

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar

2.1.1 Pengertian

Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) atau demam berdarah dengue adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus Dengue yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti*. Penyakit ini dapat menyerang semua orang dan dapat mengakibatkan kematian terutama pada anak, serta sering menimbulkan kejadian luar biasa atau wabah.

(Nursalam, 2013).

2.1.2 Derajat DHF :

1. Derajat 1 : Panas 2-7 hari, gejala umum tidak khas, uji tourniquet (+)
2. Derajat 2 : sama dengan derajat 1, gejala perdarahan spontan seperti epistaksis, hematemesis, melena, perdarahan gusi
3. Derajat 3 : Gejala-gejala perdarahan otak , nadi lemah dan cepat (< 120x / menit), tekanan darah menurun
4. Derajat 4 : nadi tidak teraba, tekanan darah tidak teratur, akral dingin, Berkeringat, kulit tampak biru

(H Nabiel Ridha 2014)

2.1.3 Etiologi

Penyebab penyakit dengue haemorrhagic fever (DHF) yang saat ini telah diisolasi empat serotype virus dengue di Indonesia yang termasuk dalam grup B *Arthropodi borne viruses* (Arboviruses), yaitu DEN-1, DEN-2, DEN-3, DEN-4. Ternyata DEN-2, dan DEN-3 merupakan serotype terbanyak sebagai penyebab. Di Thailand, dilaporkan serotype DEN-2 yang dominan, sedang di Indonesia terutama DEN-3, tetapi akhir-akhir ini ada kecenderungan dominasi untuk DEN-2. Infeksi oleh salah satu serotype menimbulkan antibody seumur hidup terhadap serotype bersangkutan, tetapi tidak ada perlindungan terhadap serotype lain. Virus dengue ini ditularkan melalui vector nyamuk *Aedes Aegypti*. Nyamuk *Aedes albopictus*, *Aedes polynesiensis* dan beberapa spesies lain kurang berperan. Jenis nyamuk ini terdapat hampir di seluruh Indonesia, kecuali di ketinggian 1000m di atas permukaan air laut.

(Nursalam 2013)

2.1.4 Patofisiologis

DHF berkaitan dengan system komplemen, yaitu system dalam sirkulasi darah yang terdiri dari sebelas komponen protein dengan bentuk tidak aktif dan labil terhadap panas. Sebagai reaksi terhadap infeksi, terjadi aktivasi komplemen. Akibat aktivasi komplemen, maka dilepaskan anafilatoksin C3a dan C5a yang berdaya membebaskan histamine sebagai mediator kuat dalam peningkatan permeabilitas dinding pembuluh darah dan berperan dalam terjadinya renjatan. Seperti pada infeksi virus yang lain, infeksi virus dengue juga merupakan *self limiting infectious* yang akan berakhir sekitar 2-7 hari. (Nursalam 2013)

Trombositopenia didefinisikan sebagai jumlah trombosit kurang dari 100.000 / mm³ dalam sirkulasi darah. Darah biasanya mengandung sekitar 150.000-350.000 trombosit/mL. Jika jumlah trombosit kurang dari 30.000/mL, bisa terjadi perdarahan abnormal meskipun biasanya gangguan baru timbul jika jumlah trombosit mencapai kurang dari 10.000/mL.

2.1.5 Tanda dan gejala

1. demam tinggi selama 5-7 hari
2. Perdarahan , terutama perdarahan di bawah kulit, hematoma, ecymosis.
3. epistaksis, hematemesis melena, hematuri.
4. Mual, muntah, nafsu makan menurun, diare, konstipasi.
5. Nyeri otot, tulang sendi, abdomen dan ulu hati
6. Sakit kepala
7. Pembengkakan sekitar mata
8. Pembesaran hati , limpa dan kelenjar getah bening.
9. Tanda-tanda kejutan (sianosis, kulit lembab dan dingin, tekanan darah menurun, gelisah , nadi cepat dan lemah). (Nursalam 2013)

2.1.6 Pemeriksaan penunjang

1. Darah

Pada demam berdarah dengue umum dijumpai trombositopenia (<100.000) dan hemokonsentrasi uji tourniquet yang positif merupakan pemeriksaan penting. Masa pembekuan masih dalam batas normal, tetapi masa perdarahan biasanya memanjang. Pada analisis kuantitatif ditemukan masa perdarahan biasanya memanjang. Pada analisis kuantitatif ditemukan penurunan faktor II, V, VII, IX,

dan X. Pada pemeriksaan kimia darah hipoproteinemia, hiponatremia, dan hipokloremia.

2. Urine

Ditemukan albuminuria ringan

3. Sumsum Tulang Gangguan maturasi

4. Serologi

a. Uji serologi memakai serum ganda. Serum yang diambil pada masa akut dan masa konvalegen menaikkan antibodi antidengue sebanyak minimal empat kali termasuk dalam uji ini pengikatan komplemen (PK), uji netralisasi (NT) dan uji dengue blot.

b. Uji serologi memakai serum tunggal. Ada tidaknya atau titer tertentu antibodi antidengue uji dengue yang mengukur antibodi antidengue tanpa memandang kelas antibodinya uji Ig M antidengue yang mengukur hanya antibodi antidengue dari kelas Ig M(1,2,4).

2.1.7 Penatalaksanaan Medis

A. Penatalaksanaan DHF yaitu :

1. Tirah baring
2. makanan lunak dan diberi minum 1,5-2 liter dalam 24 jam
3. untuk hiperpireksia dapat diberikan kompres
4. berikan antibiotic bila terdapat kemungkinan terjadi infeksi

B. Pada pasien dengan renjatan dilakukan :

1. pemasangan Infus RL/ Asering dan dan dipertahankan selama 12-48 jam

Setelah renjatan di atasi.

2. Observasi keadaan umum (tanda-tanda vital)

2.1.8 Pencegahan.

Pencegahan penyakit DBD sangat tergantung pada pengendalian vektornya, yaitu nyamuk *Aedes Aegypti*. Pengendalian nyamuk tersebut dapat dilakukan dengan menggunakan beberapa metode yang tepat, yaitu :

1. Lingkungan.

Metode lingkungan untuk mengendalikan nyamuk tersebut antara lain dengan pemberantasan sarang nyamuk, pengelolaan sampah padat, modifikasi tempat pengembangbiakan nyamuk hasil samping kegiatan manusia.

2. Biologis.

Pengendalian biologis dengan menggunakan ikan pemakan jentik (ikan cupang).

3. Kimiawi.

Pengendalian kimiawi antara lain :

- a. Pengasapan/fogging berguna untuk mengurangi kemungkinan penularan sampai batas waktu tertentu.
- b. Memberikan bubuk abate pada tempat-tempat penampungan air seperti gentong air, vas bunga, kolam, dan lain-lain

2.2 Konsep Dasar Defisit Volume Cairan

2.2.1 Definisi

Defisit volume cairan terjadi ketika tubuh kehilangan cairan dan elektrolit ekstrasel dalam jumlah yang proporsional (isotonik). Kondisi seperti ini disebut juga hipovolemi. Umumnya gangguan ini diawali dengan kehilangan cairan

intravaskuler lalu diikuti dengan perpindahan cairan intrasel menuju intravaskuler sehingga menyebabkan penurunan jumlah cairan ekstrasel. Untuk mengompensasi kondisi ini, tubuh melakukan pemindahan cairan intrasel. Secara umum, deficit volume cairan disebabkan oleh beberapa hal, yaitu kehilangan cairan abnormal melalui kulit, penurunan asupan cairan, perdarahan dan pergerakan cairan ke lokasi ketiga. Lokasi ketiga yang dimaksud adalah lokasi tempat cairan berpindah dan tidak mudah untuk mengembalikannya ke lokasi semula dalam kondisi cairan ekstrasel istirahat. Cairan dapat berpindah dari lokasi intravaskuler menuju lokasi potensial seperti pleura, peritoneum (Tamsuri, 2004).

2.2.2 Etiologi

Beberapa yang dapat menyebabkan kondisi deficit volume cairan yaitu kehilangan cairan aktif dan kegagalan mekanisme regulasi. Kehilangan cairan aktif seperti demam dan laju peningkatan metabolic, drainase tidak normal, luka bakar, menstruasi berlebih, diare, peritonitis (Nanda, 2011)

2.2.3. Faktor Predisposisi

Faktor pencetus dari kekurangan volume cairan dapat disebabkan oleh :

1. Kehilangan cairan dari system gastrointestinal seperti muntah, diare dan drainase
2. Kehilangan plasma atau darah utuh seperti luka bakar dan perdarahan
3. Keringat berlebih
4. Demam
5. Penurunan asupan cairan peroral
6. Penggunaan obat-obatan diuretic

7. Aktivitas hidup seseorang sangat berpengaruh terhadap kebutuhan cairan dan elektrolit. Aktivitas menyebabkan peningkatan proses metabolisme dalam tubuh. Hal ini mengakibatkan peningkatan haluaran cairan melalui keringat. Dengan demikian, jumlah cairan yang dibutuhkan juga meningkat. Selain itu, kehilangan cairan yang tidak disadari (*insensible water loss*) juga mengalami peningkatan akibat pemapasan dan aktivasi kelenjar keringat.
8. Kondisi stress berpengaruh pada kebutuhan cairan dan elektrolit tubuh. Saat stress, tubuh mengalami peningkatan metabolisme seluler, peningkatan konsentrasi glukosa darah, dan glikolisis otot. Mekanisme ini mengakibatkan retensi air dan natrium. Stress juga menyebabkan peningkatan produksi hormone anti diuretik yang dapat mengurangi produksi urine.
9. Klien yang menjalani pembedahan besar mengalami ketidakseimbangan cairan. Beberapa klien dapat kehilangan banyak darah selama periode operasi, sedangkan beberapa klien lainnya justru mengalami kelebihan beban cairan akibat asupan cairan berlebih melalui intravena selama pembedahan atau sekresi hormon ADH selama masa stress akibat obat-obat anastesi. (Potter & Perry, 2006)

2.2.4 Patofisiologi

Kekurangan volume cairan terjadi ketika tubuh kehilangan cairan dan elektrolit ekstraseluler dalam jumlah yang proporsional (isotonik). Kondisi seperti ini disebut juga hipovolemia. Umumnya, gangguan ini diawali dengan kehilangan cairan intravaskuler, lalu diikuti dengan perpindahan cairan interseluler menuju intravaskuler sehingga menyebabkan penurunan cairan ekstraseluler. Untuk mengkompensasi kondisi ini, tubuh melakukan pemindahan cairan intraseluler. Secara umum, defisit volume cairan disebabkan oleh beberapa hal, yaitu

kehilangan cairan abnormal melalui kulit, penurunan asupan cairan, perdarahan dan pergerakan cairan ke lokasi ketiga (lokasi tempat cairan berpindah dan tidak mudah untuk mengembalikannya ke lokasi semula dalam kondisi cairan ekstraseluler istirahat). Cairan dapat berpindah dari lokasi intravaskuler menuju lokasi potensial seperti pleura, peritonium, perikardium, atau rongga sendi. Selain itu, kondisi tertentu, seperti terperangkapnya cairan dalam saluran pencernaan, dapat terjadi akibat obstruksi saluran pencernaan (Faqih, 2011).

2.2.5 Tanda dan Gejala

Beberapa tanda dan gejala pada kekurangan volume cairan menurut NANDA (2011):

1. Perubahan pada status mental
2. Penurunan tekanan darah
3. Penurunan tekanan nadi
4. Penurunan volume nadi
5. Penurunan turgor kulit
6. Penurunan turgor lidah
7. Penurunan halauan urin
8. Penurunan pengisian vena
9. Membrane mukosa kering
10. Kulit kering
11. Peningkatan hematokrit
- . Peningkatan suhu tubuh
13. Peningkatan frekuensi nadi

14. Peningkatan konsentrasi urin
15. Penurunan BB tiba-tiba
16. Haus
17. Kelemahan

2.2.6 Penatalaksanaan

1. Pemulihan volume cairan normal dan koreksi gangguan penyerta asam-basa dan elektrolit.
2. Perbaiki perfusi jaringan pada syok hipovolemik.
3. Rehidrasi oral pada diare pediatrik.
4. Tindakan berupa hidrasi harus secara berhati-hati dengan cairan intravena
5. Tindakan terhadap penyebab dasar.

2.2.7 Pemeriksaan Penunjang

Kadar elektrolit serum untuk menentukan status hidrasi. Elektrolit yang sering diukur adalah ion natrium, kalium, klorida, dan bikarbonat. Hitung darah lengkap khususnya hematokrit untuk melihat respon dehidrasi. Kadar kreatinin untuk mengukur fungsi ginjal. Pemeriksaan berat jenis urin mengukur derajat konsentrasi urin.

\

2.2.8 Kebutuhan Cairan pada Anak

1. Rumus Berat Cairan Pada Anak

Tabel 2.1 rumus Kebutuhan air pada anak:

| Berat Badan | Kebutuhan Air/ Hari |
|-------------|---|
| 1- 10 KG | 100 ML/ KG BB |
| 11- 20 KG | 1000 ML + 50 ML / KG diatas BB 10 KG |
| > 20 KG | 1500 ML + 20 ML / KG diatas BB 20 KG |

(Anas Tamsuri 2009).

Kebutuhan cairan pada tubuh data dihitung sebagai berikut:

Pada anak < 10 Kg , maka 10 Kg dihitung 100 ml/ BB. Missal BB 8 kg maka kebutuhan cairan adalah $8 \times 100 = 800$ ml/hari.

Pada anak dengan BB 10 – 20 Kg, maka 1000 ml pada 10 kg pertama dan ditambah 50 ml per Kg penambahan berat badannya. Missal BB = 15 kg, maka 1000 ml ditambah 5×50 ml maka menjadi 1250 ml/ hari kebutuhan cairannya

Pada seorang dengan berat badan > 20 Kg maka rumusnya adalah 1500 ml pada 20 kg pertama dan ditambah 20 ml/Kg sisanya, misal seseorang dengan BB 40 Kg, maka 20 kg pertama adalah 1500 ml, sedangkan 20 kg sisanya $\times 20$ ml = 400 ml sehingga kebutuhan cairan seseorang dengan berat 40 kg adalah $1500 + 400$ ml = 1900 ml/hari

2. Intake dan Out Put

1. Intake Cairan

. Kebutuhan intake cairan berdasarkan umur dan berat badan

Tabel 2.2 Kebutuhan air pada anak:

| No. | Umur | BB (kg) | Kebutuhan Cairan (ml) |
|-----|----------|---------|--------------------------|
| 1. | 1 tahun | 9,5 | 1150 – 1300 |
| 2. | 2 tahun | 11,8 | 1350 – 1500 |
| 3. | 6 tahun | 20 | 1800 – 2000 |
| 4. | 10 tahun | 28,7 | 2000 – 2500 |
| 5. | 14 tahun | 45 | 2200 – 2700 |

(Faqih M.u 2011)

Pengaturan utama intake cairan adalah melalui mekanisme haus. Pusat haus dikendalikan berada di otak sedangkan rangsangan haus berasal dari kondisi dehidrasi intraseluler, sekresi angiotensin II sebagai respon dari penurunan tekanan darah, perdarahan yang mengakibatkan penurunan volume darah. Perasaan kering di mulut biasanya terjadi bersama dengan sensasi haus walaupun kadang terjadi secara sendiri. Sensasi haus akan segera hilang setelah minum sebelum proses absorpsi oleh gastrointestinal.

2. Output Cairan

Kehilangan cairan tubuh melalui empat rute (proses) yaitu :

a. Urine

Proses pembentukan urine oleh ginjal dan ekskresi melalui traktus urinarius merupakan proses output cairan tubuh yang utama. Dalam kondisi normal output urine sekitar 1400-1500 ml per 24 jam, atau sekitar 30-50 ml per jam pada orang dewasa. Pada orang yang sehat kemungkinan produksi urine bervariasi dalam

setiap harinya, bila aktivitas kelenjar keringat meningkat maka produksi urine akan menurun sebagai upaya tetap mempertahankan keseimbangan dalam tubuh.

b. IWL (Insensible Water Loss)

IWL terjadi melalui paru-paru dan kulit. Melalui kulit dengan mekanisme difusi. Pada orang dewasa normal kehilangan cairan tubuh melalui proses ini adalah berkisar 300-400 ml per hari, tetapi bila proses respirasi atau suhu tubuh meningkat maka IWL dapat meningkat. IWL Dewasa : 15 cc/kg BB/hari. Sedangkan IWL Anak : $(30 - \text{usia}\{\text{tahun}\})\text{cc/kgBB/hari}$

Tabel 2.3. Besar IWL menurut usia.

| Usia | Besar IWL (mg/kg BB/hari) |
|------------|---------------------------|
| Baru lahir | 30 |
| Bayi | 50-60 |
| Anak-anak | 40 |
| Remaja | 30 |
| Dewasa | 20 |

(Anas Tamsuri 2009)

c. Keringat

Berkeringat terjadi sebagai respon terhadap kondisi tubuh yang panas, respon ini berasal dari anterior hipotalamus, sedangkan impulsnya ditransfer melalui sumsum tulang belakang yang dirangsang oleh susunan syaraf simpatis pada kulit.

d. Feses

Pengeluaran air melalui feses berkisar antara 100-200 ml per hari, yang diatur melalui mekanisme reabsorpsi di dalam mukosa usus besar (kolon).

Hal hal yang perlu di perhatikan:

- 1) Rata-rata cairan per hari
 - a. Air minum : 1500-2500 ml
 - b. Air dari makanan :750 ml
 - c. Air dari hasil oksidasi atau metabolisme :200 ml
- 2) Rata- rata haluaran cairan per hari
 - a. Urin : 1400 -1500 ml
 - b. Iwl
 - c. Paru : 350 -400 ml
 - d. Kulit : 350 400 ml
 - e. Keringat : 100 ml
 - f. Feses : 100 -200 ml

3. Mengukur Intake Dan Output

1. Definisi

Merupakan suatu tindakan mengukur jumlah cairan yang masuk ke dalam tubuh (intake) dan mengukur jumlah cairan yang keluar dari tubuh (out put).

2. Tujuan

Menentukan status keseimbangan cairan tubuh dan tingkat dehidrasi klien.

3. Prosedur

- a. Menentukan jumlah cairan yang masuk ke dalam tubuh klien, terdiri dari air minum, air dalam makanan, air hasil oksidasi (metabolisme), cairan intra vena.

- b. Menentukan jumlah cairan yang keluar dari tubuh klien, terdiri dari urine, keringat, feses, muntah, insensible water loss (IWL).
- c. Menentukan keseimbangan cairan tubuh klien dengan rumus :
$$\text{INTAKE} = \text{OUTPUT}.$$
- d. Mendokumentasikan

2.3 Konsep Pertumbuhan Dan Perkembangan Anak

Tumbuh kembang anak menurut Soetjiningsih & IG. N. Gde Ranuh (2013) mencakup dua peristiwa yang sifatnya berbeda, tetapi saling berkaitan dan sulit dipisahkan yaitu mengenai pertumbuhan dan perkembangan. s

Pertumbuhan (*growth*) berkaitan dengan masalah perubahan dalam besar, jumlah, ukuran atau dimensi tingkat sel, organ maupun individu, yang dapat diukur dengan ukuran berat (gram, pound, kg) ukuran panjang dengan cm atau meter, umur tulang, dan keseimbangan metabolik (retensi kalium dan nitrogen tubuh)

Perkembangan (*development*) adalah bertambahnya kemampuan (*skill*) dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan, sebagai hasil proses pematangan. Tahap ini menyangkut adanya proses diferensiasi sel-sel tubuh, jaringan tubuh organ-organ, dan sistem organ berkembang sedemikian rupa, sehingga masing-masing dapat memenuhi fungsinya. Cakupan tahap ini termasuk juga perkembangan emosi, intelektual, dan tingkah laku sebagai hasil dari interaksi terhadap lingkungan. (Sulistiyawati, 2014)

2.3.1 Faktor yang Mempengaruhi Tahap Pertumbuhan Dan Perkembangan Anak

Setiap orang tua akan mengharapkan anaknya tumbuh dan berkembang secara sempurna tanpa mengalami hambatan apapun. Namun ada banyak faktor yang berpengaruh terhadap proses dan pertumbuhan anak yang tidak selamanya tahapan tumbuh sesuai dengan apa yang diinginkan oleh orang tua.

1) Faktor *Hereditas*

Hereditas / keturunan merupakan faktor yang tidak dapat untuk diubah ataupun dimodifikasi, ini merupakan modal dasar untuk mendapatkan hasil akhir dari proses tumbuh anak. Melalui intruksi genetik yang terkandung didalam sel telur yang telah dibuahi dapatlah ditentukan kualitas dan kuantitas pertumbuhan termasuk dari faktor genetik ini adalah jenis kelamin dan suku bangsa / ras. Misalnya anak keturunan bangsa eropa akan lebih tinggi dan lebih besar jika dibandingkan keturunan asia termasuk Indonesia, pertumbuhan postur tubuh wanita akan berbeda dengan laki-laki.

2) Faktor Lingkungan

a. Lingkungan Internal

Hal yang berpengaruh diantaranya adalah hormon dan emosi. Ada tiga hormon yang mempengaruhi tumbuh kembang anak, Hormon *somatotropin* merupakan hormon yang mempengaruhi jumlah sel tulang, merangsang sel otak pada masa pertumbuhan, berkurangnya hormon ini dapat menyebabkan *Gigantisme*. Hormon *tiroid* akan mempengaruhi pertumbuhan tulang, kekurangan hormon ini akan menyebabkan *kretinisme*. dan hormon *Gonatotropin* yang berfungsi untuk merangsang perkembangan seks laki-laki

dan memproduksi spermatozoa, sedangkan estrogen merangsang perkembangan seks skunder perempuan dan produksi sel telur, jika kekurangan hormon *gonatotropin* ini akan menyebabkan terhambatnya perkembangan seks.

Terciptanya hubungan yang hangat dengan orang lain seperti ayah, ibu, saudara, teman sebaya, guru dan sebagainya akan mempengaruhi besar terhadap emosi, sosial, dan intelektual anak. Cara seorang anak dalam berinteraksi dengan orang tua akan mempengaruhi interaksi anak diluar rumah. Pada umumnya anak yang tahap perkembangannya baik akan mempunyai intelegensi yang tinggi dibandingkan dengan anak yang tahap perkembangannya terlambat.

b. Lingkungan Eksternal

Dalam lingkungan eksternal ini banyak sekali yang mempengaruhinya, diantaranya adalah kebudayaan. Kebudayaan suatu daerah akan mempengaruhi kepercayaan, adat kebiasaan dan tingkah laku dalam bagaimana orang tua mendidik anaknya. Status sosial ekonomi keluarga juga berpengaruh, orang tua yang ekonomi menengah keatas dapat dengan mudah menyekolahkan anaknya disekolah-sekolah yang berkualitas sehingga mereka dapat menerima atau mengadopsi cara-cara baru bagaimana cara merawat anak dengan baik. Status nutrisi pengaruhnya juga sangat besar, orang tua dengan ekonomi lemah bahkan tidak mampu memberikan makanan tambahan buat bayinya, sehingga bayiakan kekurangan asupan nutrisi yang akibat

selanjutnya daya tahan tubuh akan menurun dan akhirnya bayi / anak akan jatuh sakit.

Olahraga yang teratur dapat meningkatkan sirkulasi darah dalam tubuh, aktifitas fisiologis dan stimulasi terhadap perkembangan otot-otot, posisi anak dalam keluarga ditengah juga berpengaruh, anak pertama akan menjadi pusat perhatian orang tua, sehingga semua kebutuhan dipenuhi baik itu fisik, emosi, maupun sosial.

3) Faktor Pelayanan Kesehatan

Adanya pelayanan kesehatan yang memadai yang ada disekitar lingkungan dimana anak tumbuh dan berkembang, diharapkan tumbang anak dapat dipantau sehingga apabila terdapat sesuatu hal yang sekiranya meragukan atau terdapat keterlambatan dalam perkembangannya, maka segera mendapatkan pelayanan kesehatan dan diberikan solusi pencegahannya. (Ridha Nabiel.H, 2014).

2.3.2 Tahap Pertumbuhan Dan Perkembangan Anak

Sangat mudah bagi orang tua untuk selalu mengamati pertumbuhan dan perkembangan fisik anaknya, karena hal ini hampir setiap hari orang tua bisa melihatnya.

1. Tumbuh Kembang infant atau bayi, umur 0 sampai 12 bulan

a. *Umur 1 bulan*

Fisik : Berat badan akan meningkat 1500 sampai 200 gr/mg, tinggi badan meningkat 1,5 cm/bulan. Besarnya kenaikan seperti ini akan berlangsung sampai bayi umur 6 bulan.

Motorik : Bayi akan mulai berusaha untuk mengangkat kepala dengan dibantu oleh orang tua, tubuh ditengkurapkan kepala menoleh kekiri ataupun kekanan, reflek menghisap, menelan, menggenggam sudah mulai positif.

Sensorik : Mata mengikuti sinar ketengah.

Sosialisasi : Bayi sudah mulai tersenyum pada orang yang ada disekitarnya.

b. Umur 2 sampai 3 bulan

Fisik : Frontanel posterior sudah menutup.

Motori : Mengangkat kepala, dada dan berusaha untuk menahannya sendiri dengan tangan, memasukkan tangan kemulut, mulai berusaha untuk meraih benda-benda yang menarik yang ada disekitarnya, bisa didudukkan dengan posisi punggung disokong, mulai asik bermain-main sendiri dengan tangan dan jarinya.

Sensorik : Sudah bisa mengikuti arah sinar ke tepi, koordinasi keatas kebawah mulai mendengarkan suara yang didengarnya.

Sosialisme : Mulai tertawa pada seseorang, senang jika tertawa keras, menangis sudah mulai berkurang.

c. Umur 4 sampai 5 bulan

Fisik : Berat badan menjadi dua kali dari berat badan lahir, ngeces karena tidak adanya koordinasi menelan saliva.

Motorik : Jika didudukkan kepala sudah bisa seimbang dan punggung sudah mulai kuat, bila ditengkurapkan sudah bisa mulai miring dan kepala sudah bisa tegak lurus, reflek trimitif sudah mulai hilang, berusaha meraih benda sekitar dengan tangannya.

Sensoris : Sudah bisa mengenal orang-orang yang sering berada didekatnya, akomodasi mata positif.

Sosialisasi : Senang jika berinteraksi dengan orang lain walaupun belum pernah dilihatnya atau dikenalnya, sudah bisa mengeluarkan suara pertanda tidak senang bila mainan atau benda miliknya diambil oleh orang lain.

d. *Usia 6 sampai 7 bulan*

Fisik : Berat badan meningkat 90 sampai 25 gr/minggu, tinggi badan meningkat 1,25 cm/bulan, lingkaran kepala meningkat 0,5 cm/bulan, besarnya kenaikan seperti ini akan berlangsung sampai bayi berusia 12 bulan (6 bulan kedua., gigi sudah mulai tumbuh). Bayi sudah bisa membalikkan badan sendiri, memindahkan anggota badan dari tangan yang satu ketangan yang lainnya, mengambil mainan dengan tangannya, senang memasukkan kaki kemulut, sudah mulai bisa memasukkan makanan kemulut sendiri.

Sosialisasi : Sudah dapat membedakan orang yang dikenalnya dengan yang tidak dikenalnya, jika bersama dengan orang yang belum dikenalnya bayi akan merasa cemas (*strager anxiety*), sudah dapat menyebut atau mengeluarkan suara em....em....em..., bayi biasanya cepat menangis jika terdapat hal-hal yang tidak disenanginya, akan tetapi akan cepat tertawa lagi.

e. *Umur 8 sampai 9 bulan*

Fisik : Sudah bisa duduk dengan sendirinya, koordinasi tangan kemulut sangat sering, bayi mulai tengkurap sendiri dan mulai merangkak, sudah bisa mengambil benda dengan menggunakan jari-jarinya.

Sensorik : Bayi tertarik dengan benda-benda kecil yang ada disekitarnya.

Sosialisasi : Bayi mengalami *stranger anxiety* atau merasa cemas terhadap hal-hal yang belum dikenalnya (orang asing. sehingga dia akan menangis dan mendorong serta meronta-ronta, merangkul atau memeluk orang yang dicintainya, jika dimarahi dia sudah bisa memberikan reaksi menangis dan tidak senang, mulai mengulang kata-kata “dada.....dada” tetapi belum punya arti.

f. *Umur 10 sampai 12 bulan*

Fisik : Berat badan tiga kali berat badan waktu lahir, gigi bagian atas dan bawah sudah tumbuh.

Motorik : Sudah mulai belajar berdiri tetapi tidak bertahan lama, belajar berjalan dengan bantuan, sudah bisa berdiri dan duduk sendiri, mulai belajar akan dengan menggunakan sendok akan tetapi lebih senang menggunakan tangan, sudah bisa bermain ci...luk...ba..., mulai senang mencoret-coret kertas.

Sensorik : *Visual aculty* 20 sampai 50 positif sudah dapat membedakan bentuk.

Sosialisasi : Emosi positif, cemburu, marah lebih senang pada lingkungan yang sudah diketahuinya, merasa takut pada situasi asing, mulai

mengerti akan perintah sederhana, sudah mengerti namanya sendiri, sudah bisa menyebut Ami, Umi.

2. Tumbuh Kembang Tudder (Batita Umur 1 Sampai 3 Tahun)

a. *Umur 15 bulan*

Motorik Kasar : Sudah bisa belajar sendiri tanpa bantuan orang lain.

Motorik Halus : Sudah bisa memegang cangkir, memasukkan jari kelubang, membuka kotak, melempar benda.

b. *Umur 18 bulan*

Motorik Kasar : Mulai berlari tetapi masih sering jatuh, menarik-narik mainan, mulai senang naik tangga tetapi masih dengan bantuan .

Motorik Halus : Sudah bisa makan dengan menggunakan sendok, bisa membuka halaman buku, belajar menyusun balok-balok.

c. *Umur 24 bulan*

Motorik Kasar : Berlari sudah baik, dapat naik tangga sendiri dengan kedua kaki tiap tahap.

Motorik Halus : Sudah bisa membuka pintu, membuka kunci, menggunting sederhana, minum dengan menggunakan gelas atau cangkir, sudah dapat menggunakan sendok dengan baik.

d. *Umur 36 bulan*

Motorik Kasar : Sudah bisa naik turun tangga tanpa bantuan, memakai baju dengan bantuan, mulai bisa naik sepeda beroda tiga.

Motorik Halus :Bisa menggambar lingkaran, mencuci tangannya sendiri, menggosok gigi.

3. Tumbuh Kembang Pra Sekolah

a. *Usia 4 tahun*

Motorik Kasar : Berjalan berjinjit, melompat, melompat dengan satu kaki, menangkap bola dan melemparkannya dari atas kepala.

Motorik Halus : Sudah bisa menggunakan gunting dengan lancar, sudah bisa menggambar kotak, menggambar garis vertikal maupun horizontal, belajar membuka dan memasang kancing baju.

b. *Usia 5 tahun*

Motorik Kasar : Berjalan mundur sambil berjinjit, sudah dapat menangkap dan melempar bola dengan baik, sudah dapat melompat dengan kaki secara bergantian.

Motorik Halus : Menulis dengan angka-angka, menulis dengan huruf, menulis dengan kata-kata belajar menulis nama, belajar mengikat tali sepatu.

Sosial emosional : Bermain sendiri mulai berkurang, sering berkumpul dengan teman sebaya, interaksi sosial selama bermain meningkat, sudah siap menggunakan alat-alat bermain.

Pertumbuhan fisik :Berat badan meningkat 2,5 kg/tahun, tinggi badan meningkat 6,75 sampai 7,5 cm/tahun.

4. *Tumbuh Kembang Usia Sekolah*

Motorik : Lebih mampu menggunakan otot-otot kasar dari pada otot-otot halus. Misalnya lompat tali, badminton, bola volly, pada akhir masa sekolah motorik halus lebih berkurang, Anak laki-laki lebih aktif daripada anak perempuan.

Sosial emosional : Mencari lingkungan yang lebih luas sehingga cenderung sering pergi dari rumah hanya untuk bermain dengan teman, saat ini sekolah sangat berperan untuk membentuk pribadi anak, disekolah anak harus berinteraksi dengan orang lain selain keluarganya, sehingga peran guru sangatlah besar.

Pertumbuhan fisik : Berat badan meningkat sampai 2 hingga 3 kg/tahun, tinggi badan meningkat 6 sampai 7cm/tahun.

5. *Tumbuh Kembang Remaja (Andolescent)*

Pertumbuhan Fisik : Merupakan tahap pertumbuhan yang sangat pesat, tinggi badan 25% berat badan 50% semua sistem tubuh berubah dan yang paling banyak perkembangan adalah sistem endokrin, bagian-bagian tubuh tertentu memanjang, misalnya tangan kaki proporsi tumbuh memanjang.

Sosial emosional : Kemampuan akan sosialisasi meningkat, relasi dengan teman wanita / pria akan tetapi lebih penting dengan teman sejenis, penampilan fisik remaja sangat penting karena mereka supaya diterima oleh kawan dan disamping itu pula persepsi terhadap badannya akan mempengaruhi konsep dirinya peran orang tua atau keluarga sudah tidak begitu penting tetapi sudah mulai beralih pada teman sebaya. (Nabiel Ridha 2014).

2.4 Konsep Hospitalisasi

2.4.1 Pengertian Hospitalisasi

Hospitalisasi merupakan suatu proses yang karena suatu alasan yang berencana atau darurat yang mengharuskan anak untuk tinggal di rumah sakit, menjalani terapi dan perawatan sampai pemulangnya kembali ke rumah. Selama proses tersebut, anak dan orang tua harus dapat mengalami berbagai kejadian yang menurut beberapa ditunjukkan dengan pengalaman yang sangat traumatik dan penuh stress. (Wong dkk, 2008).

2.4.2 Dampak Hospitalisasi

Hospitalisasi atau sakit dan dirawat di rumah sakit bagi anak dan keluarga akan menimbulkan stress dan tidak aman. Jumlah dan efek stress tergantung pada persepsi anak dan keluarga terhadap kerusakan penyakit dan pengobatan. Penyebab anak stress meliputi:

1. Psikososial (berpisah dengan orang tua, keluarga lain, teman, dan perubahan peran).
2. Fisiologis (kurang tidur, perasaan nyeri, imobilisasi dan tidak mengontrol diri).
3. Lingkungan asing (kebiasaan sehari-hari berubah).
4. Reaksi orang tua, kecemasan, dan ketakutan akibat dari seriusnya penyakit, prosedur, pengobatan, dan dampak terhadap masa depan anak, frustrasi karena kurang informasi terhadap prosedur dan pengobatan serta tidak familiernya peraturan rumah sakit. (Supartini, 2008).

2.4.3 Keuntungan Hospitalisasi

Meskipun hospitalisasi dapat dan biasa menimbulkan stress bagi anak-anak, tetapi hospitalisasi juga bermanfaat. Manfaat yang paling nyata adalah pulih dari sakit, tetapi hospitalisasi juga dapat memberi kesempatan pada anak-anak untuk mengatasi stress dan merasa kompeten dalam kemampuan koping mereka.

2.4.4 Respon Hospitalisasi Pada Orang Tua

Respon keluarga yaitu suatu reaksi yang diberikan keluarga terhadap keinginan untuk menanggapi kebutuhan yang ada pada dirinya. Perawatan anak di rumah sakit tidak hanya menimbulkan stress pada orang tua. Orang tua juga merasa ada sesuatu yang hilang dalam kehidupan keluarganya, dan hal ini juga terlihat bahwa perawatan anak selama dirawat di rumah sakit lebih banyak menimbulkan stress pada orang tua dan hal ini telah banyak dibuktikan oleh penelitian-penelitian sebelumnya. (Supartini, 2008)

Reaksi dari stress orang tua terhadap perawatan anak yang dirawat di rumah sakit yang meliputi:

1. Kecemasan, ini termasuk dalam kelompok emosi primer dan meliputi perasaan was-was, bimbang, khawatir, kaget, bingung, dan merasa terancam.
2. Marah, dalam kelompok amarah sebagai emosi primer termasuk gusar, tegang, kesal, jengkel, dendam, merasa terpaksa, dan sebagainya.
3. Sedih, dalam kelompok sedih sebagai termasuk emosi primer termasuk susah, putus asa, rasa bersalah, tak berdaya, terpojok, dan sebagainya. Bila kesedihan terlalu lama maka timbullah tanda-tanda depresi dengan triasnya : rasa sedih, putus asa sehingga timbul pikiran lebih baik mati saja.
4. Stressor dan reaksi keluarga sehubungan dengan hospitalisasi anak, jika anak harus menjalani hospitalisasi akan memberikan pengaruh terhadap anggota keluarga dan fungsi keluarga. (Wong dkk, 2008)

2.5 Tinjauan Teori Asuhan Keperawatan

Dalam memberikan asuhan keperawatan digunakan metode proses keperawatan yang dalam pelaksanaannya di bagi menjadi 5 tahap yaitu : pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

2.5.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini

akan menentukan diagnosis keperawatan. Pengkajian harus dilakukan dengan teliti dan cermat sehingga seluruh kebutuhan perawatan pada klien dapat diidentifikasi (Nikmatur, 2012).

2.5.2 Diagnosa Keperawatan

Pernyataan yang menggambarkan respon manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi actual/potensial) dari individu atau kelompok agar perawat dapat secara legal mengidentifikasi dan perawat dapat memberikan tindakan keperawatan secara pasti untuk menjaga status kesehatan.(Nikmatur, 2012)

2.5.3 Perencanaan Keperawatan

Perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Tahap ini dimulai setelah menentukan diagnosa keperawatan dan menyimpulkan rencana dokumentasi dan desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien (Nikmatur, 2012).

2.5.4 Implementasi

Implementasi merupakan tindakan yang sesuai dengan yang telah direncanakan mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi. Tindakan mandiri adalah tindakan keperawatan berdasarkan analisis dan kesimpulan perawat serta bukan atas petunjuk tenaga kesehatan lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan yang didasarkan oleh hasil keputusan bersama dengan dokter atau petugas kesehatan lain (Nikmatur, 2012)

Pada tahap ini untuk melaksanakan intervensi dan aktivitas yang telah dicatat dalam rencana perawatan pasien. Agar implementasi atau pelaksanaan perencanaan ini dapat tepat waktu dan efektif maka perlu mengidentifikasi prioritas perawatan, memantau dan mencatat respon pasien terhadap setiap intervensi yang dilaksanakan serta mendokumentasikan pelaksanaan perawatan. Pada pelaksanaan keperawatan diprioritaskan pada upaya untuk mempertahankan jalan napas, mempermudah pertukaran gas, meningkatkan masukan nutrisi, mencegah komplikasi, memperlambat memperburuknya kondisi, memberikan informasi tentang proses penyakit (Doenges Marilyn E,2009, Rencana Asuhan Keperawatan).

2.5.5 Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan criteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Tujuan dari evaluasi adalah mengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi rencana tindakan keperawatan dan meneruskan rencana tindakan keperawatan (Nikmatur, 2012)

2.6 Penerapan Asuhan keperwatan Teori

2.6.1 Pengkajian

1. Identitas pasien

Nama, umur (Pada DHF tersering menyerang anak-anak dengan usia kurang dari 15tahun), jenis kelamin, alamat, pendidikan, nama orangtua, pendidikan orang tua, pekerjaan orang tua.

2. Keluhan utama

keluhan yang menonjol pada pasien DHF untuk datang kerumah sakit adalah panas tinggi anak lemah

3. Riwayat penyakit sekarang

Didapatkan adanya keluhan panas mendadak disertai mengigil, saat demam kesadaran kompos mentis. Panas menurun terjadi antara hari ke 3 dan ke 7 sementara anak semakin lemah. Kadang-kadang di disertai 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, seeta adanya manifestasi perdarahan pada kulit, gusi (grade III dan IV), melena atau hematemesis.

4. Riwayat penyakit yang pernah di derita.

Penyakit yang pernah di derita Pada dengue haemorrhagic fever, anak bisa mengalami serangan ulangan Dengue Haemorrhagic Fever dengan tipe virus yang lain.

5. Riwayat imunisasi

Bila anak mempunyai kekebalan yang baik, kemungkinan timbul komplikasi dapat dihindarkan

6. Riwayat gizi

Status gizi yang menderita DHF dapat bervariasi. Semua anak dengan status gizi yang baik, maupun buruk dapat beresiko apabila terdapat faktor predisposisinya. Pada anak yang menderita keluhan DHF sering mengalami keluhan mual, muntah, dan nafsu makan menurun. Apabila kondisi ini berlanjut, dan tidak disertai dengan pemenuhan nutrisi yang adekuat maka anak dapat mengalami penurunan berat badan, sehingga status gizinya menjadi kurang.

7. Kondisi lingkungan

Sering terjadi pada daerah padat penduduknya, lingkungan yang kurang kebersihannya (air yang menggenang) dan gantungan baju di kamar.

8. Pola kebiasaan

- a. Nutrisi dan metabolisme, yaitu frekuensi, jenis, pantangan, nafsu makan berkurang/ menurun
- b. Eliminasi alvi (buang air besar) kadang-kadang anak mengalami diare/konstipasi. DHF grade III-IV biasanya mengalami melena.
- c. Eliminasi urine (buang air kecil) perlu di kaji apakah sering kencing, sedikit/banyak, sakit/tidak. Pada DHF grade IV sering terjadi hematuria.

d. Tidur dan istirahat. Anak sering mengalami kurang tidur karena sakit/nyeri otot dan persendian, sehingga kuantitas dan kualitas tidur, serta istirahat kurang.

e. Kebersihan. Upaya keluarga untuk menjaga kebersihan diri dan lingkungan cenderung kurang terutama pada sarang nyamuk aedes aegypti.

f. Tanggapan bila ada keluarga yang sakit dan upaya untuk menjaga kesehatan.

9. Pemeriksaan fisik meliputi inspeksi, palpasi, auskultasi , dan perkusi dari ujung rambut sampai ujung kaki. Berdasarkan tingkat grade DHF , keadaan fisik anak sebagai berikut

a. Grade I : kesadaran kompos mentis, keadaan umum lemah, tanda-tanda vital nadi lemah.

b. Grade II : kesadaran kompos mentis, keadaan umum lemah, adanya perdarahan spontan petekia, perdarahan gusi dan telinga , nadi lemah kecil dan tidak teratur.

c. Grade III : kesadaran apatis, somnolen, keadaan umum lemah, nadi lemah, kecil dan tidak teratur dan tensi menurun.

d. Grade IV : kesadaran koma, nadi tidak teraba, tensi tidak terukur, pernafasan tidak teratur, ekstermitas dingin, berkeringat dan kulit nampak biru.

10. Sistem integument

- a. Kulit adanya ptekiea, turgot kulit menurun, keringat dingin, lembab.
- b. Kuku cyanosis atau tidak
- c. Kepala dan leher Kepala terasa nyeri, muka nampak kemerahan karena demam (flushy), mata anemis, hidung kadang mengalami perdarahan atau epitaksis (grade II , III , IV). Pada mulut di dapatkan mukosa mulut kering, perdarahan gusi, kotor, dan nyeri telan. Tenggorokan mengalami hiperenemia faring, terjadi perdarahan telinga (gradeII, III, IV).
- d. Dada Bentuk simetris, kadang-kadang sesak, pada foto thoraks terdapat adanya cairan yang tertimbun pada paru sebelah kanan(efusi pleura), rales (+), ronchi (+) biasanya pada grade III, IV.
- e. Pada abdomen terdapat nyeri tekan, pembesaran hati (hepatomegali), dan asites.
- f. Ekstermitas yaitu akral dingin, nyeri otot, dan sendi serta tulang.

11. Pemeriksaan laboratorium Pada pemeriksaan darah pasien DHF akan dijumpai sebagai berikut :

- a. Hb dan PVC meningkat (>20%).
- b. Trambositopenia (<100.000/ml).
- c.leukopenia(mungkin normalnatau lekositosis).
- d. Ig.D.dengue positif.

e. Hasil pemeriksaan kimia darah menunjukkan hipoproteinemia, hiponatremia.

f. Urium dan Ph mungkin meningkat. G. Asidosis metabolik : pCO₂ <35-40 mmhg. HCO₃ rendah. H. SGOT/SGPT mungkin meningkat.

2.6.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada DHF meliputi :

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan pindahnya cairan intravaskuler ke extravaskuler.
2. Hipertermia berhubungan dengan proses infeksi virus.
3. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan intake nutrisi yang tidak ade kuat akibat mual dan nafsu makan yang menurun.
4. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan kebocoran plasma darah.
5. Nyeri akut.

2.6.3 Perencanaan Keperawatan

- 1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan pindahnya cairan intravaskuler ke extravaskuler.**

Tujuan : Anak menunjukkan tanda-tanda terpenuhinya kebutuhan cairan.

Kriteria hasil :

- a. TTV (nadi, tensi) dalam batas normal.
- b. Turgor kulit kembali dalam 1 detik.
- c. Ubun-ubun datar.
- d. Produksi urine 1 cc/ kg/ BB/ jam.

e. Tidak terjadi syok hipovolemik.

Rencana tindakan :

a. Kaji keadaan umum pasien

Rasional : Menetapkan data dasar untuk mengetahui dengan cepat penyimpangan dari keadaan normalnya.

b. Observasi tanda-tanda syok (nadi lemah dan cepat, tensi menurun akral dingin, kesadaran menurun, gelisah)

Rasional : Mengetahui tanda syok sedini mungkin sehingga dapat segera dilakukan tindakan.

c. Monitor tanda-tanda dehidrasi (turgor kulit turun, ubun-ubun cekung produksi urin turun).

Rasional : Mengetahui derajat dehidrasi (turgor kulit turun, ubun-ubun cekung produksi urin turun).

d. Berikan hidrasi peroral secara adekuat sesuai dengan kebutuhan tubuh.

Rasional : Asupan cairan sangat diperhatikan untuk menambah volume cairan tubuh.

e. Kolaborasi pemberian cairan intravena RL, glukosa 5% dalam half strenght NaCl 0,9%, Dextran L 40.

Rasional : Pemberian cairan ini sangat penting bagi pasien yang mengalami defisit volume cairan dengan keadaan umum yang buruk karena cairan ini langsung masuk ke pembuluh darah.

2. Peningkatan suhu tubuh (hipertermi) berhubungan dengan proses infeksi virus.

Tujuan: Anak menunjukkan suhu tubuh dalam batas normal.

Kriteria hasil :

- a. Suhu tubuh 36-37 °C
- b. Pasien bebas dari demam.

Rencana tindakan :

- a. Monitor temperatur tubuh

Rasional : Perubahan temperatur dapat terjadi pada proses infeksi akut.

- b. Observasi tanda-tanda vital (suhu, tensi, nadi, pernafasan tiap 3 jam atau lebih sering).

Rasional : Tanda vital merupakan acuan untuk mengetahui keadaan umum pasien.

- c. Anjurkan pasien untuk minum banyak 1 ½ -2 liter dalam 24 jam.

Rasional : Peningkatan suhu tubuh mengakibatkan penguapan tubuh meningkat sehingga perlu diimbangi dengan asupan yang banyak.

- d. Berikan kompres dingin

Rasional : Menurunkan panas lewat konduksi.

- e. Berikan antipiretik sesuai program tim medis

Rasional : Menurunkan panas pada pusat hipotalamus.

3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan intake nutrisi yang tidak ade kuat akibat mual dan nafsu makan yang menurun.

Tujuan : asupan kebutuhan nutrisi dapat terpenuhi

Kriteria hasil :

- a. Adanya minat/ selera makan.
- b. Porsi makansesuai kebutuhan.

c. BB dipertahankan sesuai usia.

d. BB meningkat sesuai usia.

Rencana tindakan :

a. Monitor intake makanan

Rasional : Memonitor intake kalori dan insufisiensi kualitas konsumsi makanan.

b. Memberikan perawatan mulut sebelum dan sesudah makan.

Rasional : Mengurangi rasa tidak nyaman dan meningkatkan selera makan.

c. Sajikan makanan yang menarik, merangsang selera dan dalam suasana yang menyenangkan.

Rasional : Meningkatkan selera makan sehingga meningkatkan intake makanan.

d. Berikan makanan dalam porsi kecil tapi sering.

Rasional : Makan dalam porsi besar/ banyak lebih sulit dikonsumsi saat pasien anoreksia.

e. Timbang BB setiap hari.

Rasional : Memonitor kurangnya BB dan efektifitas intervensi nutrisi yang diberikan.

f. Konsul ke ahli gizi.

Rasional : Memberikan bantuan untuk menetapkan diet dan merencanakan pertemuan secara individual bila diperlukan.

4. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan kebocoran plasma darah.

Tujuan : Anak menunjukkan tanda-tanda perfusi jaringan perifer yang adekuat.

Kriteria hasil :

a. Suhu ekstremitas hangat, tidak lembab, warna merah muda.

- b. Ekstrimitas tidak nyeri, tidak ada pembengkakan.
- c. CRT kembali dalam 1 detik.

Rencana tindakan :

- a. Kaji dan catat tanda-tanda vital (kualitas dan frekuensi nadi, tensi, capillary reffil).

Rasional : Tanda vital merupakan acuan untuk mengetahui penurunan perfusi ke jaringan

- b. Kaji dan catat sirkulasi pada ekstrimitas (suhu kelembaban, dan warna).

Rasional : Suhu dingin, warna pucat pada ekstrimitas menunjukkan sirkulasi darah kurang adekuat.

- c. Nilai kemungkinan kematian jaringan pada ekstrimitas seperti dingin, nyeri, pembengkakan, kaki.

Rasional : Mengetahui tanda kematian jaringan ekstrimitas lebih awal dapat berguna untuk mencegah kematian jaringan.

5. **Gangguan rasa nyaman (nyeri).**

Tujuan : Rasa nyaman pasien terpenuhi dengan kriteria nyeri berkurang atau hilang.

Rencana tindakan :

- a. Kaji tingkat nyeri yang dialami pasien dengan memberi rentang nyeri (0-10).

Rasional : Mengetahui nyeri yang dialami pasien sehingga perawat dapat menentukan cara mengatasinya.

- b. Kaji faktor-faktor yang mempengaruhi reaksi pasien terhadap nyeri.

Rasional : Dengan mengetahui faktor-faktor tersebut maka perawat dapat melakukan intervensi yang sesuai dengan masalah klien.

c. Berikan posisi yang nyaman dan ciptakan suasana ruangan yang tenang.

Rasional : Posisi yang nyaman dan situasi yang tenang dapat membuat perasaan yang nyaman pada pasien.

d. Berikan suasana gembira bagi pasien, alihkan perhatian pasien dari rasa nyeri dengan mainan, membaca buku cerita.

Rasional : Dengan melakukan aktifitas lain pasien dapat sedikit mengalihkan perhatiannya terhadap nyeri.

e. Kolaborasi pemberian obat-obatan analgesik.

Rasional : Obat analgesik dapat menekankan rasa nyeri

2.6.4 Implementasi

Implementasi merupakan tindakan yang sesuai dengan yang telah direncanakan mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi. Tindakan mandiri adalah tindakan keperawatan berdasarkan analisis dan kesimpulan perawat serta bukan atas petunjuk tenaga kesehatan lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan yang didasarkan oleh hasil keputusan bersama dengan dokter atau petugas kesehatan lain (Nikmatur, 2012)

2.6.5 Evaluasi

S : data subyektif

Keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

O : data obyektif

Hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung kepada klien dan yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

A : analisis

Interpretasi dari data subyektif dan data obyektif. Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah/diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah terindikasi datarnya dalam data subyektif dan obyektif.

P : planning

Perencanaan perawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.