

BAB III

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. HASIL

1. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada hari Kamis, tanggal 16 Januari tahun 2020 pukul 08.00 WIB di Ruang Amarilis RSUD Ungaran dengan metoda *allowanamnesa* dan *autoanamnesa*.

a. Identitas Pasien

Nama	: An. A
Tempat /tgl lahir	: Semarang, 08 Mei 2016
Usia	: 3,5 tahun
Pendidikan	: Belum sekolah
Alamat	: Jabungan, Banyumanik
Agama	: Islam
Diagnosa Medis	: DHF
Tanggal Masuk	: 14 Januari 2020
Nama Ayah& Ibu	: Tn. K dan Ny. A
Pekerjaan Ayah	: Swasta
Pekerjaan Ibu	: Pabrik
Pendidikan Ayah	: SD
Pendidikan Ibu	: SMP
Agama	: Islam
Suku/bangsa	: Jawa/Indonesia
Alamat	: Jabungan, Banyumanik

b. Keluhan Utama

Ibu pasien mengatakan anaknya demam kurang lebih 3 hari dan tidak nafsu makan.

c. Riwayat Penyakit Sekarang

Ibu pasien mengatakan anaknya mengalami demam kurang lebih 3 hari. Pasien dirawat dirumah sakit sejak tanggal 14 Januari 2020, pukul 7.30 WIB. Selama dirawat dirumah sakit pasien mengalami nafsu makan menurun. Keluarga memeriksakan anaknya di bidan terdekat rumahnya. Bidan menyarankan untuk cek laboratorium ke RSUD Ungaran, kemudian Selasa pagi keluarga membawa anaknya ke RSUD Ungaran ke IGD dengan pemeriksaan nadi 90 per menit, suhu 38,9° Celcius, pernafasan 20 kali per menit dan mendapat terapi injeksi pycin 300 mg kali per 8 jam, paracetamol sirup 3x ½ sendok teh, paracetamol infus drip 125 mg jika panas melebihi 38,5° celcius.

d. Riwayat Masa Lampau

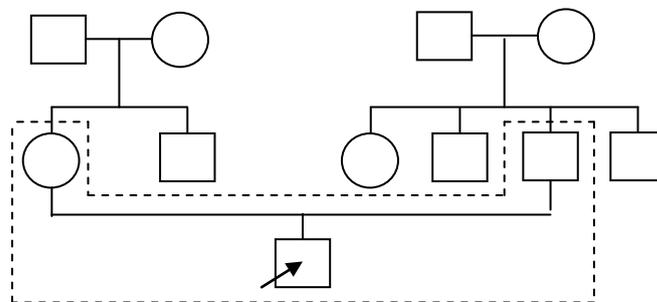
- 1) Parenteral: Pada saat ibu mengandung pasien, tidak pernah mengalami keluhan atau pantangan saat hamil, tidak mengonsumsi obat-obatan dan selalu memeriksa akan kandunganya ke bidan. Proses persalinan pasien dengan operasi ceasar karena melebihi HPL 2 minggu.
- 2) Natal: Tindakan persalinan ibu dengan cara operasi Caesar di RST Semarang.
- 3) Post natal: Pada saat lahir pasien tidak mengalami kelainan apapun, gerak aktif, warna kemerahan, berat badan 3000 gram dan panjang 40 cm.

- 4) Ibu pasien mengatakan waktu kecil anak pernah panas, batuk dan pilek, pasien hanya diperiksakan ke bidan terdekat rumahnya.
- 5) Ibu pasien mengatakan bahwa pasien baru pertama kali dirawat dirumah sakit.
- 6) Ibu pasien mengatakan bahwa An. A tidak memiliki alergi terhadap makanan, binatang, dan obat.
- 7) Ibu pasien mengatakan riwayat imunisasi dasar An. A tidak terkaji karena ibu dan neneknya lupa.

e. Riwayat Keluarga

Ibu pasien mengatakan didalam keluarga neneknya menderita hipertensi, didalam keluarga tidak ada yang menderita paenyakit menular seperti TBC, HIV dan lain-lain.

Genogram :



Bagan 3.1 Genogram

Keterangan :

- : Laki-laki
- : Perempuan
- : Tinggal Satu rumah
- ↗ : Pasien
- ┌ : Garis keturunan

f. Riwayat Sosial

- 1) Yang mengasuh pasien adalah neneknya dan bergantian dengan orang tua pasien, karena kedua orang tuanya bekerja.
- 2) Pembawaan pasien secara umum selama sakit, pasien pendiam dengan orang yang baru dikenal.
- 3) Lingkungan rumah pasien, terdapat ventilasi dan sering dibuka, ayah pasien mempunyai kebiasaan merokok.

g. Keadaan Kesehatan Saat Ini

- 1) Diagnosa medis : DHF
- 2) Tindakan operasi : -
- 3) Obat-obatan :
 - a) Infus asering 10 tpm
 - b) Paracetamol sirup 3x1 ½ sendok teh
 - c) Pamol supp 160 mg (extra)
 - d) Pycin 300 mg per 8 jam
 - e) Pulmicort 0,5 mg pagi dan sore
 - f) Ventolin 0,5 mg pagi dan sore

4) Hasil Laboratorium

Nama : An. A No. Lab : 200160018
 Umur : 3,5 tahun/L Tanggal terima : 16-01-2020 (06:28)
 No. RM : 256490 Tanggal selesai : 16-01-2020 (07:05)
 Alamat : Jabungan, Banyumanik Ruang : Amarilis

Tabel 3.1 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Nama test	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan	Metode
HEMATOLOGI				
Darah lengkap :				ECLIA
Hemoglobin	11,9	g/dL	10,8-12,8	Flowcytonmetri
Leokosit	L 3,26	10 ³ /uL	5,5-15,5	Flowcytonmetri
Trombosit	L 73	10 ³ /uL	217-457	Flowcytonmetri
Hematokrit	33,6	%	35-43	Flowcytonmetri
Eritrosit	4,35	10 ⁶ /uL	3,6-5,2	Flowcytonmetri
MCV	77,2	fL	73-101	Flowcytonmetri
MCH	27,4	pg	23-31	Flowcytonmetri
MCHC	H 35,4	g/dL	26-34	Flowcytonmetri
Hitung Jenis (diff):				ECLIA
Esinofil	0,5	%	0-4	Flowcytonmetri
Basofil	0,3	%	0-1	Flowcytonmetri
Neurtofil	L 15,4	%	28-76	Flowcytonmetri
Limfosit	H 77,0	%	20-50	Flowcytonmetri
Monosit	H 6,4	%	1-6	Flowcytonmetri

Pemeriksaan Laboratorium tanggal 17 Januari 2020

Nama test	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan	Metode
HEMATOLOGI				
Darah lengkap :				ECLIA
Hemoglobin	12,1	g/dL	10,8-12,8	Flowcytonmetri
Leokosit	L 4,8	10 ³ /uL	5,5-15,5	Flowcytonmetri
Trombosit	L 136	10 ³ /uL	217-457	Flowcytonmetri
Hematokrit	33,6	%	35-43	Flowcytonmetri
Eritrosit	4,38	10 ⁶ /uL	3,6-5,2	Flowcytonmetri
MCV	78,2	fL	73-101	Flowcytonmetri
MCH	29,4	pg	23-31	Flowcytonmetri
MCHC	H 35,4	g/dL	26-34	Flowcytonmetri
Hitung Jenis (diff):				ECLIA
Esinofil	0,6	%	0-4	Flowcytonmetri
Basofil	0,5	%	0-1	Flowcytonmetri
Neurtofil	L 18,6	%	28-76	Flowcytonmetri
Limfosit	H 77,5	%	20-50	Flowcytonmetri
Monosit	H 6,2	%	1-6	Flowcytonmetri

h. Pengkajian Pola Fungsional Menurut Gordon

1) Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Ibu pasien mengatakan sejak lahir An. A jarang sakit kadang batuk pilek setelah diperiksakan kebidan langsung sembuh. An. A tidak mendapat imunisasi lengkap sesuai waktunya. Tn. K adalah perokok dan biasa merokok didalam rumah.

2) Pola nutrisi metabolik

Sebelum sakit: Ibu pasien mengatakan sebelum sakit An. A memiliki berat badan 14 kg, susah makan, makan habis 1 s/d 2 sendok, pasien sering minum susu SGM 250 ml dalam satu hari, 5-6 kali minum susu dan makan telur rebus kesukanya.

Selama sakit : Pasien tidak nafsu makan, pasien hanya makan nasi 1 sendok, pasien minum kurang lebih 750 cc per hari.

a) Pengkajian ABCD

(1) A (*Antropometri*)

Tinggi badan	: 97 cm
Berat badan sebelum sakit	: 14 kg
Berat badan saat ini	: 14 kg
Lingkar lengan atas	: 14 cm
Lingkar kepala	: 48 cm

(2) B (*Biochemical/ Biokimia*)

Hemoglobin	: 11,9 g/dL
Leukosit	: 3,26 $10^3/uL$
Trombosit	: 73 $10^3/uL$
Hematokrit	: 33,6 %

(3) C (*Critical Assesment*)

Rambut hitam, turgor kulit kering, membran mukosa bibir kering.

(4) D (*Diit*)

Pasien mendapatkan diit dari rumah sakit berupa bubur tim, sayur, dan buah.

b) BBI (Berat Badan Ideal)

$$\text{BBI : } 2n + 8$$

$$(2 \times 3,5) + 8$$

$$7 + 8 = 15$$

3) Pola eliminasi

Sebelum sakit : Ibu pasien mengatakan sebelum sakit BAB 1-2 kali dengan karakteristik lembek, warna kuning dan BAK 4-5 kali per hari warna kekuningan bau khas amoniak.

Selama sakit : Ibu pasien mengatakan selama dirawat dirumah sakit An. A BAB 2 kali dengan karakteristik lembek berwarna coklat BAK 3 kali per hari, bau khas amoniak.

4) Pola latihan aktifitas

Sebelum sakit : Ibu pasien mengatakan anaknya sering menghabiskan waktu dengan teman-teman bermainnya.

Selama sakit : Ibu pasien mengatakan hanya berbaring di tempat tidur ditemani oleh orang tuanya.

5) Pola istirahat tidur

Sebelum sakit : Ibu pasien mengatakan bahwa anaknya tidur 8-9 jam per hari tidak pernah tidur siang.

Selama sakit : Ibu pasien mengatakan selama sakit tidur anaknya susah, sering menangis minta pulang. Dalam sehari tidurnya 5 jam, sering terbangun bila mendengar suara berisik-berisik

6) Pola persepsi kongnitif

An. A tidak ada masalah dalam penglihatan, pendengaran, sentuhan dll

7) Pola persepsi diri konsep diri

Pasien anak yang aktif dan tidak mudah akrab dengan orang baru, pasien memiliki banyak teman dirumah, selama di RS pasien rewel dan sering merasa ketakutan.

8) Pola hubungan peran

An. A tinggal serumah dengan kedua orang tuanya, interaksi An.A dengan keluarga terjalin sangat baik. Peran pengasuh dilakukan oleh nenek.

9) Pola seksual-Reproduksi

An. A berjenis laki-laki dan orang tua memperlakukan An.A sebagai layaknya anak laki-laki pada umumnya.

10) Pola toleransi stres Koping

Sebelum sakit : Ibu pasien mengatakan sebelum sakit sering dengan neneknya

Selama sakit : selama sakit pasien tidak mau ditingal keluarganya

11) Pola kepercayaan nilai

An. A tumbuh menjadi anak yang aktif An. A dan keluarga beragama islam dan keluarga percaya jika anaknya akan sembuh.

i. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum anak terlihat lemah, kesadaran composmentis, postur tubuh kecil

2) Tanda-tanda Vital

Nadi : 90x/menit

Suhu : 36°C

Pernafasan : 20 x/menit

SPO₂ : 97 %

3) Tinggi badan : 95 cm

Berat badan : 14 kg

Lingkar lengan : 14 kg

Lingkar kepala : 48 cm

Lingkar dada : 50 cm

4) Kepala : Bentuk mesocephal, kulit kepala kotor, penyebaran rambut merata warna rambut hitam.

5) Mata : Bentuk simetris kanan dan kiri, pupil isokor, konjungtiva tidak anemi, seklera an ikterik, reaksi pupil terhadap cahaya mengecil, reflek mengedip spontan.

6) Hidung : Bentuk simetris, tidak ada secret, hidung bersih dan hidung tidak terpasang alat bantu oksigen.

7) Telinga : Bentuk simetris, tidak ada nyeri tekan telinga sedikit kotor

8) Mulut : Simetris, membrane mukosa bibir kering lidah kotor, gigi kuning, ibu pasien mengatakan anaknya jika gosok gigi gusinya berdarah.

9) Leher : Simetris, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

- 10) Dada :
- a) Jantung
 - Inspeksi : ictus kordis tidak tampak
 - Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, ictus cordis teraba di intercosta
4-5 min klavikula kiri
 - Perkusi : redup
 - Auskultasi : S1 dan S2 reguler
 - b) Paru-paru
 - Inspeksi : simetris, tidak ada tarikan intercosta
 - Palpasi : traktil frtemur bergetar sama kanan dan kiri
 - Perkusi : resonan
 - Auskultasi : terdapat suara ronkhi
 - c) Abdominal
 - Inspeksi : Abdominal datar, tidak ada lesi, tidak terdapat
pembesaran abdomen
 - Auskultasi : Peristaltik usus 10 x/menit
 - Palpasi : Tidak ada nyeri tekan
 - Perkusi : thympani
 - d) Punggung : tidak ada lesi ataupun luka, punggung bersih
 - e) Genetal : bersih tidak terpasang kateter
 - f) Anus : bersih tidak ada iritasi, tidak ada hemoroid
 - g) Ekstremitas: Tangan kanan terpasang infuse Asering 10 tpm,
ekstremitas atas dan bawah tidak mengalami
kecacatan bawaan
 - h) Kulit : turgor kulit, CRT < 2 menit, warna kulit coklat, kulit
teraba hangat

j. Pemeriksaan Perkembangan

Anak usia 42 bulan, kesimpulan :

- 1) Sosialisasi & kemandirian : Anak dapat mengenakan sepatunya sendiri, setelah makan anak dapat mencuci tangan dan mngeringkan tanganya dengan baik, anak dapat bermain pertak umpet, anak dapat memakai kemeja, baju dan kaus kaki tanpa dibantu.
- 2) Gerak kasar : Anak dapat mengayuh sepeda roda tiga lebih dari 3 mater, anak dapat mempertahankan keseimbangannya saat berdiri satu kaki tanpa berpegangan dalam waktu 2 detik lebih,
- 3) Gerak halus : anak dapat melompati panjang kertas ini dengan mengangkat kedua kakinya secara bersamaan tanpa didahului lari, anak dapat mengambar lingkaran kecil sesuai gambar yang dicontohkan dalam tabel kuisoner kpsp, anak dapat menyusun delapan buah satu persatu di atas kubus yang lain tanpa menjatuhan kubus yang lain.
- 4) Hasil : Dari 9 kuisoner yang diberikan kepada pasien dapat dilakukan semua

2. Analisa Data

Nama : An. A No. Registrasi : 256490
 Ruang : Amarilis Dx. Medis : DHF

Tabel 3.2 Analisa Data

No	Hari/tgl Jam	Datam focus	Penyebab	Masalah	Ttd / Nama
1.	Kamis 16/ 01 2020	DS : Ibu pasien mengatakan anaknya kalau sikat gigi keluar darahnya. Do : Leukosit : 3,26 $10^3/uL$ Trombosit : 73 $10^3/uL$ Hematokrit : 33,6 % Pasien tampak pucat	Gangguan koagulasi	Risiko perdarahan	 Dera
2	Kamis 16/01- 2020	DS: -Ibu pasien mengatakan tidak nafsu makan -Ibu pasien mengatakan 1- 2 sendok makan DO : -Pasien tampak lemas A. (Anrtopometri) TB : 97 cm BB : 14 kg LL : 14 cm LK : 48 cm B. (Biochemical) Hemoglobin : 11,9 g/dL Leukosit : 3,26 $10^3/uL$ Trombosit : 73 $10^3/uL$ Hematokrit : 33,6 % C. (Clinical Assesmen) Rambut hitam dan kering, membrane mukosa bibir kering D. (Diit) Pasien mendapatkan diit dari rumah sakit berupa bubur tim, sayur, dan buah	Faktor psikologis	Risiko defisit nutrisi	 Dera
3	Kamis 16/01- 2020	DS : Ibu pasien mengatakan anaknya tidak mau mandi DO : Gigi terlihat kuning Kulit kepala kotor	Penurunan motivasi	Defisit perawatan diri	 Dera

3. Daftar Masalah

Nama : An. A No. Registrasi : 256490
 Ruang : Amarilis Dx. Medis : DHF

Tabel 3.3 Daftar Masalah

Hari/tgl Jam	Diagnosa keperawatan	Tanggal ditemukan	Tanggal teratasi	Ttd / Nama
Kamis 16/ 01 2020	DS : Ibu pasien mengatakan anaknya kalau sikat gigi keluar darahnya. Do : Leukosit : $3,26 \cdot 10^3/uL$ Trombosit : $73 \cdot 10^3/uL$ Hematokrit : 33,6 % Pasien tampak pucat Diagnosa : Risiko perdarahan b/d gangguan koagulasi	Kamis 16- 01-2020	Jumat 17- 01-2020	 Dera
Kamis 16/01- 2020	DS: -Ibu pasien mengatakan tidak nafsu makan -Ibu pasien mengatakan 1- 2 sendok makan DO : -Pasien tampak lemah A. (Anrtopometri) TB : 97 cm BB : 14 kg LL : 14 cm LK : 48 CM B. (Biochemical) Hemoglobin : 11,9 g/dL Leukosit : $3,26 \cdot 10^3/uL$ Trombosit : $73 \cdot 10^3/uL$ Hematokrit : 33,6 % A. (Clinical Assesmen) Rambut hitam dan kering, membrane mukosa bibir kering B. (Diit) Pasien mendapatkan diit dari rumah sakit berupa bubur tim, sayur, dan buah Diagnosa : Risiko defisit nutrisi b/d faktor psikologis	Kamis 16- 01-2020	Jumat 17- 01-2020	 Dera
Kamis 16/01- 2020	DS : Ibu pasien mengatakan anaknya tidak mau mandi DO : Gigi terlihat kuning Kulit kepala kotor Diagnosa : Defisit perawatan diri b/d penurunan motivasi	Kamis 16- 01-2020	Jumat 17- 01-2020	 Dera

4. Prioritas Masalah

Nama : An. A

No. Registrasi : 256490

Ruang : Amarilis

Dx. Medis : DHF

- a. Risiko perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi
- b. Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis
- c. Defisit perawatan diri berhubungan dengan penurunan motivasi

5. Rencana Tindakan Keperawatan

Nama : An. A No. Registrasi : 256490
 Ruang : Amarilis Dx. Medis : DHF

Tabel 3. 4 Rencana Tindakan Keperawatan

Hari/ tgl Jam	No. Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Rencana Keperawatan	TTD / Nama
Kamis 16-01- 2020	I Risiko perdarahan behubungan dengan gangguan koagulasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam diharapkan resiko perdarahan menurun dengan kriteria hasil : SLKI Tingkat Perdarahan (L. 02017) 1. Kelembapan membran mukosa dari 1 (menurun) menjadi 5 (membaik) 2. Hematokrit dari 2 (cukup) menurun menjadi 5 (meningkat) 3. Suhu tubuh dari 3 (sedang) menjadi 5 (membaik) SLKI Kontrol Risiko 1. Mampu mengubah perilaku dari 3 (sedang) menjadi 5 (membaik) 2. Mampu menghindari faktor risiko dari 3 (sedang) menjadi 5 (meningkat) 3. Mampu berpartisipasi skrining risiko dari 3 (sedang) menjadi 5 (meningkat)	Pencegahan Perdarahan (1.02067) 1. Monitor tanda dan gejala perdarahan 2. Pertahankan bed rest selama perdarahan 3. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan 4. Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan 5. Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi 6. Kalaborasi pemberian obat pengontrol pendarahan Pemantauan Tanda vital (1.02060) 1. Monitor suhu tubuh 2. Monitor nadi	 Dera

6. Catatan Keperawatan

Nama : An. A No. Registrasi : 256490
 Ruang : Amarilis Dx. Medis : DHF

Tabel 3. 5 Catatan Keperawatan

Hari/tgl Jam	No. DX	Implementasi	Respon	TTD/ Nama
Kamis 16-01- 2020 09.00 WIB	I	Mengukur suhu tubuh	DS : Ibu pasien mengatakan anaknya tidak panas DO : S : 36, 5° C, N : 90 x/menit, RR: 20 x/menit	 Dera
12.00 WIB	I	Melakukan uji <i>tourniquit</i>	DS : Ibu pasien mengatakan bersedia anaknya diperiksa DO : Pasien menangis	 Dera
12.15 WIB	I	Menganjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan	DS : Ibu pasien mengatakan mengerti DO : Pasien hanya berbaring	 Dera
12.20 WIB	I	Melakukan penkes tentang tanda dan gejala perdarahan (resiko perdarahan)	DS : Ibu pasien mengatakan mengerti dan paham apa tanda dan gejala resiko perdarahan DO : Ibu pasien bisa menjawab pertanyaan dari perawat	 Dera
12.45 WIB	I	Menganjurkan meningkatkan asupan cairan (jus jambu)	DS : Ibu pasien mengatakan akan membelikan jambu untuk anakny DO : Pasien tampak pucat	 Dera
12.50 WIB	I	Menganjurkan untuk lebih banyak istirahat	DS : Ibu pasien mengatakan anaknya aktif DO : Anaknya aktif	 Dera
13.00 WIB	I	Melakukan injeksi - Paracetamol sirup 3x1 ½ sendok teh - Pycin 300 mg per 8 jam	DS : Ibu pasien mengatakan anaknya takut bila di sontek Do : An. A di injeksi	 Dera
Jumat 17-01- 2020 08.00 WIB	I	Menanyakan pada ibu tanda dan gejala resiko perdarahan	DS : Ibu pasien mengatakan paham tanda dan gejala resiko perdarahan DO : Ibu bisa menjawab pertanyaan dari perawat	 Dera

08.30 WIB	I	Menganjurkan meningkatkan asupan cairan (jus jambu)	DS : Ibu pasien mengatakan anaknya mau minum jus jambu DO : Pasien hanya berbaring	 Dera
08.40 WIB	I	Mengukur suhu tubuh	DS : Ibu pasien mengatakan anaknya sudah tidak panas DO : Suhu 36,3° C	 Dera
09.00 WIB	I	Menganjurkan untuk lebih banyak istirahat	DS : Ibu pasien mengatakan anaknya mau tidur siang DO : An. A terlihat tidur nyenyak	 Dera
13.00 WIB	I	Melakukan injeksi - Paracetamol sirup 3x1 ½ sendok teh - Pycin 300 mg per 8 jam	DS : Ibu pasien mengatakan anaknya suka dipijit kakinya DO : Pasien hanya tidur dan bermain hp	 Dera

7. Catatan Perkembangan

Nama : An. A

No. Registrasi : 256490

Ruang : Amarilis

Dx. Medis : DHF

Tabel 3.6 Catatan Perkembangan

Hari/ tgl/Jam	No Diagnosa	Evaluasi	TTD/ Nama
Kamis 16-01- 2020 14.30 WIB	I	S : Pasien mengatakan gusi berdarah hanya kadang kadang O : Hemoglobin : 11,9 g/dL Leukosit : 3,26 10 ³ /uL Trombosit : 73 10 ³ /uL Hematokrit : 33,6 % Pasien tampak pucat A : Masalah risiko perdarahan belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi - Monitor suhu tubuh - Kalaborasi pemberian obat pengontrol pendarahan	 Dera
Jumat 17-01- 2020 13.00 WIB	I	S : Ibu pasien mengatakan gusi anaknya sudah tidak berdarah O : Hemoglobin : 12,1 g/dL Trombosit : 136 10 ⁴ /dL Leukosit : 4,8 10 ⁴ /dL Pasien tampak tenang A : Masalah risiko perdarahan teratasi sebagian P : Hentikan intervensi	 Dera

B. Pembahasan

Pada pembahasan ini, penulis akan membahas tentang masalah pengelolaan risiko perdarahan pada An. A dengan DHF di ruang amarilis RSUD Ungaran, dimana masalah ini prioritas masalah utama yang telah dikelola oleh penulis selama dua hari dimulai pada tanggal 16 Januari 2020 sampai 17 Januari 2020 dengan melalui tahap-tahapan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa, implementasi, dan evaluasi dari masalah semua tahapan yang telah dilakukan.

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien (Setiadi, 2012). Dari hasil yang pengkajian yang dilakukan pada tanggal 16 Januari 2020 dengan melakukan metode autoanamnesa dan alloanamnesa di Ruang Amarilis RSUD Ungaran.

Diperoleh identitas pasien An. A berusia 3 tahun 5 bulan, dengan diagnosa *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF). Saat dilakukan pengkajian didapatkan data subjektif yaitu Ibu pasien mengatakan kalau sikat gigi keluar darahnya. Data objektif didapatkan dari data laboratorium pada tanggal 16 Januari 2020 pasien Leukosit mengalami penurunan 3,26 g/dL dari batas normal 5,5-15,5 $10^3/uL$, Trombosit mengalami penurunan 73 $10^3/uL$ dari batas normal 217-457 $10^3/uL$, Hematokrit 33,6 %, pasien tampak pucat.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan, sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan perawat Setiadi (2012).

Pada pemeriksaan diagnostik laboratorium pertama dilakukan pada tanggal 16 Januari 2020, dengan hasil pemeriksaan Leukosit 3,26 g/dL (kurang) nilai normalnya 5,5-15,5 $10^3/uL$, Trombosit 73 $10^3/uL$ (kurang) nilai normalnya 217-457 $10^3/uL$, Hematokrit 33,6 % (normal) nilai normalnya 35-43 %, Hemoglobin 11,9 g/dL (normal) nilai normalnya 10,8-12,8 $10^3/uL$. Pada pemeriksaan diagnostik laboratorium kedua dilakukan pada tanggal 17 Januari 2020, dengan hasil pemeriksaan Leukosit 4,8 g/dL (kurang) nilai normalnya 5,5-15,5 $10^3/uL$, Trombosit 136 $10^3/uL$ (kurang) nilai normalnya 217-457 $10^3/uL$, Hematokrit 33,6 % (normal) nilai normalnya 35-43 %, Hemoglobin 12,1 g/dL (normal) nilai normalnya 10,8-12,8 $10^3/uL$.

Berdasarkan analisa data diatas penulis menegakkan diagnosa yang muncul yaitu risiko perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi (Trombositopeni) Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017). Tujuan dari menentukan diagnosa adalah untuk bisa mencapai hasil yang diinginkan. Di dalam diagnosis keperawatan terdiri dari masalah dan penyebab. Dimana masalah yang muncul adalah risiko perdarahan dan penyebab dari masalah tersebut adalah trombositopeni.

Menurut Setiadi (2012) risiko perdarahan yaitu risiko penurunan volume darah yang dapat mengganggu kesehatan. Faktor risiko yang tercantum

adalah Trombositopeni dibawah nilai normal, nilai normalnya yaitu 217-457 $10^3/uL$. Menurut Mulyaningsih, (2014) Penurunan trombosit (trombositopenia) terjadi dikarenakan oleh adanya protein pada permukaan trombosit yang dianggap benda asing merangsang sistem imun untuk membentuk antibodi. 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. Dalam hal ini pada data laboratorium tanggal 16 Januari 2020 menunjukkan jumlah trombosit pasien 73 $10^3/uL$ (kurang) nilai normalnya 217-457 $10^3/uL$.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi atau perencanaan tindakan keperawatan yang merupakan bagian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meningkatkan, mencegah masalah atau untuk memenuhi kebutuhan pasien (Setiadi, 2012). Perencanaan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan yang meliputi tujuan perawatan, penetapan pemecahan masalah, dan menentukan tujuan perencanaan untuk mengatasi masalah pasien (Aziz, 2002 dalam Yanti, 2013). Menurut (Supratti dan Ashriady, 2016) dalam menentukan tahap perencanaan bagi perawat diperlukan berbagai pengetahuan dan keterampilan diantaranya pengetahuan tentang kekuatan dan kelemahan pasien, nilai dan kepercayaan pasien, menulis tujuan serta memilih dan membuat strategi keperawatan yang aman dan memenuhi tujuan.

Berdasarkan permasalahan dan penyebab yang dapat diamati, penulis memprioritaskan masalah keperawatan tersebut sebagai diagnosa keperawatan

yang pertama, karena risiko perdarahan merupakan permasalahan penting, dari hasil pengkajian penulis menemukan berbagai masalah diantaranya risiko perdarahan, dari hasil observasi pada An. A didapatkan hasil trombosit $73 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ hal ini menunjukkan nilai trombosit (kurang) dari nilai normalnya $217-457 \cdot 10^3/\mu\text{L}$. Jika masalah tidak segera ditangani dan dibiarkan maka akan terjadi perdarahan dan mengakibatkan terjadinya syok hipovolemik (Syok yang terjadi kekurangan cairan) Misbakh, (2016). Menurut penelitian (Mulyaningsih, 2014) Syok hipovolemik dimulai dengan tanda-tanda dengan kegagalan sirkulasi yaitu kulit lembab, dingin pada ujung hidung, jari tangan dan jari kaki serta sianosis di sekitar mulut. Bila syok terjadi pada masa demam maka biasanya menunjukkan prognosis yang buruk. Nadi menjadi lambat dan cepat, kecil bahkan sering tidak teraba. Hal ini diakibatkan karena adanya pengurangan volume plasma dan penurunan tekanan darah, hemokonsentrasi. Bila rejangan hipovolemik yang terjadi akibat kehilangan plasma tidak segera diatasi, maka akan terjadi anoksia jaringan, asidosis metabolik, dan kematian. Penulis telah merumuskan intervensi yang telah direncanakan dengan tujuan diharapkan tidak terjadi perdarahan dan mengalami peningkatan jumlah trombosit.

Penulis menjadikan risiko perdarahan sebagai prioritas masalah sesuai dengan konsep kegawatan. Dalam melakukan pemilahan pasien berdasarkan prioritas dilakukan dengan metode *triage*. *Triage* adalah perawatan terhadap pasien yang didasarkan pada prioritas pasien. Bersumber pada penyakit/ tingkat cedera, tingkat keparahan, prognosis dan ketersediaan sumber daya. Dengan *triage* dapat ditentukan kebutuhan terbesar pasien/korban untuk segera menerima perawatan secepat mungkin. Tujuan dari *triage* adalah untuk

mengidentifikasi pasien yang membutuhkan tindakan segera, menetapkan pasien ke area perawatan untuk memprioritaskan dalam perawatan dan untuk memulai tindakan diagnostik atau terapi (Kushayati, 2016).

Intervensi yang telah penulis tetapkan dalam masalah keperawatan risiko perdarahan berhubungan dengan trombositopenia yaitu pencegahan perdarahan dan pemantauan tanda-tanda vital meliputi monitor tanda dan gejala perdarahan, pertahankan bed rest selama perdarahan, anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan, anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi, kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, monitor suhu tubuh, monitor nadi (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

Dalam intervensi pertama yang dilakukan penulis yaitu monitor tanda dan gejala perdarahan. Tujuan dari tindakan keperawatan tersebut untuk membantu pasien mendapatkan penanganan sedini mungkin salah satunya adalah dengan melakukan uji *tourniquit* yaitu tes yang dilakukan dengan cara meletakkan tensimeter dipertengahan lengan atas lalu pompa diantara nilai diastole dan sistole selama 5 menit setelah itu hasil dinyatakan positif apabila terdapat lebih dari 20 bintik merah (ptekie) per inci (2,5 cm) persegi pada daerah bagian bawah dari tempat tekanan tensimeter. Selain itu tanda perdarahan juga disertai dengan adanya perdarahan pada hidung, gusi berdarah, melena, dan hematemesis (Soedarto, 2012).

Intervensi kedua yang dilakukan penulis yaitu pertahankan bed rest selama perdarahan. Tujuan dari tindakan tersebut untuk membantu memproduksi lebih banyak trombosit dan mempercepat penyembuhan (Jannah, Puspitaningsih & Kartiningrum, 2019). Menurut (Yekti, 2011) istirahat sangat

dianjurkan untuk pasien DBD karena dapat mencegah terjadinya keletihan dan mencegah terjadinya penurunan keadaan pasien, sehingga istirahat harus tetap dilakukan demi mempercepat proses penyembuhan.

Intervensi ketiga yang dilakukan penulis yaitu menjelaskan tanda dan gejala perdarahan. Tujuannya agar keluarga paham dengan tanda dan gejala perdarahan yang dialami pasien. Tanda dan gejala yang dialami pasien selain adanya petekie yaitu pusing, gemeteran, sianosis dan tampak pucat (Mulyaningsih, dkk, 2014)

Intervensi keempat yang dilakukan penulis yaitu anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan. Tujuannya agar keluarga paham dengan perdarahan yang dialami pasien. Adanya perdarahan dapat dilihat dari tanda dan gejala yang dialami pasien selain adanya petekie yaitu pusing, gemeteran, tampak pucat, sianosis, mudah lelah setelah melakukan aktifitas (Misbakh, 2016).

Intervensi kelima yang dilakukan penulis yaitu, anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi. Tujuan dari tindakan tersebut untuk membantu menghindari konstipasi untuk itu disarankan untuk mengonsumsi pepaya. Menurut penelitian (Yati, 2019) pepaya merupakan buah yang mudah ditemukan, memiliki banyak kandungan vitamin A yang baik untuk kesehatan mata, dapat memperlancar pencernaan.

Intervensi keenam yang dilakukan penulis yaitu, kalaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan. Terapi medis pada An. A yang diberikan yaitu infus asering 10 tpm, injeksi Pycin 300 mg per 8 jam, Paracetamol sirup 3x1 ½ sendok teh per 8 jam. Beberapa jenis terapi simtomatik yang diberikan antara lain yaitu

terapi antipiretik seperti pycin yang disesuaikan dosisnya. Terapi simtomik yang diberikan pada penderita DBD merupakan pemberian terapi untuk mengatasi gejala yang timbul seperti memperbaiki sistim imun akibat viremia (Ni Wayan, 2014).

Intervensi ketujuh yang dilakukan penulis yaitu, monitor suhu tubuh, suhu tubuh merupakan keseimbangan antara produksi dan pengeluaran panas dari tubuh yang diukur dalam unit panas yang di sebut derajat. Suhu tubuh rata-rata penderita DBD tiga hari pertama mencapai 39° Celcius- 40° Celcius merupakan fase demam, kemudian hari ke 4-5 merupakan fase kritis terjadi penurunan suhu tubuh penderita menjadi 37° Celcius kemudian pada hari ke 6-7 suhu tubuh penderita naik kembali menjadi 39° Celcius demam ini merupakan reaksi terhadap pentembuhan. Pada hari ke 8 rata-rata suhu tubuh pasien mengalami penurunan mencapai suhu rata-rata kisaran 36° Celcius yaitu mendekati suhu tubuh yang normal manusia sehat 36° Celcius- 37° Celcius menurut (Mayasari, 2016)

Intervensi kedelapan yang dilakukan penulis yaitu monitor nadi, nadi menurut (Debora, 2011) merupakan getaran denyutan aliran darah pada arteri yang bisa dipalpasi pada berbagai macam titik di tubuh. Frekuensi normal nadi pada anak usia 1-10 tahun adalah 70 sampai dengan 120 kali per menit.

4. Implementasi

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun dalam tahap perencanaan. Ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada pasien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk pasien dan

keluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari (Supratti dan Ashriady, 2016).

Implementasi merupakan tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu pasien mencapai tujuan. Risiko perdarahan yang terjadi pada pasien karena penurunan faktor-faktor pembekuan darah (trombositopeni) jika tidak segera diatasi akan berakibat buruk pada kondisi pasien bahkan memungkinkan pasien terjadi syok dan kematian jika tidak segera mendapat perawatan maka penulis melakukan tindakan keperawatan selama 2 hari.

Implementasi pertama adalah melakukan uji *tourniquit* yaitu tes yang dilakukan dengan cara meletakkan tensimeter dipertengahan lengan atas lalu pompa diantara nilai diastole dan sistole selama 5 menit setelah itu hasil dinyatakan positif apabila terdapat lebih dari 20 bintik merah (petekie) per inci (2,5 cm) persegi pada daerah bagian bawah dari tempat tekanan tensimeter (Soedarto, 2012).

Implementasi kedua adalah menganjurkan untuk lebih banyak istirahat atau bed rest total untuk mengoptimalakan istirahat dan memulihkan energy pasien. Istirahat yang cukup atau setidaknya 7 sampai 8 jam istirahat dapat membantu tubuh kembali fresh dan akan memproduksi lebih banyak trombosit (Mulyaningsih, 2014).

Implementasi ketiga adalah memberikan pendidikan kesehatan tentang tanda dan gejala perdarahan (risiko perdarahan). Pendidikan kesehatan adalah aplikasi atau penerapan pendidikan di dalam bidang kesehatan. Pendidikan kesehatan yang dimaksud mengenai tanda dan gejala perdarahan (Padila, 2012).

Menurut penelitian (Sunaryo, Ualfiana, Yasmara, 2018) dengan diberikan pendidikan kesehatan maka keluarga pasien dapat termotivasi dalam melaksanakan apa yang telah disampaikan, Dengan termotivasinya keluarga, dapat mempercepat proses penyembuhan pasien.

Implementasi keempat adalah menganjurkan keluarga pasien segera melapor jika terjadi perdarahan. Adanya perdarahan dapat dilihat dari tanda dan gejala yang dialami pasien selain adanya patekie, pusing, tampak pucat, sianosis (Misbakh, 2016).

Implementasi kelima adalah meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi salah satunya dengan mengonsumsi jus jambu. Menurut (Hasanalita, 2019) Buah jambu biji memiliki kandungan vitamin C yang tinggi diantara berbagai jenis buah lainnya. Jambu biji merupakan sumber yang kaya serat makanan, vitamin A, C, asam folat dan berbagai mineral makanan seperti kalium, tembaga dan magan. Kandungan vitamin C dalam buah jambu biji merah cukup besar yaitu 87 mg/100 gr bahan yang berperan dalam proses hidroksilasi asam amino prolin dan lisin membentuk hidroksipolin dan hidroksilin, kedua senyawa ini membentuk kolagen yang sangat berguna untuk memberikan kekebalan tubuh melawan infeksi salah satunya termasuk infeksi virus dengue. Jambu biji merah mengandung berbagai zat yang berfungsi untuk menghambat penyakit salah satunya jenis flavonoid kuersetin sehingga dapat dijadikan obat *alternative*. Flavonoid yaitu paling banyak ditemukan didalam jaringan tanaman yang merupakan salah satu kelompok senyawa metabolit sekunder. Kuerstin berkhasiat untuk mengobati kerapuhan pembuluh kapiler darah manusia selain itu juga dapat menghambat sintesis DNA karena

mempunyai efek antiploriferatif. Virus dengue yang menginfeksi sel mereplikasi dirinya dengan cara membentuk DNA yang digunakan sebagai cetakan untuk membentuk RNA baru, proses inilah yang dihambat oleh kuerstin sehingga menghambat virus dengue untuk bereplikasi. Jika replikasi virus dengue terhambat maka akan mengurangi tingkat serangan virus. Hal ini akan mencegah terjadinya perdarahan akibat rusaknya trombosit yang disebabkan virus dengue menurut penelitian (Prasetio, 2015).

Implementasi keenam adalah melakukan injeksi pycin 300 mg per 8 jam untuk mengobati infeksi yang disebabkan bakteri, paracetamol sirup 3x1 ½ sendok teh per 8 jam untuk meredakan demam, nyeri dan sakit kepala.

Implementasi ketujuh dan kedelapan adalah memonitor tanda-tanda vital harus dilakukan secara akurat karena hal tersebut menginformasikan hal penting yang berkaitan dengan kondisi pasien (Barbara & Esther, 2013). Tanda-tanda vital merupakan ukuran statistik berbagai fisiologis yang digunakan untuk membantu menentukan status kesehatan seseorang, dan untuk menilai respon terhadap intervensi. Tanda-tanda vital sendiri terdiri dari nadi, suhu, dan pernafasan. Nadi menurut Debora (2011) merupakan getaran denyutan aliran darah pada arteri yang bisa dipalpasi pada berbagai macam titik di tubuh. Dari hasil observasi pada An. A didapatkan hasil suhu tubuh 36° C, nadi 90 kali per menit, *respiratory rate* (RR) 20 kali per menit.

Implementasi yang tidak dapat dilakukan penulis ada 1 tindakan yaitu Implementasi melakukan pemeriksaan laboratorium. Faktor yang menjadi penghambat dalam implementasi ini yaitu, tindakan ini sudah dilakukan perawat ruangan yang berkolaborasi dengan pihak laboratorium untuk

melakukan pemeriksaan pada pasien. Penulis hanya dapat memonitor hasil laboratorium pada buku pasien yang terdapat di ruangan.

5. Evaluasi

Menurut (Setidi, 2015) Evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan pasien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya. Menurut penelitian (Supratti dan Ashriady, 2016) Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui kebutuhan pasien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan pasien dalam mencapai tujuan yang disesuaikan dengan kriteria hasil pada tahap perencanaan.

Saat penulis melakukan tindakan keperawatan dari rencana yang telah ditentukan, keluarga pasien dapat mengikuti dengan baik. Hasil yang didapatkan pada tanggal 16 Januari 2020 yaitu keluarga pasien mengatakan gusi berdarah hanya kadang-kadang. Data objektif yang didapat yaitu pasien tampak pucat, trombosit mengalami penurunan $73 \cdot 10^3/uL$ dari batas normal $217-457 \cdot 10^3/uL$. Dalam mengatasi masalah risiko perdarahan pasien dan keluarga kooperatif. Pasien berusia 3,5 tahun mau mengonsumsi jus jambu yang telah dianjurkan perawat.

Pada tanggal 17 Januari 2020 hasil dari tindakan yang telah diberikan kepada pasien yaitu, Ibu pasien mengatakan gusi anaknya sudah tidak berdarah, pasien tampak tenang trombosit mengalami peningkatan pada hari kedua yaitu dari $136 \cdot 10^3/uL$ dari batas normal $217-457 \cdot 10^3/uL$. Setelah dilakukan

tindakan keperawatan dapat disimpulkan bahwa masalah risiko perdarahan teratasi sebagian karena dari beberapa tujuan yang direncanakan sebelumnya pasien mengalami peningkatan pada hari kedua yaitu dari $73 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ menjadi $136 \cdot 10^3/\mu\text{L}$.

Setelah pengkajian, implementasi, dan evaluasi terdapat faktor pendukung yang memudahkan penulis untuk memberikan asuhan keperawatan kepada pasien seperti pasien mau dilakukan tindakan keperawatan, pasien mau mengonsumsi jus jambu yang telah dianjurkan perawat, dan adanya kerjasama dengan keluarga dan menjalankan semua tindakan keperawatan yang dilakukan penulis. Disamping faktor pendukung ternyata terdapat juga faktor penghambat yang muncul seperti saat dilakukan pengkajian pasien rewel sehingga melibatkan keluarga pada saat pengkajian, ketika akan di ukur suhu tubuh pasien menolak sehingga pengukuran suhu dilakukan saat pasien tidur, pasien rewel meminta pulang perawat mengalihkan pada permainan sehingga pasien lupa dengan rasa ingin pulangya.

Sebagai alternatif pemecahan masalah penulis melakukan pendekatan kepada pasien dengan berkomunikasi dan bermain sehingga pasien tidak takut dengan perawat dan melibatkan keluarga dalam semua tindakan keperawatan.

