	
RBC	5,17x 10 <sup>6</sup> /ul		
WBC	2,18 x10 <sup>3</sup> /ul	5,0 – 10,0 10 <sup>6</sup> /ul	
PLT	84 x 10 <sup>3</sup> /ul	150 – 400 10 <sup>3</sup> /ul	
IgG	(+)		
IgM	(-)		

### 3.1.12 Pemeriksaan tingkat perkembangan:

- 1) Kemandirian dan bergaul : pasien senang saat diajak bermain bersama, mampu menjawab pertanyaan yang diberikan, mampu bersalaman dan menjawab salam, mampu berinteraksi dan bercanda.
- 2) Motorik halus : Pasien bersalaman, pasien mampu mengambil makan dan menggambar di buku gambar.
- 3) Kognitif dan bahasa : pasien mampu menjawab salam, pasien mampu menjawab pertanyaan yang diberikan.
- 4) Motorik kasar : pasien mampu turun dari tempat tidur dan berjalan di lingkungan rawat inap.

### 3.1.16 Penatalaksanaan

- 1) Therapy obat:
- 2) Paracetamol 3 x 1 tab 500 mg
- 3) Ranitidine 3 x 50 mg
- 4) Inf.Asering 500 ml tts 100 cc/jam

### DATA FOKUS

Data Objektif	Data Subjektif
<ol style="list-style-type: none"><li>1) An. A tampak demaM S 38,6°C</li><li>2) An. A tampak lemah dan pucat</li><li>3) Mukosa bibir tampak kering</li><li>4) Kulit An.A teraba hangat</li><li>5) Akral teraba hangat</li><li>6) CRT &lt; 3 s</li><li>7) BB : 12,8 kg, TB: 103 cm IMT : 7,57(Gizi Kurang )</li><li>8) An. A tampak kurus</li><li>9) Balanance Cairan: -210 cc</li><li>10) TTV: TD: 90/60 mmHg RR : 22x/i N : 88x/i Suhu : 38,6°C , bersifat fluktuatif</li></ol>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ibu mengatakan An. A mengalami demam dimalam hari, sehingga mengakibatkan An. A berkeringat banyak.</li><li>- Ibu mengatakan: anaknya mengalami mimisan 4 hari sebelum masuk rumah sakit dan hanya satu kali</li><li>- Ibu mengatakan An. A, mengalami, mual muntah, kepala pusing, perutnya terasa sakit dan badan terasa lemas.</li><li>- Ibu mengatakan anaknya panas nya naik turun, dan perut terasa sakit, nafsu makan menurun.</li><li>- Ibu mengatakan berat badan anaknya turun 1 kg semenjak sakit 4 hari yang lalu. BB sebelumnya 13,5 kg .</li><li>- Ibu mengatakan anak belum ada BAB sejak</li></ul>

<p>11) Pemeriksaan laboratorium (9 – 01-2020):</p> <p>a Hb: 14,6 gr/dl</p> <p>b Ht: 39,7 %</p> <p>c WBC: 2,14 10<sup>3</sup>/ul</p> <p>d Plt: 95 10<sup>3</sup>/ul</p> <p>12) keluarga pasien tampak cemas dengan keadaan anaknya</p> <p>13) Keluarga pasien selalu menanyakan keadaan anaknya</p> <p>14) Keluarga pasien mengatakan ini merupakan pertaman kali An. A masuk rumah sakit</p> <p>15) An. A tampak cemas jika ada perawat atau mahasiswa praktek masuk ruangnya</p> <p>16) An. A selalu menjerit kesakitan dan menolak tindakan invasif pengambilan darah vena untuk pemeriksaan lab</p> <p>P : nyeri di akibatkan oleh tindakan invasif pengambilan darah vena</p> <p>Q : nyeri seperti tertusuk benda tajam</p> <p>R : nyeri ditangan kiri dan kanan</p> <p>S : Skala nyeri 7</p> <p>T : pada saat dilakukan pengambilan darah vena ( disaat jarum masuk kedalam kulit sampai jarum dicabut kembali kurang lebih 30 detik )</p>	<p>MRS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu mengatakan porsi makan anaknya hanya mampu dihabiskan ¼ porsi makan. Lebih banyak mengkonsumsi buavita rasa jambu biji dan buah-buahan.</li> <li>- Ibu An.A mengatakan An. A selalu ketakutan saat perawat masuk ruangan</li> <li>- Ibu An. A mengatakan An.A selalu menolak tindakan pengambilan darah untuk pemeriksaan lab</li> <li>- Ibu mengatakan bahwa dirinya cemas dengan kondisi anak yang sebelumnya mimisan dan disertai demam .</li> <li>- Keluarga mengatakan dia takut dengan keadaan anaknya sekarang</li> </ul>
---	--

**ANALISA DATA**

No	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
1	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu mengatakan An. A mengalami demam sejak 4 hari sebelum masuk Rs</li> <li>- Ibu mengatakan An. A demam di malam hari dan berkeringat banyak</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An .A demam S 38.6°C</li> <li>- Kulit terasa hangat</li> <li>- Mukosa bibir kering</li> <li>- Anak tampak lemah</li> <li>- Pemeriksaan laboratorium</li> </ul> <p>WBC: 2,14 10<sup>3</sup>/ul (5,0 – 10,0 10<sup>3</sup>/ul)</p>	Proses inflamasi	Hipertermi

2	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu mengatakan An.A mengalami demam, kepala pusing, dan badan terasa lemas.</li> <li>- Ibu mengatakan An. A berkeringat banyak di malam hari,</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An.A Tampak lemah dan pucat</li> <li>- Mukosa bibir An.A tampak kering</li> <li>- TTV: <ul style="list-style-type: none"> <li>TD: 90/60 mmHg</li> <li>RR : 22x/i</li> <li>N : 88x/i</li> <li>Suhu : 38,6<sup>0</sup>C, bersifat fluktuatif</li> </ul> </li> <li>- Pemeriksaan laboratorium: <ul style="list-style-type: none"> <li>Ht: 39,7 % ( 40,0 – 48,0 %)</li> </ul> </li> <li>- Balance Cairan (input-output ) <ul style="list-style-type: none"> <li>Input: oral (1500 cc) + Paranteral (600 cc) = 2100 CC</li> <li>Output: urin (2000 cc) + IWL (310 cc/kg/jam) = 2310</li> <li>Balannce Cairan: -210 cc</li> </ul> </li> </ul>	kehilangan cairan aktif	Hipovolemia
3.	<p>DS:</p> <p>Ibu An. A mengatakan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anaknya mengalami mimisan 4 hari sebelum masuk rumah sakit dan hanya sekali</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- anak tampak lemah dan pucat</li> <li>- Mukosa bibir tampak kering</li> <li>- Pemeriksaan laboratorium: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plt: 95 x 10<sup>3</sup>/ul (150 – 400 10<sup>3</sup>/ul)</li> </ul> </li> </ul>	Gangguan Koagulasi (Tombositopenia)	Resiko Perdarahan
4.	<p>DS:</p> <p>Ibu An.A mengatakan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– berat badan anaknya turun 1 kg semenjak sakit 4 hari yang lalu, sebelumnya 13,5 kg</li> <li>– mual muntah,</li> <li>– perutnya terasa sakit dan badan terasa lemas.</li> <li>– nafsu makan menurun.</li> </ul> <p>DO:</p>	Peningkatan kebutuhan metabolisme	Defisit Nutrisi

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak anak lemah dan pucat</li> <li>- Mukosa bibir tampak kering</li> <li>- Tampak anak hanya menghabiskan ¼ porsi makanan berat</li> <li>- An. A tampak kurus</li> <li>- BB : 12,8 kg, TB: 103 cm (BB kurang ) IMT</li> <li>- Pemeriksaan laboratorium: Hb: 14,6 gr/dl( 13,0 – 16,0 gr/dl</li> </ul>		
5	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu An.A mengatakan An. A selalu ketakutan saat perawat masuk ruangan</li> <li>- Ibu An. A mengatakan An.A selalu menolak tindakan pengambilan darah</li> </ul>	<p>Agen pencederahan fisik</p>	<p>Nyeri</p>

	<p>untuk pemeriksaan lab</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An. A selalu menjerit kesakitan dan menolak tindakan invasif pengambilan darah vena untuk pemeriksaan lab</li> <li>❖ P : nyeri di akibatkan oleh tindakan invasif pengambilan darah vena</li> <li>❖ Q : nyeri seperti tertusuk benda tajam</li> <li>❖ R : nyeri ditangan kiri dan kanan</li> <li>❖ S : Skala nyeri 7</li> <li>❖ T : pada saat dilakukan pengambilan darah vena ( dimuali pada saat jarum masuk kedalam kulit sampai jarum dicabut kembali sekitar 30 detik )</li> </ul>		
6.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga pasien selalu menanyakan bagaimana keadaan anak nya</li> <li>- keluarga mengatakan takut dengan keadaan anaknya</li> <li>- ibu mengatakan ini merupakan pertama kalinya anaknya masuk rumah sakit</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- keluarga pasien tampak cemas dengan keadaan anaknya</li> <li>- Keluarga An. A tampak sering bertanya pada petugas kesehatan mengenai keadaan anaknya</li> </ul>	Kurang terpapar informasi	Ansietas

### 3.2 Diagnosa Keperawatan

1. Hipertermi b.d proses implamasi
2. Hipovolemia b.d kehilangan cairan aktif
3. Risiko perdarahan b.d gangguan koagulasi (trombositopenia)
4. Defisit nutrisi b.d peningkatan kebutuhan metabolisme
5. Nyeri b.d Aen pencederahan fisik
6. Ansietas b.d kurang terpapar informasi



### 3.3 Rencana Keperawatan

No	SDKI	SLKI	SIKI
1	<p>Hipertermi b.d proses inflamasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An .A demam S 38.6°C</li> <li>- Kulit terasa hangat</li> <li>- Mukosa bibir kering</li> </ul>	<p>Setelah diberikan intervensi selama 3 x 24 jam , maka termoregulasi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Termoregulasi membaik S 36.5°C-37.5°C</li> <li>- Mukosa bibir kembali lembap</li> <li>- Status cairan membaik</li> </ul>	<p><b>Manajemen hipertermi</b></p> <p><i>Obeservasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor suhu tubuh</li> <li>- Monitor penyebab hipertermi ( dehidrasi )</li> <li>- Monitor haluaran urine</li> </ul> <p><i>Teraupetik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Longgarkan atau lepaskan pakaian anak</li> <li>- Berikan cairan oral</li> <li>- Lakukan kompres hangat</li> </ul> <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan tirah baring</li> </ul> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian antiperitik</li> <li>- Kolaborasi pemberian cairan intravena</li> </ul>
2.	<p>Hipovolemia b.d kehilangan cairan aktif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Membran mukosa kering</li> <li>- Lemah dan pucat</li> <li>- Hematokrit menurun</li> </ul>	<p>Setelah diberikan intervensi selama 3 x 24 jam, maka status cairan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perasaan lemah menurun</li> <li>- Membran mukosa membaik</li> <li>- Ht membaik ( 40,0 – 48,0 %)</li> </ul>	<p><b>Manajemen Cairan</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor status hidrasi</li> <li>- Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</li> </ul>



	<p>Ht: 39,7</p> <p>- Volume urine menurun (-210 cc)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan darah membaik Sistol 107-113 mmhg diasto 69-73</li> <li>- Suhu tubuh membaik S 36.5°C-37.5°C</li> <li>- Intake cairan membaik</li> </ul>	<p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Catat input-output dan hitung balance cairan 24 jam</li> <li>- Berikan asupan cairan sesuai kebutuhan</li> <li>- Berikan cairan intravena</li> </ul> <p><i>Kolaborasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian therapy</li> <li>- Kolaborasi pemberian cairan intra vena</li> </ul>
3.	<p>Risiko perdarahan b.d gangguan koagulasi (trombositopenia)</p> <p>Mimisan satu kali 4 hari sebelum masuk rumah sakit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lemah dan pucat</li> <li>- Plt: 95 10<sup>3</sup>/</li> </ul>	<p>Setelah diberikan intervensi selama 3x 24 jam , maka tingkar perdarahan menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemoglobin membaik : 13,0 – 16,0 gr/dl :</li> <li>- Tekanan darah mebaik membaik Sistol 107-113 mmhg diasto 69-73</li> <li>- Trombosit membaik (150 – 400 10<sup>3</sup>/ul)</li> <li>- Tekanan darah membaik</li> <li>- Suhu tubuh membaik S 36.5°C-37.5°C</li> </ul>	<p><b>Pencegahan Perdarahan</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tanda dan gejala perdarahan</li> <li>- Monitor nilai Hb, Plt,</li> <li>- Monitor koagulasi</li> </ul> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertahankan bed rest</li> <li>- Batasi tindakan invasif</li> </ul> <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tanda dan gejala perdarahan</li> <li>- Anjurkan meninggakan asupan cairan</li> <li>- Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vit.K</li> <li>- Anjurkan untuk seger malapor jika terjadi perdarahan</li> </ul> <p><i>Kolaborasi</i></p>

			- Kolaborasi pemberian therapy
4.	<p>Risiko defisit nutrisi b.d peningkatan kebutuhan metabolisme</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- IMT :</li> <li>- Badan tampak kurus</li> <li>- Penurunan nafsu makan</li> <li>- Mual muntah</li> <li>- Lemah dan pucat</li> </ul>	<p>Setelah diberikan intervensi selama 3x 24 jam, maka status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Porsi makan dihabiskan</li> <li>- Perasaan cepat kenyang menurun</li> <li>- Berat badan membaik</li> <li>- IMT membaik</li> <li>- Nafsu makan membaik</li> <li>- Membran mukosa membaik</li> </ul>	<p><b>Manajemen Nutrisi</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi status nutrisi</li> <li>- Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</li> <li>- Identifikasi makanan yang disukai</li> <li>- Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi</li> <li>- Monitor asupan makanan</li> <li>- Monitor berat badan</li> <li>- Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</li> </ul> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</li> <li>- Berikan makana tinggi serat untuk mencegah konstipasi</li> </ul> <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajarkan diet yang diprogramkan</li> </ul> <p><i>Koalaborasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi dalam pemberian therapy dan ahli gizi</li> </ul>

5	<p>Nyeri b.d agen pencederaan fisik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nyeri skala 7</li> <li>- An. A menolak tindakan infasif</li> <li>- An. A tampak menjerit saat dilakuakn tindakan invasif</li> </ul>	<p>Setelah diberikan intervensi selama 1 x 30 menit, maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Control nyeri membaik</li> <li>- Skala nyeri (tidak nyeri-nyeri ringan 0-3 )</li> <li>- Status kenyamanan membaik</li> </ul>	<p><b>Manajemen Nyeri</b></p> <p><i>Observasi :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</li> <li>- Identifikasi skala nyeri</li> <li>- Identifikasi respon nyeri verbal dan non verbal</li> <li>- Identifikasi faktor yang dapat memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>- Monitor terapi distraksi audiovisual yang diberikan</li> </ul> <p><i>Traupetik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan tehnik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. Hipnosis, akupuntur, terapi pijat, terapi music dan audiovisual )</li> <li>- Control lingkungan yang dapat memperberat rasa nyeri (mis, suhu, pencahayaan dan kebisingan )</li> <li>- Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemeliharaan strategi meredakan nyeri.</li> </ul> <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan penyebab dan priode nyeri</li> <li>- Jelaskan strategi pereda nyeri</li> <li>- Anjurkan tehnik non farmakologis untuk peredah nyeri</li> </ul> <p><i>Kolaborasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi dalam pemberian analgetik jika diperlukan</li> </ul>
---	--	---	---

6	<p>Ansietas b.d kurang terpapar informasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kelurga sering bertanya mengenai penyakit yang diderita anaknya</li> <li>- Keluarga tampak cemas</li> <li>- Keluarga mengatakan ini merupakan pertama kali anaknya masuk rumah sakit</li> </ul>	<p>Setelah diberikan intervensi selama 3x 1 jam, maka ansietas mulai teratasi</p> <p>dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkat pengetahuan meningkat (keluarga mengetahui tentang penyakit yang diderita anaknya )</li> <li>2. Proses informasi baik</li> </ol>	<p><b>Reduksi ansietas :</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (misal:kondisi, waktu)</li> <li>- Monitor tanda-tanda ansietas</li> </ul> <p><i>Teraupetik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ciptakan suasana teraupetik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>- Temani pasien untuk mengurangi kecemasan</li> <li>- Pahami situasi yang membuat ansietas</li> <li>- Gunakan pendekatan yang tenang dan menyakinkan</li> </ul> <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan keluarga untuk tetap bersama klien</li> <li>- Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</li> <li>- Latih teknik relaksasi</li> </ul> <p><i>Kolaborasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi dalam pemberian therapy</li> </ul>
---	--	---	---

### 3.4 Implementasi dan Evaluasi

HARI/ TGL	SDKI	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI
Kamis, 9/1/2020	Hipertermi b.d proses inflamasi	15:45	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor suhu tubuh Melakukan pemeriksaan suhu tubuh di aksila diadaptkan suhu tubuh demam S 38,2°C</li> <li>2. Monitoring hasil lab WBC: 2,14 10<sup>3</sup>/ul</li> <li>3. leukosit An. A rendah ini dapat menyebabkan tubuh mudah terinfeksi bakteri</li> <li>4. melonggarkan pakaian An.A saat An. A demam</li> <li>5. Melakukan kompres hangat pada temporalis dan aksila An.A</li> <li>6. Memberikan cairan oral pada An. A sebanyak 4 gelas / 1200 cc dari jam 14:00-20 :00</li> <li>7. Menganjurkan ibu untuk mempertahankan tirah baring pada An. A agar energy anak tidak terbuang sehingga anak tidak letih</li> <li>8. Menganjurkan ibu An. A untuk sering memberi anaknya minum karena bisa jadi demam diakibatkan oleh kurangnya minum atau hedrasi</li> <li>9. Berkolaborasi dengan tim medis pemberian Pacacetamol 500 mg x 3 sehari mellaui oral</li> </ol>	<p><b>Subjektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ibu mengatakan An. A Masih demam</li> <li>2. Ibu mengatakn An. A tidak mau minum</li> </ol> <p><b>Objektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. An. A masih demam S 38,2°C</li> <li>2. WBC: 2,14 10<sup>3</sup>/ul</li> <li>3. An. A masih lemah</li> <li>4. Mukosa bibir A. A tampak kering</li> <li>5. An. A tampak tirah baring</li> <li>6. Akral teraba hangat</li> </ol> <p><b>Analisis :</b> Hipertermi belum teratasi</p> <p><b>Planning:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertahankan tirah baring</li> <li>2. Beri kompers hangat pada saat demam</li> <li>3. Longgarkan pakaian anak saat anak demam</li> <li>4. Anjurkan minum sedikit tapi sering</li> </ol>
	Hipovolemia b.d kehilangan cairan aktif	16.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan monitoring status hidrasi Memeriksa tanda dan gejala hipovolemik, membran mukosa bibir klien kering, klien tampak lemah ,hematocrit mengalami penurunan, dari hasil laboratorium klien hematokrit klien 39,7 %</li> </ol>	<p><b>Subjektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ibu mengatakan anaknya tidak mau minum dan hanya minum sedikit</li> <li>2. Ibu mengatakan suhu tubuh anak masih naik turun</li> <li>3. Ibu memngatakan anak masih lemas</li> </ol>

		16. 25	<p>2. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital TD: 110/70 mmHg N: 85 x/i RR: 20 x/i S: 38,2<sup>0</sup>C</p> <p>3. melakukan hitung balance cairan Input: oral (600 cc) + Parantral (600 cc) Input: 1200 cc Urin: 1100 cc + IWL: 143 cc/kg/jam Output: 1243 cc Balannce Cairan: -43cc</p>	<p><b>Objektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak letih</li> <li>2. Mukosa bibir kering</li> <li>3. Balance Cairan -43 cc</li> <li>4. TTV TD: 110/70 mmHg N: 85 x/i RR: 20 x/i S: 38,2<sup>0</sup>C</li> <li>5. hematokrit klien mengalami penurunan 39,7 %</li> </ol>
		18.00	<p>4. Memberikan asupan cairan oral, sebanyak 4 gelas dari jam 14.00-20:00, 1200 cc</p>	<p><b>Analisa :</b> hipovolemia belum teratasi</p>
		18. 20	<p>5. menganjurkan ibu untuk tetap memberikan cairan sesuai kebutuhan tubuh anak sekitar 2400 cc / 24 jam ( 8 gelas )</p>	<p><b>Planning:</b> intervensi dilanjutkan;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. monitoring tanda-tanda vital pasien,</li> <li>2. monitoring balance cairan</li> <li>3. monitoring tanda-tanda dehidrasi.</li> <li>4. Monitoring hasil Pemeriksaan laboratorium</li> <li>5. Pemantauan asupan cairan Kolaborasi pemberian therapy obat</li> <li>6. Edukasi kepada keluarga untuk pemberian cairan yang cukup</li> </ol>
		18. 25	<p>6. melakukan kolaborasi pemberian therapy cairan infus Asering</p>	
	Risiko perdarahan b.d gangguan koagulasi (trombositope	16.00	<p>1.melakukan monitoring apakah an.A masih mengalami mimisan (<i>epistaksis</i>) dan memonitor tanda seta gejala pendarahan (perdarahan pada hidung / mimisan, petekie)</p>	<p><b>Subjektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ibu mengatakan anaknya hanya mengalami 1 kali mimisan 4 hari sebelum masuk rumah sakit dan selama dirumah sakit anaknya tidak ada mengalami mimisan namun masih</li> </ol>

	nia)	<p>16.15</p> <p>16.20</p> <p>16.40</p>	<p>2.Melakukan analisa hasil laboratorium darah</p> <p>3.Plt: <math>95 \times 10^3/\text{ul}</math> dimana Trombosit An. A mengalami penurunan <math>150-400 \times 10^3/\text{ul}</math></p> <p>4.Menganjurkan an.A untuk tetap bed rest total</p> <p>5.Menganjurkan ibu untuk memberikan anak asupan cairan yang cukup,</p> <p>6.Menjelaskan tanda dan gejala perdarahan ( tanda gejala perdarahan yaitu mimisan,feses berwarna hitam, gusi berdarah ada peteke ditangan atau kaki )</p> <p>7.Menganjurkan ibu untuk melaporkan ke perawat jika an.A kembali mimisan kembali atau BAB berdarah serta muntah berdarah</p> <p>8.Melakukan Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu (tidak ada diberikan obat)</p>	<p>mengalami demam dan mual serta muntah</p> <p><b>Objektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. An.A tampak bed rest</li> <li>2. an.A tampak pucat dan lemah</li> <li>3. petekie (-)</li> <li>4. gusi berdarah (-),</li> <li>5. Hasil pemeriksaan laboratorium Plt <math>95 \times 10^3/\text{ul}</math></li> </ol> <p><b>Analisis :</b> Resiko perdarahan belum teratasi</p> <p><b>Planning :</b> intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. monitoring tanda-tanda pendarahan</li> <li>2. Mempertahankan bedrest</li> <li>3. Monitoring hasil labor Pemeriksaan laboratorium</li> </ol>
	Nyeri b.d agen pencederaan fisik		<p>1. mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</p> <p>P : Nyeri timbul saat dilakukan tindakan invasif (pengambilan darah vena )</p> <p>Q : Nyeri seperti ditusuk benda tajam</p> <p>R : Nyeri dibagian sisi dalam lepatan siku</p> <p>S : Skala nyeri 7 (menggunakan skala nyeri wajah)</p> <p>T : nyeri dirasakan pada saat jarum sudah masuk ke dalam kulit sampai jarum</p>	<p><b>Subjektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ibu An. A mengatakan An. A selalu menangis saat akan diambil darah</li> <li>2. Ibu An.A mengatakan An.A selalu takut dan cemas saat ada petugas kesehatan masuk kedalam kakam rawatan</li> <li>3. Ibu An. A mengatakan An.A menolak untuk dilakukan pengambilan darah kembali</li> </ol> <p><b>Objektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. An. A tampak menangis dan menjerit saat</li> </ol>

			<p>dikeluarkan kembali kurang lebih 30 detik )</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. mengidentifikasi respon nyeri verbal dan non verbal anak tampak menarik tangan dari petugas saat dilakukan pengambilan darah</li> <li>3. mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemeliharaan strategi meredakan nyeri.</li> <li>4. Membertimbangkan batasan nyeri pada anak sebelum diberikan teknik distraksi audio visual</li> <li>5. Jelaskan strategi pereda nyeri</li> <li>6. menjelakan kepada keluarga teknik supaya anak bisa teralihkan dari nyeri saat pengambilan darah vena seperti teknik audio visual, teknik pelukan</li> </ol>	<p>dilakukan tindakan invasif (pengambilan darah vena )</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. An. A tampak cemas saat ada petugas kesehatan datang untuk memeriksa</li> <li>3. Anak tampak menolak tindakan invasif</li> </ol> <p><b>Analisa :</b> Nyeri akut belum teratasi</p> <p><b>Planning</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. manajemen nyeri</li> <li>2. Ciptakan lingkungan yang nyaman saat An. A akan dilakukan tindakan Invasif</li> <li>3. Berikan teknik nonfarmakologis Teknik Distraksi Audio Visual</li> </ol>
defisit nutrisi b.d peningkatan kebutuhan metabolisme	17.00	17.10	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi alergi, klien tidak ada alergi terhadap obat maupun makanan</li> <li>2. Melakukan pemantauan asupan nutrisi an.A; An.A hanya menghabiskan ¼ porsi makanannya, nafsu makan menurun, serta an.A tampak pucat.</li> <li>3. Mengidentifikasi kebutuhan kalori yang harus dipenuhi oleh tubuh an.A Diet makan yang harus dipenuhi jenis diet MBTKTP (makanan berat tinggi kalori tinggi protein)</li> <li>4. Melakukan analisa hasil Pemeriksaan laboratorium Hb: 14,6 gr/dl ( dalam batas normal 13-16gr/</li> </ol>	<p><b>Subjektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ibu mengatakan anaknya hanya menghabiskan ¼ porsi makan,</li> <li>2. nafsu makan anaknya menurun.</li> <li>3. Ibu mengatakan An. A sering muntah sehabis makan</li> </ol> <p><b>Objektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• An. A tampak pucat</li> <li>• An. A tampak letih,</li> <li>• BB:12,8, TB 103 cm IMT : 7,57 (BB kurang)</li> <li>• An. A tampak hanya menghabiskan ¼ porsi makannya</li> <li>• An. A Tampak kurus</li> </ul>
	17.15			



			<p>dl)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Mengajukan Ibu untuk meningkatkan asupan nutrisi an.A serta mengajukan untuk memberi An. A makan sedikit tapi sering, karena An. A sering muntah sehabis makan.</li> <li>6. Berkolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian makanan yang tinggi protein dan tinggi serat supaya tidak terjadi konstipasi</li> </ol>	<p><b>A:</b> defisit nutrisi belum teratasi</p> <p><b>P:</b> intervensi dilanjutkan;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Melakukan pemantauan asupan nutrisi an.A</li> <li>• Kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian makanan tinggi protein dan serat</li> <li>• Mengajukan ibu untuk memberi An A makan sedikit tapi sering</li> <li>• Monitoring BB an.A</li> </ul>
	Ansietas b.d kurang terpapar informasi	<p>17.20</p> <p>17.25</p> <p>17.30</p> <p>18.00</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan pendekatan pada ibu an.A untuk mencari tahu tingkat kecemasan yang dirasakannya terhadap kondisi anaknya.</li> <li>2. Menumbuhkan tingkat kepercayaan sang ibu bahwa kondisi anaknya akan segera pulih</li> <li>3. Menjelaskan kepada ibu bahwa sakit yang dialami anaknya akan segera pulih jika asupan makanan dan cairan bisa tercukupi serta mengkonsumsi obat yang dianjurkan dokter.</li> <li>4. Mengajukan sang ibu untuk selalu menemani anaknya</li> </ol>	<p><b>Subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ibu An.A mengatakan cemas mengapa anaknya belum pulih</li> <li>• ibu An. A mengatakan tidak mengetahui tentang penyakit An. A</li> <li>• Ibu mengatakan ini pertama kalinya An. A masuk rumah sakit dan mengalami sakit seperti ini.</li> </ul> <p><b>Objektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga pasien tampak cemas dengan keadaan anaknya</li> <li>• keluarga terlihat sering bertanya mengapa anaknya belum membaik</li> </ul> <p><b>Assasment:</b> Ansietas belum teratasi</p> <p><b>P:</b>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memberi informasi tentang perkembangan An.A selanjutnya</li> <li>• Memberikan informasi yang dapat</li> </ul>

				<p>menenangkan mengurangi kecemasan keluarga</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Memberikan pendkes tentang dhf dan lingkungan yang sehat</li></ul>
--	--	--	--	---

HARI/ TGL	SDKI	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI
Jum'at, 10/1/ 2020	Hipertermi b.d proses implamasi	05:00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor suhu tubuh Melakukan pemeriksaan suhu tubuh di aksila diadaptkan suhu tubuh demam S 37,8°C</li> <li>2. Monitoring hasil lab WBC: <math>1,54 \times 10^3/\text{ul}</math> leukosit An. A rendah ini dapat menyebabkan tubuh mudah terinfeksi bakteri</li> <li>3. melonggarkan pakaian An.A saat An. A demam</li> <li>4. Melakukan kompres hangat pada temporalis dan aksila An.A</li> <li>5. Memberikan cairan oral pada An. A sebanyak 4 gelas / 1200 cc dari jam 14:00-20 :00</li> <li>6. Mengingatkan kembali ibu untuk mempertahankan tirah baring pada An. A agar energy anak tidak terbuang sehingga anak tidak letih</li> <li>7. Mengingatkan kembali n ibu An. A untuk sering memberi anaknya minum karena bisa jadi demam diakibatkan oleh kurangnya minum atau hedrasi sebanyak 2400 ( 8 gelas) cc/24 jam</li> <li>8. Berkolaborasi dengan tim medis pemberian Pacetamol 500 mg x 3 sehari mellalui oral</li> </ol>	<p><b>Subjektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ibu mengatakan demam anaknya naik turun</li> <li>2. Ibu mengatakn An. A mau minum walau sedikit sedikit</li> </ol> <p><b>Objektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. An. A masih demam S 37,8°C</li> <li>2. WBC: <math>1,54 \times 10^3/\text{ul}</math></li> <li>3. An. A masih lemah</li> <li>4. Mukosa bibir A. A tampak kering</li> <li>5. An. A tampak tirah baring</li> </ol> <p><b>Assasment:</b> Hipertermi teratasi sebagian</p> <p><b>Planning:</b> iintervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertahankan tirah baring</li> <li>2. Beri komperes panas saat demam</li> <li>3. Longgarkan pakaian anak saat anak demam</li> <li>4. Anjurkan minum sedikit tapi sering</li> </ol>
	Hipovolemia b.d kehilangan cairan aktif	05.00  09.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan monitoring status hidrasi Memeriksa tanda dan gejala hipovolemik, membran mukosa bibir klien kering, klien tampak lemah ,hematocrit mengalami penurunan, dari hasil laboratorium klien</li> </ol>	<p><b>Subjektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ibu mengatakan An. A sudah mau minum namun sedikit- sedikit</li> <li>2. ibu mengatakan panas tubuh anaknya sudah turun</li> </ol>

		<p>05.30</p> <p>06.00</p> <p>06.20</p>	<p>hematokrit klien 37,7 % Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital TD: 100/80 mmHg N: 88 x/i RR: 29 x/i S: 37,7°C</p> <p>2. melakukan hitung balance cairan Input: oral (1300 cc) + Paranteral (500 cc) Input= 1800 cc Urin: 1000 cc + IWL: 860 cc/kg/jam Output: 1860cc Balannce Cairan: -60 cc</p> <p>3. Memberikan asupan cairan oral, sebanyak 4 gelas dari jam 14.00-20:00, 1200 cc</p> <p>4. menganjurkan ibu untuk tetap memberikan cairan sesuai kebutuhan tubuh anak sekitar 2400 cc / 24 jam ( 8 gelas )</p> <p>5. melakukan kolaborasi pemberian therapy cairan infus Asering</p>	<p>3. ibu mengatakan An. A masih tampak letih</p> <p><b>Objektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. An. A masih tampak letih</li> <li>2. Mukosa bibir kring</li> <li>3. Balannce Cairan: -60 cc</li> <li>4. hematokrit klien 37,7 %</li> <li>5. tanda-tanda vital TD: 100/80 mmHg N: 88 x/i RR: 29 x/i S: 37,7°C</li> </ol> <p><b>Assasment:</b> hipovolemia belum teratasi</p> <p><b>Planning :</b>intervensi dilanjutkan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. pemantauan status hedrasi</li> <li>2. pemantauan hasil lab</li> <li>3. Pemantauan suhu tubuh</li> <li>4. Pemantauan asupan cairan harus ditingkatkan dan balance cairan</li> <li>5. Menganjurkan An.A untuk minum sedikit tapi sering</li> <li>6. Kolaborasi pemberian cairan IV line</li> </ol>
--	--	--	--	--

	Risiko perdarahan b.d gangguan koagulasi (trombositopenia)	05.30  09.00     06.30  06.35   06.40	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. melakukan monitoring apakah an.A masih mengalami mimisan (<i>epistaksis</i>) dan memonitor tanda seta gejala pendarahan (perdarahan pada hidung / mimisan, petekie)</li> <li>2. Melakukan analisa hasil laboratorium darah Plt: : <math>83 \times 10^3/\text{ul}</math> dimana Trombosit An. A mengalami penurunan ( nilai normal 150-400 <math>10^3/\text{ul}</math> )</li> <li>3. Menganjurkan an.A untuk tetap bed rest total</li> <li>4. Mengingatkan kembali ibu untuk memberikan anak asupan cairan yang cukup,</li> <li>5. Menjelaskan tanda dan gejala perdarahan ( tanda gejala perdarahan yaitu mimisan,feses berwarna hitam, gusi berdarah ada peteke ditangan atau kaki )</li> <li>6. Mengingatkan kembali ibu untuk melaporkan ke perawat jika an.A kembali mimisan kembali atau BAB berdarah serta muntah berdarah</li> <li>7. Melakukan Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu (tidak ada diberikan obat)</li> </ol>	<p><b>Subjektif:</b> Ibu mengatakan anaknya tidak pernah mengalami mimisan selama dirumah sakit</p> <p><b>Objektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. An.A tampak bed rest</li> <li>2. an.A tampak pucat dan lemah</li> <li>3. petekie (-)</li> <li>4. gusi berdarah (-),</li> <li>5. Hasil pemeriksaan laboratorium <math>83 \times 10^3/\text{ul}</math></li> </ol> <p><b>Analisis :</b> Resiko perdarahan teratasi sebagian <b>Planning :</b> intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. monitoring tanda-tanda pendarahan</li> <li>2. Mempertahankan bedrest</li> <li>3. Monitoring hasil labor Pemeriksaan laboratorium</li> </ol>

<p>Risiko defisit nutrisi b.d peningkatan kebutuhan metabolisme</p>	06.35	1. Melakukan pemantauan asupan nutrisi an.A; An.A sudah menghabiskan menghabiskan 1/2 porsi makanannya, nafsu makan sudah meningkat	<p><b>Subjektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ibu mengatakan anaknya sudah menghabiskan ½ porsi makan</li> <li>ibu mengatakan nafsu makan ananya sudah naik</li> <li>Ibu klien mengatakan klien tidak ada muntah</li> </ol> <p><b>Objektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>An. A masih tampak letih</li> <li>An. A tampak kurus</li> <li>BB : 13kg TB : 103 cm</li> <li>IMT : 7,60 9 ( Gizi Kurang )</li> <li>Hb: 13,9 gr/dl</li> <li>Ht: 37,7 %</li> <li>TTV TD: 100/80 mmHg N: 88 x/i RR: 29 x/i S: 37,7°C</li> </ol> <p><b>A:</b> defisit nutrisi belum teratasi</p> <p><b>P:</b> intervensi dilanjutkan;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Melakukan pemantauan asupan nutrisi an.A</li> <li>Melakukan analisa hasil Pemeriksaan laboratorium</li> <li>Monitoring BB an.A</li> </ol>
	06.45	2. Mengidentifikasi kebutuhan kalori yang harus dipenuhi oleh tubuh an.A, jenis diet MBTKTP (makanan berat tinggi kalori tinggi protein)	
	09.00	3. Melakukan analisa hasil laboratorium darah Hb: 13,9 gr/dl Ht: 37,7 %	
	06.45	4. Mengingatkan kembali ibu untuk tetap mempertahankan memberi anak makan sedikit tapi sering	

	Nyeri faktor fisiologis	b.d	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri  P : Nyeri timbul saat dilakukan tindakan invasif (pengambilan darah vena )  Q : Nyeri seperti ditusuk benda tajam  R : Nyeri dibagian sisi dalam lepatan siku  S : Skala nyeri 7 (menggunakan skala nyeri wajah)  T : nyeri dimulai pada saat jarum dimasukan kedalam kulit sampai ajrum dicabut kembali lamanya kurang lebih 30 detik</li> <li>2. mengidentifikasi respon nyeri verbal dan non verbal anak tampak menarik tangan dari petugas saat dilakukan pengambilan darah</li> <li>3. mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemeliharaan strategi meredakan nyeri.</li> <li>4. Membertimbangkan batasan nyeri pada anak sebelum diberikan teknik distraksi audio visual</li> <li>5. Jelaskan strategi pereda nyeri menjelakan kepada keluarga teknik supaya anak bisa teralihkan dari nyeri saat pengambilan darah vena seperti teknik audio visual, teknik pelukan</li> <li>6. memberikan teknik distraksi audio visual ( film kartun Mr. Bean )</li> </ol>	<p><b>Subjektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ibu An. A mengatakan An. A sudah sedikiit lebih tenang saat pengambilan darah namun masih menangis</li> <li>2. Ibu An. A mengatakan An. A menyukai film animasi yang di berikan oleh perawat</li> </ol> <p><b>Objektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. An. A tampak menangis saat dilakukan tindakan invasif tetapi sudah tidak menjerit dan tampak kecemasan yang berlebihan</li> </ol> <p><b>Analisis</b> :Nyeri akut teratasi sebagian</p> <p><b>Planning</b> :Intervensi dialnjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan lingkungan yang nyaman saat An. A akan dilakukan tindakan Invasif</li> <li>2. Berikan teknik nonfarmakologis Teknik Distraksi Audio Visual</li> </ol>

	Anxietas b.d kurang terpapar informasi	06.20  06.25  06.30  07.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan tentang tanda dan gejala DHF, serta proses terjadinya DHF</li> <li>2. menjelaskan faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat ( yang dapat meningkatkan hidup bersih dan sehat dengan cara mencuci tangan setiap sebelum atau sesudah melakukan aktivitas, membersihkan rumah. Yang dapat menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat yaitu kurangnya partisipasi keluarga dalam membersihkan lingkungan rungan dan keluarga tidak mengajarkan hidup bersih dan sehat kepada anak )</li> <li>3. Memberikan kesempatan bertanya mengenai penyakit DHF dan pencegahan penyakit DHF dirumah</li> <li>4. Menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan ( faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan yaitu lingkungan, bak mandi, genangan air jernih banyak jentik-jentik nyamuk yang mengakibatkan demam berdarah )</li> <li>5. Mengajarkan perilaku hidup sehat ( mengajarkan kembali cara cuci tangan yang benar, dan membuang sampah pada</li> </ol>	<p><b>Subjektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ibu an.A mengatakan ia sudah paham mengenai kondisi anaknya, apa yang harus ditingkatkan untuk masalah sakit DBD</li> </ol> <p><b>Objektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ibu tampak tidak cemas</li> <li>2. Ibu An. A menegrti apa yang sudah disampaikan oleh perawat</li> </ol> <p><b>Analisa :</b>Masalah teratasi</p> <p><b>Planning :</b>Intervensi dihentikan</p>



			tempat nya )	
--	--	--	--------------	--

HARI/ TGL	SDKI	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI
Sabtu, 11/1/ 2020	Hipertermi b.d proses implamasi	05:30	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor suhu tubuh</li> <li>2. Melakukan pemeriksaan suhu tubuh di aksila diadaptkan suhu tubuh demam S 36,8°C</li> <li>3. Monitoring hasil lab WBC: <math>2,18 \times 10^3/\text{ul}</math> leukosit An. A rendah ini dapat menyebabkan tubuh mudah terinfeksi bakteri</li> <li>4. Memberikan cairan oral pada An. A sebanyak 4 gelas / 1200 cc dari jam 14:00-20 :00</li> <li>5. Mengingatkan kembali ibu untuk mempertahankan tirah baring pada An. A agar energy anak tidak terbuang sehingga anak tidak letih</li> <li>6. Mengingatkan kembali n ibu An. A untuk</li> </ol>	<p><b>Subjektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Ibu mengatakan An.A sudah tidak demam lagi</li> <li>2.Ibu mengatakn An. A sudah mau minum air putih dan susu</li> </ol> <p><b>Objektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suhu tubuh An. A 36,8°C</li> <li>2. An. A masih lemah</li> <li>3. Mukosa bibir An. A sudah tampak lembap</li> <li>4. An. A tampak tirah baring</li> <li>5. An. A tampak sudah bermain dengan ibunya</li> </ol> <p><b>Analisa:</b> Hipertermi teratasi</p>



			cairan infus Asering	
Risiko perdarahan b.d gangguan koagulasi (trombositopenia)	05.45	1. melakukan monitoring apakah an.A masih mengalami mimisan ( <i>epistaksis</i> ) dan memonitor tanda seta gejala pendarahan (perdarahan pada hidung / mimisan, petekie)	<p><b>Subjektif :</b> ibu mengatakan anaknya tidak lagi mengalami mimisan.</p> <p><b>Objektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hasil pemeriksaan darah menunjukkan an.A menunjukam Trombosit An. A masih dibawah normal yaitu <math>84 \times 10^3/\text{ul}</math> ( nilai normal <math>150-400 \times 10^3/\text{ul}</math> )</li> <li>2. Mimisan (-)</li> <li>3. Gusi berdarah (-)</li> <li>4. Petekei (-)</li> </ol> <p><b>Analisa:</b> Resiko perdarahan teratasi sebagian</p> <p><b>Planning :</b> intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemantauan resiko perdarahan</li> <li>2. Monitoring hasil labor Pemeriksaan laboratorium</li> <li>3. Monitoring asupan nutrisi</li> <li>4. Kolaborasi pemberian therapy</li> </ol>	
	05.50	2. Melakukan analisa hasil laboratorium darah Plt: : $84 \times 10^3/\text{ul}$ dimana Trombosit An. A masih belum membaik dimana trombosit An. A masih dibawah normal ( nilai normal $150-400 \times 10^3/\text{ul}$ )		
	06.53	3. Menganjurkan an.A untuk tetap bed rest 4. Mengingatkan kembali ibu untuk memberikan anak asupan cairan yang cukup, 5. Menjelaskan tanda dan gejala perdarahan ( tanda gejala perdarahan yaitu mimisan,feses berwarna hitam, gusi berdarah ada peteke ditangan atau kaki )		
	09.00	6. Mengingatkan kembali ibu untuk melaporkan ke perawat jika an.A kembali mimisan kembali atau BAB berdarah serta muntah berdarah 7. Melakukan Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu (tidak ada diberikan obat)		

	efisit nutrisi b.d peningkatan kebutuhan metabolisme	05.45	1. Melakukan pemantauan asupan nutrisi an.A; 2. An.A sudah menghabiskan 1/2 porsi makanannya, nafsu makan sudah meningkat 3. Mengidentifikasi kebutuhan kalori yang harus dipenuhi oleh tubuh an.A, jenis diet MBTKTP (makanan berat tinggi kalori tinggi protein) 4. Melakukan analisa hasil laboratorium darah Hb: 14,7 gr/dl Ht: 41,0 %	<p><b>Subjektif:</b> ibu mengatakan anaknya hanya menghabiskan 1/2 porsi makan karena sudah kenyang , nafsu makan sudah membaik, anak banyak konsumsi buah-buahan dan sayur-sayuran.</p> <p><b>Objektif:</b> 1. An. A tampak pucat, 2. BB: 13,2 kg, TB: 103 cm IMT : 7,61 ( Gizi Kurang ) 3. 4. Tampak An. A hanya menghabiskan ½ porsi makanannya 5. Tampak ibu memenuhi kebutuhan nutrisi an.A dengan menyediakan susu beruang pe hari, buah-buahan serta roti (karbohidrat)..</p> <p><b>Analisa :</b> Resiko defisit nutrisi teratasi sebagian</p> <p><b>Planning:</b> intervensi dilanjutkan; 1. Melakukan pemantauan asupan nutrisi an.A 2. Melakukan analisa hasil Pemeriksaan laboratorium Hb dan Ht 3. Monitoring BB an.A</p>
		05.46	5. Mengingatkan kembali ibu untuk tetap mempertahankan memberi anak makan sedikit tapi sering	
		06.50		
		07.00		

	<p>Nyeri b. d faktor fisiologis</p>	<p><b>Observasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</li> <li>- mengidentifikasi skala nyeri</li> </ul> <p>P : Nyeri timbul saat dilakukan tindakan invasif (pengambilan darah vena )</p> <p>Q : Nyeri seperti ditusuk benda tajam</p> <p>R : Nyeri dibagian sisi dalam lepatan siku</p> <p>S : Skala nyeri 2 (menggunakan skala nyeri wajah)</p> <p>T : nyeri hilang timbul</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mengidentifikasi respon nyeri verbal dan non verbal</li> </ul> <p>anak sudah tidak menangis dan menjerit lagi namun masih memberikan ekspresi wajah meringis saat dilakukan tindakan invasif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mengidentifikasi faktor yang dapat memperberat dan memperingan nyeri</li> </ul> <p>nyeri berkurang saat anak diberikan teknik distraksi audio visual</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor terapi distraksi audiovisual yang diberikan</li> </ul> <p>Ada perbedaan ekspresi anak saat dilakukan tindakan invasif sebelum dan sesudah diberikan intervensi teknik distraksi audio visual</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- memberikan tehnik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik distraksi audio visual</li> </ul> <p>memberikan film kartun sesuai yang diinginkan anak (Lion King )</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mengontrol lingkungan yang dapat memperberat rasa nyeri</li> </ul>	<p><b>Subjektif</b></p> <p>Ibu An. A mengatakan An. A sudah tidak menangis dan jauh lebih tenang saat dilakukan tindakan pengambilan darah</p> <p><b>Objektif</b></p> <p>An. A tampak meringis saat dilakukan tindakan invasif tetapi sudah tidak menangis dan menjerit lagi</p> <p><b>Analisa</b> : Nyeri akut</p> <p><b>Planning</b> : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan lingkungan yang nyaman saat An. A akan dilakukan tindakan Invasif</li> <li>2. Berikan teknik nonfarmakologis Teknik Distraksi Audio Visual</li> </ol>
--	-------------------------------------	--	--

			<ul style="list-style-type: none"><li>- mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemeliharaan strategi meredakan nyeri.</li><li>- menjelaskan penyebab dan periode nyeri</li><li>- menjelaskan strategi pereda nyeri</li><li>- menganjurkan tehnik non farmakologis untuk peredah nyeri (teknik distraksi audio visual )</li></ul>	
--	--	--	---	--

**SOP**  
**TEKNIK DISTRAKSI AUDIO VISUAL**

1. **PENGERTIAN** Suatu metode untuk menghilangkan nyeri dengan cara mengalihkan perhatian pasien pada hal-hal lain sehingga pasien akan lupa terhadap nyeri yang dirasakan
2. **TUJUAN**
  - a. Menghilangkan atau mengurangi rasa nyeri
  - b. Meningkatkan perasaan relaksasi
  - c. Menurunkan tekanan darah, nadi dan pernafasan
  - d. Menurunkan konsumsi oksigen
  - e. Menurunkan ketegangan otot
3. **INDIKASI**
  - a. Anak yang merasakan nyeri
  - b. Nyeri abdomen dengan skala nyeri 0-3
  - c. Anak yang mengalami skala nyeri 0-3 (nyeri ringan)
  - d. Anak yang mengalami skala nyeri 4-6 (nyeri sedang)
4. **KONTRAINDIKASI**
  - a. Anak yang tidak sadar (seperti : koma)
  - b. Anak yang terganggu kejiwaannya
5. **TAHAP PRA INTERAKSI**
  - a. Membaca status anak
  - b. Mencuci tangan
  - c. Menyiapkan peralatan

6

### **TAHAP ORIENTASI**

- a. Menberikan salam kepada anak
- b. Validasi kondisi anak
- c. Kontrak waktu
- d. Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan pada pasien dan keluarga

7

### **TAHAP KERJA**

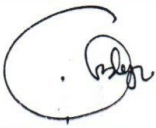


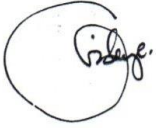

- a. Berikan kesempatan pada anak untuk bertanya jika kurang jelas
- b. Tanyakan keluhan anak
- c. Menjaga privacy anak
- d. Memuli dengan cara yang baik
- e. Mengatur posisi anak agar rileks tanap beban fisik
- f. Menberikan penjelasan pada anak



### LEMBAR KONSULTASI

NAMA : RINDA SUCIARTI  
 NIM : 1914901738  
 Pembimbing I : Ns. Andre Fernandes, M.Kep.Sp.Kep.An  
 JUDUL KIA-N :






Analisis praktek klinik keperawatan tehnik ditraksi audio visual terhadap penurunan nyeri pada anak yang mendapatkan tindakan invasif pengambilandarrah vena dengan dhf (dengue hemoragi fever)

No	Tanggal	Hasil Konsul	Tanda Tangan
1	Karnis 20/Jul/2020	Konsul BAB 3 Lampiran - perbaiki Pengkajian	
2	03/08 2020	Konsul BAB 3 Lampiran - Perbaiki Pengkajian	
3	04/08 2020	Konsul BAB 3 / Lampiran - perbaiki Analisa data, Intervensi, dan implementasi.	
4	07/08 2020	Konsul BAB 1 - 3 - Perbaiki bab 1 mengenai data, Teori Perumusan masalah - BAB 2 lengkapi Teori - BAB 3 Perbaiki analisa data.	
5	01/08 2020	Konsul BAB 4 dan BAB 5. - Perbaiki bab 4 sesuaikan dengan klinik dan Teori	

### LEMBAR KONSULTASI

NAMA : RINDA SUCIARTI  
 NIM : 1914901738  
 Pembimbing I : Ns. Andre Fernandes, M.Kep.Sp.Kep.An  
 JUDUL KIA-N :

Analisis praktek klinik keperawatan tehnik ditraksi audio visual terhadap penurunan nyeri pada anak yang mendapatkan tindakan invasif pengambilandarah vena dengan dhf (dengue hemoragi fever)

No	Tanggal	Hasil Konsul	Tanda Tangan
1	03/09/2020	Konsul BAB 4 dan 5 Perbaiki BAB 4 - dr profil lahan sampai Evaluasi - Beni Analisis dan Teori	
2	08/09/2020	Konsul BAB 4 dan 5. - Perbaiki dx yang tidak ditemukan cocokan dg Teori - Perbaiki bab 5.	
3	09/09/2020	Konsul BAB 4 dan 5. Perbaiki Intervensi Terkait Perbaiki kesimpulan dan saran	
4	11/09/2020	Penyempurnaan Isi KIAA secara keseluruhan untuk persiapan ujian.	
5		Pro di Ulangkan.	

### LEMBAR KONSULTASI

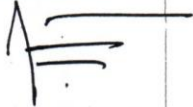

NAMA : RINDA SUCIARTI

NIM : 1914901738

Pembimbing II : Yendrizal Jafri S.Kp M.Biomed

JUDUL KIA-N :

Analisis praktek klinik keperawatan tehnik ditraksi audio visual terhadap penurunan nyeri pada anak yang mendapatkan tindakan invasif pengambilandarah vena dengan dhf (dengue hemoragi fever)

No	Tanggal	Hasil Konsul	Tanda Tangan
1	14 september 2020	Konsul BAB 1 - 5 - Perbaiki Tujuan khwws - Tambah konsep TCC - Perbaiki pengajaran Kardio	
2	16 september 2020		
3			
4			
5			

### LEMBAR KONSULTASI

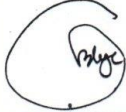

NAMA : RINDA SUCIARTI

NIM : 1914901738

Pembimbing I : Ns. Andre Fernandes, M.Kep.Sp.Kep.An

JUDUL KIA-N :

Analisis praktek klinik keperawatan tehnik ditraksi audio visual terhadap penurunan nyeri pada anak yang mendapatkan tindakan invasif pengambilandarah vena dengan dhf (dengue hemoragi fever)

No	Tanggal	Hasil Konsul	Tanda Tangan
1	1 Oktober 2020	Perbaiki semua Saran. Perbaiki Daftar Pustaka.	
2	2 Oktober 2020	Atas di judul.	
3			
4			
5			

### LEMBAR KONSULTASI



NAMA : RINDA SUCIARTI

NIM : 1914901738

Penguji I : Ns. Yessi Andriyani M.Kep.,Sp.Kep.Mat

JUDUL KIA-N :

Analisis praktek klinik keperawatan tehnik distraksi audio visual terhadap penurunan nyeri pada anak yang mendapatkan tindakan invasif pengambilandarah vena dengan dhf (dengue hemoragi fever)

No	Tanggal	Hasil Konsul	Tanda Tangan
1		- Revisi lg dfe yg jg masalah farmasi + SOP,	
2		acc distro.	
3			
4			
5			