

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada Bab ini akan membahas tentang masalah yang ada dikonsepsi (Teori) pada Asuhan Keperawatan pada An. R dengan masalah Asuhan Keperawatan Anak Pada An. R Dengan Fokus Intervensi Pemberian Cairan Intravena dan Farmakoterapi Untuk Hipertermia Pada *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) Di Rumah Sakit dengan tahapan keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi. Hal ini dilakukan pada Sabtu sampai Minggu tanggal 4-6 April 2026 akan penulis bahas secara lengkap dibawah ini:

#### **A. Hasil Pengkajian dan Pembahasan**

##### **1. Pengkajian**

Pengkajian adalah proses sistematis dari pengumpulan, verifikasi, dan komunikasi data tentang pasien guna menggali permasalahan kesehatan yang dihadapi pasien dan keluarganya. Hasil pengkajian data dasar pada tanggal 4 April 2026 pukul 07.30 WIB di IGD menunjukkan pasien An. R, usia 5 tahun, laki-laki, No. RM 0058xxxx, dengan diagnosa medis *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF). Pasien ditanggung oleh ibunya, Ny. M, seorang ibu rumah tangga yang beralamat di Purwodadi.

Keluhan utama saat masuk rumah sakit adalah demam selama 5 hari yang bersifat naik turun, pusing, mual, dan muntah sebanyak 2 kali. Hasil pemeriksaan fisik awal menunjukkan GCS: 15 (Compos Mentis), Keadaan Umum: Sedang, HR: 80x/mnt,

RR: 20x/mnt, dan Suhu: 38°C. Hasil laboratorium darah perifer lengkap menunjukkan nilai Trombosit  $109 \times 10^3/\mu\text{L}$  dan Hematokrit 42,02%. Pasien mendapatkan terapi cairan intravena Infus Asering 20 TPM, serta terapi farmakologi meliputi Inj. Antrain 2x25 mg, Inj. Ranitidine 2x25 mg, Inj. Omeprazole 2x1g, Inj. Metoclopramide 3x5 mg, dan PO Paracetamol 500 mg.

## 2. Pembahasan Alasan Penegakan Diagnosis Keperawatan (Prioritas Masalah)

Berdasarkan hasil analisis data pengkajian yang diselaraskan dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), penulis merumuskan tiga diagnosis keperawatan prioritas dengan justifikasi klinis sebagai berikut:

- Prioritas 1: Hipertermia berhubungan dengan Proses Penyakit (D.0130)
  - Alasan Penegakan Diagnosis: Diagnosis ini ditegakkan karena demam merupakan manifestasi klinis utama dan akut pada fase awal hingga kritis DHF akibat viremia (proses replikasi virus dengue dalam darah). Virus dengue merangsang makrofag untuk melepaskan pirogen endogen (seperti IL-1, IL-6, dan TNF-alpha) yang langsung memengaruhi pusat termoregulasi di hipotalamus, sehingga *set point* suhu tubuh meningkat.
  - Data Pendukung Kasus: Ibu pasien mengeluh An. R demam naik turun selama 5 hari disertai pusing, dan hasil pengukuran suhu objektif di IGD mencapai 38°C.
  - Justifikasi Prioritas Utama: Sesuai dengan Hirarki Kebutuhan Dasar Maslow, keseimbangan suhu tubuh termasuk dalam kebutuhan fisiologis vital. Penulis menempatkan hipertermia

sebagai prioritas pertama karena pada pasien anak usia 5 tahun, peningkatan suhu tubuh yang tidak segera dikendalikan berisiko tinggi memicu dehidrasi sekunder akibat peningkatan *Insensible Water Loss* (IWL) serta bahaya terjadinya kejang demam yang dapat memperburuk perfusi jaringan otak.

- Prioritas 2: Hipovolemia berhubungan dengan Kebocoran plasma akibat peningkatan permeabilitas kapiler (D.0023)
  - Alasan Penegakan Diagnosis: Diagnosa Hipovolemia ditegakkan pada An. R karena adanya penurunan volume cairan intravaskuler akibat kebocoran plasma. Hal ini sesuai dengan patofisiologi DHF, dimana virus dengue menyebabkan kerusakan pada sel endotel pembuluh darah sehingga permeabilitas kapiler meningkat. Akibatnya plasma keluar dari intravaskuler ke ruang ekstrasvaskuler dan menyebabkan berkurangnya volume sirkulasi darah. Jika tidak segera ditangani dapat berlanjut menjadi syok hipovolemik. Hal ini sesuai dengan teori Ngastiyah 2014 dan SDKI 2023.
  - Data Pendukung Kasus: Hasil laboratorium An. R menunjukkan nilai trombosit berada di angka  $109 \times 10^3 \text{uL}$ , di mana nilai ini sudah berada di bawah rentang normal ( $150 - 450 \times 10^3 \text{uL}$ ).
  - Justifikasi Prioritas Kedua: Diagnosa Hipovolemia ditetapkan sebagai prioritas kedua setelah Hipertermia. Alasannya adalah berdasarkan prinsip ABC dan hierarki kebutuhan Maslow. Hipertermia dengan suhu  $39,5^\circ\text{C}$  menjadi prioritas utama karena

dapat menyebabkan kejang demam dan kerusakan otak dalam waktu cepat sehingga mengancam nyawa secara langsung. Sedangkan Hipovolemia pada DHF biasanya muncul dan memuncak pada fase kritis hari ke 3-5. Pada saat pengkajian An. R masih berada pada fase febris hari ke-2. Oleh karena itu, setelah masalah demam teratasi sebagian, maka fokus selanjutnya adalah mencegah terjadinya hipovolemia lebih lanjut dengan cara memantau keseimbangan cairan dan tanda-tanda syok. Tindakan ini penting untuk mencegah terjadinya penurunan perfusi jaringan dan syok yang dapat mengancam nyawa pasien.

- Prioritas 3: Risiko Defisit Nutrisi ditandai dengan Faktor Psikologis / Agen Pemicu Mual-Muntah (D.0032)
  - Alasan Penegakan Diagnosis: Masalah ini ditegakkan sebagai konsekuensi dari respons gastrointestinal pada infeksi virus dengue. Proses peradangan sistemik memicu asidosis lambung atau bisa juga distimulasi oleh adanya hepatomegali (pembesaran hati) yang menekan area lambung. Kondisi ini merangsang pusat muntah di otak atau *Chemoreceptor Trigger Zone* (CTZ), sehingga muncul sensasi mual dan refleks muntah.
  - Data Pendukung Kasus: Ibu pasien melaporkan anak muntah 2 kali, mengeluh mual, dan mengalami penurunan nafsu makan drastis (hanya mampu menghabiskan 2 sendok dari porsi yang disediakan).

- Justifikasi Prioritas Ketiga: Diagnosis ini ditempatkan pada prioritas ketiga karena secara klinis keluhan gastrointestinal An. R belum sampai menyebabkan dehidrasi berat atau penurunan berat badan mendadak, serta masih dapat dikontrol secara kolaboratif menggunakan antiemetik (Metoclopramide) dan pelindung mukosa lambung (Ranitidine dan Omeprazole). Kendati demikian, intervensi nutrisi tetap penting karena asupan nutrisi yang buruk akan menghambat sintesis protein plasma dan regenerasi seluler (termasuk produksi trombosit di sumsum tulang), yang krusial bagi fase pemulihan anak.

### 3. Analisis Kesenjangan Teori dan Kasus (Diagnosis Tidak Muncul / Dimodifikasi)

Dalam asuhan keperawatan ini, penulis melakukan analisis perbandingan antara diagnosis DHF yang lazim ada pada tinjauan teori dengan kondisi nyata yang ditemukan pada An. R:

- Risiko Perdarahan (D.0012)– *Ada di Teori, Tidak Muncul di Kasus*
  - *Analisis Klinis:* Dalam teori asuhan keperawatan DHF, Risiko Perdarahan sering diangkat sebagai diagnosis mandiri akibat adanya petekie di daerah lengan dan uji tourniquet menunjukkan hasil positif. Mengalami muntah 2x dalam 24 jam terakhir. Data tersebut menunjukkan bahwa An. R memiliki faktor risiko tinggi untuk mengalami perdarahan. Penurunan trombosit dan kerusakan pembuluh darah merupakan ciri khas pada pasien DHF fase kritis.

- *Alasan Rasional:* Berdasarkan kondisi klinis, tanda-tanda: Pertama, terjadi trombositopenia yaitu penurunan jumlah trombosit akibat penekanan sumsum tulang oleh virus dengue dan penghancuran trombosit. Kedua, terjadi gangguan fungsi trombosit sehingga trombosit tidak dapat bekerja dengan baik meskipun jumlahnya ada. Ketiga, terjadi kerusakan pada dinding pembuluh darah akibat peningkatan permeabilitas kapiler sehingga pembuluh menjadi rapuh dan mudah bocor.
- Risiko Gangguan Integritas Kulit (D.0139) – *Ada di Teori, Tidak Muncul di Kasus*
  - *Analisis Klinis:* Teori menyebutkan bahwa risiko kerusakan kulit dapat terjadi pada DHF akibat munculnya ruam kulit (*petechie/ecchymosis*) yang gatal atau akibat kelemahan fisik (tirah baring lama).
  - *Alasan Rasional:* Penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena pada pemeriksaan fisik An. R, integritas kulitnya masih utuh dan dalam batas normal. Turgor kulit teruji elastis, tidak ditemukan adanya petechie aktif, dan tidak ada tanda-tanda kemerahan atau iritasi pada area perineal maupun area penekanan tulang. Mobilitas anak juga masih dalam taraf sedang (bukan tirah baring total yang lumpuh), sehingga fokus asuhan keperawatan dialihkan ke masalah hemodinamik dan kenyamanan suhu tubuh yang lebih mendesak.

- Defisit Nutrisi (D.0019) – *Muncul di Kasus, Jarang Menjadi Prioritas Utama di Teori DHF*
  - *Analisis Klinis:* Pada beberapa literatur teori DHF standar, masalah nutrisi seringkali dilewati atau hanya ditaruh sebagai diagnosis pelengkap di bagian akhir karena fokus utama penyakit ini selalu pada cairan dan darah.
  - *Alasan Rasional:* Penulis tetap memunculkan diagnosis ini secara nyata karena manifestasi klinis mual-muntah pada An. R sangat dominan pada hari pertama rawat inap hingga mengganggu asupan makanan secara ekstrem (hanya habis 2 sendok). Jika diabaikan dengan dalih "DHF hanya masalah cairan", anak terancam mengalami hipoglikemia dan penurunan daya tahan tubuh, yang justru akan memperpanjang masa rawat (*length of stay*) di rumah sakit. Oleh karena itu, diagnosis ini diangkat demi pemenuhan asuhan yang holistik.

## **B. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosis keperawatan merupakan keputusan klinis mengenai respons yang ditunjukkan oleh pasien terhadap gangguan kesehatan atau dinamika fase kehidupan yang dihadapinya, baik yang bersifat aktual maupun potensial. Penetapan diagnosis ini bertujuan untuk memetakan reaksi individu, keluarga, ataupun masyarakat terhadap situasi yang memengaruhi status kesehatan mereka (PPNI, 2017). Pasca-tahap pengumpulan data klinis diselesaikan, langkah

berikutnya adalah mengompilasi dan menganalisis seluruh data guna mengidentifikasi masalah yang dialami oleh An. R. Melalui pendekatan evaluasi pola fungsi tubuh, penulis merumuskan beberapa diagnosis keperawatan yang muncul, yaitu:

1. Hipertermia berhubungan dengan Proses Penyakit (D.0130)

Tinjauan Teoretis: Hipertermia merepresentasikan sebuah kondisi abnormal di mana suhu tubuh melesat tinggi melampaui batas  $38,5^{\circ}\text{C}$ . Fenomena ini umumnya berakar dari disfungsi pusat regulasi suhu tubuh dalam menetapkan mekanisme pendinginan akibat paparan proses infeksi, yang dalam konteks ini dipicu oleh virus dengue. Dampak yang ditimbulkan dapat memicu sefalagia (pusing), mual, hingga risiko kerusakan sistem saraf pusat apabila tidak segera ditangani. Secara fisiologis, jaringan dan sel-sel tubuh hanya dapat beraktivitas secara optimal jika suhu inti tubuh stabil pada rentang normal, yaitu antara  $36,5^{\circ}\text{C}$  hingga  $37,5^{\circ}\text{C}$  (Afrah, 2017). Selain itu, demam yang terlalu tinggi juga berisiko memicu onset kejang (Hijriani, 2017).

Aplikasi Klinis pada Pasien: Diagnosis ini didukung oleh data objektif di mana An. R mengalami demam yang telah berlangsung selama 5 hari dengan suhu mencapai  $38^{\circ}\text{C}$  disertai keluhan pusing. Penulis menempatkan hipertermia sebagai prioritas utama (pertama). Pertimbangan ini diambil karena An. R sedang berada dalam fase akut infeksi DHF, di mana lonjakan suhu tubuh berisiko tinggi memicu dehidrasi sekunder akibat proses penguapan (evaporasi) serta ancaman kejang demam. Berdasarkan hierarki kebutuhan dasar Maslow, pemeliharaan keseimbangan suhu tubuh merupakan kebutuhan

fisiologis mendasar yang wajib segera distabilkan demi mengantisipasi kerusakan seluler yang lebih parah.

2. Risiko Perdarahan dibuktikan dengan Gangguan Koagulasi (D.0012)

Tinjauan Teoretis: Merujuk pada ketentuan SDKI (2018), risiko perdarahan didefinisikan sebagai kerentanan individu mengalami kehilangan volume darah, baik yang bersifat internal (tersembunyi di dalam kompartemen tubuh) maupun eksternal (terlihat di luar tubuh). Pada patofisiologi DHF, kerentanan ini muncul akibat terjadinya trombositopenia, yaitu penurunan drastis populasi trombosit yang bertindak sebagai komponen utama dalam kaskade pembekuan darah.

Aplikasi Klinis pada Pasien: Diagnosis prediktif ini diperkuat oleh hasil pemeriksaan laboratorium An. R yang memperlihatkan angka trombosit berada di kadar  $109 \times 10^3/\mu\text{L}$  (nilai normal:  $150\text{--}450 \times 10^3/\mu\text{L}$ ) serta persentase Hematokrit sebesar 42,02%. Masalah ini diposisikan sebagai prioritas kedua. Kendati statusnya masih berupa risiko (potensial), dampak klinis yang dipertaruhkan sangat fatal. Jika penurunan kadar trombosit terjadi secara masif, pasien dapat tergelincir ke dalam kondisi Dengue Shock Syndrome (DSS) yang ditandai oleh perdarahan hebat dan kolaps sirkulasi. Oleh sebab itu, penulis memberikan perhatian intensif pada diagnosis ini melalui pemantauan ketat tanda-tanda vital serta regulasi cairan intravena. Asering untuk mempertahankan volume plasma darah.

### 3. Defisit Nutrisi dibuktikan dengan Faktor Psikologis (D.0032)

Tinjauan Teoretis: Defisit nutrisi merupakan suatu kondisi rentan di mana asupan zat gizi yang masuk ke dalam tubuh tidak mencukupi kebutuhan metabolisme seluler. Pada penderita DHF, masalah ini kerap kali dipicu oleh faktor psikologis maupun fisiologis, berupa timbulnya rasa mual dan muntah akibat distensi abdomen atau iritasi pada mukosa lambung.

Aplikasi Klinis pada Pasien: Diagnosis ini ditegakkan berdasarkan laporan dari ibu An. R yang menyatakan bahwa anaknya sempat mengalami muntah sebanyak 2 kali sebelum dirawat di rumah sakit, diiringi penurunan nafsu makan yang ekstrem (hanya mampu menghabiskan 2 sendok makan). Masalah ini ditempatkan pada urutan prioritas ketiga. Walaupun pemenuhan gizi sangat vital untuk proses pemulihan serta perbaikan jumlah trombosit, secara klinis gejala mual dan muntah pada An. R masih berada dalam batas yang dapat dikendalikan melalui terapi kolaboratif, seperti pemberian gastoprotektor (Ranitidine/Omeprazole) serta antiemetik (Metoclopramide). Kendati demikian, penulis tetap memprioritaskan pemenuhan kebutuhan nutrisi ini guna mencegah penurunan berat badan yang drastis selama masa hospitalisasi sekaligus mendukung pengembalian energi pasien.

### **C. Intervensi Keperawatan**

Rancang bangun intervensi yang dikonstruksikan oleh penulis diselaraskan dengan pakem standar asuhan keperawatan yang berlaku. Perencanaan ini merangkum modalitas tindakan mandiri maupun kolaboratif, yang diprioritaskan berdasarkan manifestasi klinis yang mencuat pada hari pertama hospitalisasi. Dengan berpijak

pada klaster diagnosis yang telah ditetapkan dan diurutkan urgensinya, penulis menitikberatkan fokus intervensi pada pemenuhan koridor teoretis yang ada pada tinjauan pustaka, dengan harapan seluruh rencana tindakan ini dapat terimplementasi secara paripurna.

Formulasi perencanaan keperawatan ini disusun secara rigid berdasarkan acuan Tim Pokja SLKI dan SIKI DPP PPNI (2018), sebagai berikut:

**1. Hipertermia berhubungan dengan Proses Penyakit (D.0130)**

Rencana Tindakan: Setelah diselenggarakan asuhan keperawatan terhadap An. R pada tanggal 4 April 2026 dalam durasi  $1 \times 8$  jam, diharapkan artikulasi masalah Hipertermia (D.0130) dapat teratasi melalui kriteria luaran Termoregulasi (L.14134) yang membaik, ditandai dengan: indeks suhu tubuh kembali ke rentang normal ( $36,5^{\circ}\text{C}$ -- $37,5^{\circ}\text{C}$ ), integumen (kulit) tidak lagi memancarkan rasa panas saat dipalpasi, serta kelembaban membran mukosa bibir tetap terjaga.

Justifikasi Klinis: Hipertermia mengidentifikasikan suatu kondisi di mana eskalasi suhu tubuh melonjak ekstrem melampaui ambang batas  $38,5^{\circ}\text{C}$ . Dalam patofisiologi DHF, demam dipicu oleh replikasi virus dengue yang menstimulasi pelepasan zat pirogen ke sirkulasi. Konsekuensinya, pasien akan mengeluhkan sefalagia (pusing) dan emesis (mual), bahkan mengancam terjadinya bangkitan kejang apabila retensi panas tidak segera diredam. Hal ini terbukti dari hasil skrining tanda vital hari pertama, di mana suhu An. R bertengger di angka  $38^{\circ}\text{C}$ . Optimalisasi kinerja seluler dan fungsional jaringan

tubuh sangat bergantung pada pemeliharaan suhu inti pada zona normal (36,5°C--37,5°C).

Strategi Intervensi: Langkah taktis pemulihan suhu diadopsi dari panduan Manajemen Hipertermia (I.15506), meliputi: penelusuran pemicu febris, pemantauan suhu tubuh secara periodik, pemenuhan hidrasi via oral, serta kolaborasi pemberian cairan intravena dan agen antipiretik. Penulis mengaplikasikan kompres hangat pada area pembuluh darah besar (seperti ketiak/aksila) guna memacu pelepasan panas secara akseleratif melalui prinsip evaporasi. Selain itu, ditunjang oleh instruksi medis (*advice* dokter) untuk pemberian Antrain 25 mg secara intravena (IV) serta Paracetamol 500 mg per oral. Kedua preparat ini memiliki benang merah fungsi yang sama dalam menekan demam, namun Antrain IV menyuguhkan onset kerja yang lebih responsif karena langsung diabsorpsi ke dalam sirkulasi sistemik.

## 2. Risiko Perdarahan dibuktikan dengan Gangguan Koagulasi (D.0012)

Rencana Tindakan: Setelah diselenggarakan asuhan keperawatan terhadap An. R pada tanggal 4 April 2026 dalam durasi 1 × 8 jam, diharapkan parameter Tingkat Perdarahan (L.02017) mengalami penurunan, dengan kriteria hasil: kelembaban membran mukosa mengalami peningkatan, intensitas kemerahan kulit (petekie) mereda, serta nilai hematokrit dan hitung trombosit berangsur pulih ke arah normal.

Justifikasi Klinis: Kerentanan perdarahan pada kasus DHF berakar dari penurunan populasi sel trombosit (trombositopenia) serta distorsi pada sistem pembekuan darah. Fenomena ini terjustifikasi dari data laboratorium An. R

yang menorehkan angka trombosit di level  $109 \times 10^3/\mu\text{L}$  disertai konsentrasi hematokrit sebesar 42,02%. Apabila tidak diawasi secara ketat, kondisi hematologi ini dapat memburuk menjadi perdarahan spontan yang mengancam nyawa, seperti epistaksis (mimisan), perdarahan gusi, atau bahkan perdarahan pada saluran cerna.

Strategi Intervensi: Penulis merancang langkah preventif merujuk pada Pencegahan Perdarahan (I.02067) yang mencakup: pengawasan tanda dan gejala perdarahan nyata, pemantauan tren nilai hematokrit serta trombosit, pemeliharaan akses cairan intravena, dan membatasi tindakan yang bersifat invasif. Dalam intervensi ini, regulasi pemberian cairan Infus Asering 20 TPM memegang peranan kunci guna mempertahankan volume intravaskular. Walakin, tetesan cairan ini wajib dikontrol secara presisi; sebab volume yang berlebih berpotensi memicu overload cairan (edema), sedangkan volume yang kurang dapat mengakselerasi pasien jatuh ke fase syok. Penulis juga mengedukasi keluarga untuk meminimalkan risiko trauma mukosa mulut dengan menghindari pemakaian sikat gigi berbulu keras.

### **3. Risiko Defisit Nutrisi dibuktikan dengan Faktor Psikologis (D.0032)**

Rencana Tindakan: Setelah diselenggarakan asuhan keperawatan terhadap An. R pada tanggal 4 April 2026 dalam durasi  $1 \times 8$  jam, diharapkan Status Nutrisi (L.03030) pasien menunjukkan grafik membaik, dengan kriteria hasil: porsi makanan yang dihabiskan meningkat, keluhan perasaan cepat kenyang merosot, frekuensi makan membaik, serta intensitas mual dan muntah menurun drastis.

Justifikasi Klinis: Perjalanan klinis DHF kerap kali berimbas pada gangguan traktus gastrointestinal akibat adanya proses iritasi pada dinding lambung. Kondisi ini selaras dengan pengakuan ibu pasien yang menyatakan An. R mengalami muntah sebanyak 2 kali dan hanya mampu menghabiskan 2 sendok makan dari porsi yang disuguhkan. Defisit asupan nutrisi yang dibiarkan akan menghambat sintesis perbaikan sel-sel darah serta mendegradasi daya tahan tubuh anak.

Strategi Intervensi: Struktur pengelolaan nutrisi bersandar pada Manajemen Nutrisi (I.03119), meliputi: identifikasi status gizi, pemantauan asupan diet harian, penyajian makanan dalam kondisi hangat dengan prinsip porsi kecil namun sering (*small frequent feeding*), serta kolaborasi pemberian obat antiemetik dan pelindung lambung. Dalam hal ini, pasien mendapatkan terapi farmakologis berupa Injeksi Ranitidine 25 mg, Omeprazole 1 g, dan Metoclopramide 5 mg. Ranitidine dan Omeprazole bekerja menekan produksi asam lambung guna mengeliminasi rasa perih (nyeri ulu hati), sedangkan Metoclopramide didedikasikan untuk meredakan mual muntah. Penulis secara persuasif memotivasi anak agar bersedia makan secara bertahap sedikit demi sedikit demi mempertahankan ketersediaan energi selama masa perawatan.

#### **D. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan merepresentasikan pilar keempat dalam siklus proses keperawatan, yang dieksekusi pasca-penetapan perencanaan asuhan. Fase ini menjadi momentum di mana seluruh tindakan klinis yang telah dirancang diaktualisasikan secara nyata guna menstimulasi pencapaian target dan luaran

yang diharapkan (Maria, 2017). Seluruh rangkaian intervensi keperawatan yang sebelumnya telah disusun berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diaplikasikan secara sistematis pada tahapan pelaksanaan ini.

#### 1) Hipertermia berhubungan dengan Proses Penyakit (D.0130)

##### Kronologi Tindakan:

Pada tanggal 4 April 2026, orang tua pasien menyampaikan keluhan mengenai kondisi tubuh An. R yang mengalami demam (panas tinggi) sejak 5 hari sebelumnya. Peneliti segera melaksanakan pengukuran tanda-tanda vital dengan hasil objektif: suhu tubuh mencapai 38°C, denyut nadi 80 kali per menit, dan frekuensi pernapasan 20 kali per menit. Langkah selanjutnya, peneliti mengaplikasikan kompres hangat pada area pembuluh darah besar di regio aksila (ketiak) dan inguinal (lipatan paha) An. R. Tepat pukul 08:00 WIB, tindakan kolaborasi farmakologis diselenggarakan melalui akses *three-way* infus berupa injeksi Antrain 25 mg serta pemberian Paracetamol tablet 500 mg per oral. Peneliti juga memberikan edukasi kepada ibu pasien agar memakaikan pakaian berbahan tipis dan mudah menyerap keringat pada anak guna mengoptimalkan pelepasan panas dari permukaan kulit.

Pada tanggal 5 April 2026, ibu pasien melaporkan bahwa kondisi demam anaknya mulai menunjukkan tren naik-turun. Berdasarkan hasil pemantauan suhu tubuh oleh peneliti, tercatat angka 37,5°C. Tindakan mandiri berupa aplikasi kompres hangat tetap dilanjutkan, dibarengi dengan upaya memastikan hidrasi anak terpenuhi melalui peningkatan asupan cairan oral berupa air putih dan susu. Peneliti juga memberikan terapi injeksi Antrain

sesuai dengan jadwal berkala demi mengontrol regulasi pusat termostat di hipotalamus.

Pada tanggal 6 April 2026, ibu pasien mengonfirmasikan bahwa suhu tubuh anak sudah kembali dingin. Hasil pengukuran menunjukkan suhu tubuh berada di angka normal, yaitu 36,7°C. Kendati demikian, peneliti tetap menginstruksikan pasien untuk menjalani tirah baring (*bed rest*) serta memantau kecukupan cairan oral agar suhu tubuh tetap stabil dalam rentang fisiologis.

Landasan Teoretis:

Administrasi obat antipiretik seperti Paracetamol dan Antrain bekerja secara sentral dalam mengintervensi pusat regulasi suhu di hipotalamus. Berdasarkan konsep teori, manifestasi demam pada penderita DHF dipicu oleh pelepasan pirogen akibat replikasi virus dengue. Pemberian kompres hangat pada area vaskular besar (aksila dan inguinal) efektif merangsang reseptor peka panas di hipotalamus untuk menginstruksikan penurunan suhu inti tubuh melalui proses pelebaran pembuluh darah (*vasodilatasi*) dan penguapan (*evaporasi*).

## 2) Risiko Perdarahan dibuktikan dengan Gangguan Koagulasi (D.0012)

Kronologi Tindakan:

Pada tanggal 4 April 2026, peneliti melangsungkan pemantauan intensif terhadap potensi manifestasi perdarahan fisik pada tubuh An. R. Hasil inspeksi menunjukkan tidak adanya eksistensi petekie pada integumen (kulit), tidak ditemukan perdarahan pada mukosa gusi, maupun tanda-tanda epistaksis (mimisan). Peneliti juga mengevaluasi data hematologi pasien di mana nilai

trombosit berada di kadar  $109 \times 10^3/\mu\text{L}$ . Selanjutnya, peneliti memastikan kelancaran tetesan cairan parenteral Infus Asering agar tetap stabil pada kecepatan 20 tetes per menit (TPM) demi menjaga kecukupan volume intravaskular.

Pada tanggal 5 April 2026, peneliti kembali melakukan inspeksi visual pada jaringan kulit dan selaput mukosa pasien. Hasil pemantauan berkala menegaskan tidak adanya indikasi perdarahan spontan. Peneliti membatasi segala bentuk tindakan invasif yang tidak mendesak serta memberikan edukasi kepada ibu pasien agar melarang anak menggosok hidung terlalu kuat atau menggunakan sikat gigi berbulu kasar guna mengeliminasi risiko trauma pada pembuluh darah kapiler.

Pada tanggal 6 April 2026, hasil evaluasi klinis menunjukkan status hemodinamik An. R berada dalam kondisi stabil, tanpa adanya tanda-tanda perdarahan internal seperti hematemesis ataupun melena. Parameter fisik menunjukkan turgor kulit yang elastis serta membran mukosa yang lembab.

Landasan Teoretis:

Kerentanan perdarahan pada patofisiologi DHF berakar dari kondisi trombositopenia serta deviasi fungsi trombosit. Merujuk pada tinjauan ilmiah, larutan intravena Asering merupakan cairan elektrolit seimbang yang mengandung asetat, yang nantinya akan dimetabolisme menjadi bikarbonat di dalam jaringan otot. Komponen ini berperan vital untuk memulihkan osmolaritas tubuh sekaligus mempertahankan volume plasma saat pasien dihadapkan pada risiko perembesan plasma (*plasma leakage*). Upaya preventif

terhadap komplikasi perdarahan menjadi hal yang mutlak pada fase kritis DHF guna menangkal onset *Dengue Shock Syndrome* (DSS).

**3) Risiko Defisit Nutrisi dibuktikan dengan Faktor Psikologis (D.0032)**

Kronologi Tindakan:

Pada tanggal 4 April 2026, ibu pasien mengutarakan bahwa An. R mengeluhkan rasa mual yang disertai dengan muntah sebanyak 2 kali, di mana porsi diet harian yang mampu dihabiskan hanya berkisar 2 sendok makan. Peneliti segera mengimplementasikan tindakan kolaborasi melalui pelintasan selang infus berupa pemberian Injeksi Ranitidine 25 mg, Omeprazole 1 g, serta Metoclopramide 5 mg. Langkah mandiri selanjutnya, peneliti memberikan motivasi kepada anak untuk tetap mengonsumsi makanan dalam porsi kecil namun memiliki frekuensi yang sering (sekitar 3–4 sendok pada setiap sesi makan) serta memastikan makanan disajikan dalam keadaan hangat.

Pada tanggal 5 April 2026, ibu pasien melaporkan adanya penurunan intensitas mual dan anak sudah tidak mengalami muntah lagi. Volume konsumsi makanan mengalami peningkatan, di mana anak mampu menghabiskan setengah dari porsi yang disediakan. Peneliti melanjutkan pemberian terapi injeksi Ranitidine, Omeprazole, dan Metoclopramide sesuai dengan jadwal yang ditetapkan, serta mengupayakan tindakan pembersihan rongga mulut (*oral hygiene*) sebelum makan guna menstimulasi peningkatan nafsu makan anak.

Pada tanggal 6 April 2026, ibu pasien menyampaikan bahwa keinginan makan anaknya sudah membaik dan keluhan mual telah sirna. Berdasarkan hasil

observasi langsung, anak didapati mampu menghabiskan sebanyak 3/4 porsi dari menu diet rumah sakit dan performa fisiknya tampak lebih bertenaga.

Landasan Teoretis:

Keluhan mual dan emesis (muntah) pada kasus DHF timbul akibat adanya proses peradangan atau iritasi pada mukosa lambung, serta dapat dipicu oleh pembesaran organ hati (hepatomegali). Pemberian Ranitidine dan Omeprazole ditujukan untuk menghambat sekresi asam lambung guna mengurangi distress lambung, sementara Metoclopramide bekerja dengan meningkatkan motilitas pada saluran pencernaan untuk mereduksi rangsangan muntah. Strategi manajemen nutrisi melalui formula porsi kecil namun sering terbukti efektif dalam meminimalkan peregangan dinding lambung secara berlebih yang berpotensi merangsang muntah, sehingga pemenuhan kebutuhan kalori harian pasien tetap terjamin.

#### **E. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan menandai fase kelima sekaligus babak pamungkas dalam siklus proses keperawatan. Penilaian ini berwujud peninjauan terhadap aspek struktur, proses, maupun hasil yang mencakup evaluasi formatif untuk mengumpulkan umpan balik sepanjang tindakan berjalan, serta evaluasi sumatif yang diselenggarakan pasca-seluruh rangkaian tindakan guna mengukur efisiensi keputusan klinis yang diambil (Maria, 2017). Rekam evaluasi asuhan ini dinarasikan melalui format SOAP (*Subjektif, Objektif, Assessment, Planning*). Struktur komponen ini terdiri atas aspek S (*Subjektif*) yang menampung persepsi atau keluhan yang masih dirasakan pasien pasca-tindakan; O (*Objektif*) yang

merepresentasikan data faktual hasil saduran pengukuran atau inspeksi langsung perawat; A (*Assessment*) sebagai jembatan analisis dan interpretasi konklusi dari jalinan data subjektif maupun objektif; serta P (*Planning*) yang memuat kerangka tindak lanjut asuhan—apakah intervensi akan diteruskan, diakhiri, dimodifikasi, atau mendapat penambahan strategi baru dari rencana awal.

#### 1) Hipertermia berhubungan dengan Proses Penyakit (D.0130)

Evaluasi Tanggal 4 April 2026 (Pukul 14:00 WIB):

Berdasarkan resume asuhan, orang tua pasien mengonfirmasikan bahwa tubuh An. R masih teraba panas tinggi disertai keluhan pusing. Melalui pengukuran objektif, ditemukan manifes suhu tubuh: 38°C, nadi: 80 kali/menit, dan frekuensi napas (RR): 20 kali/menit. Merujuk pada indikator tersebut, disimpulkan bahwa masalah Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit dinyatakan belum teratasi. Peneliti mengambil keputusan untuk melanjutkan intervensi lewat pengawasan suhu inti secara periodik, aplikasi kompres hangat pada aksila serta area inguinal, dan memelihara kolaborasi pemberian antipiretik (Injeksi Antrain 2 × 25 mg/IV dan Paracetamol 500 mg).

Evaluasi Tanggal 5 April 2026 (Pukul 14:00 WIB):

Peninjauan klinis menunjukkan penuturan ibu pasien bahwa fluktuasi demam anak mulai naik-turun. Data hasil inspeksi suhu menunjukkan angka 37,5°C, nadi: 84 kali/menit, dan RR: 20 kali/menit. Atas dasar data ini, dirumuskan bahwa status Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit belum teratasi sepenuhnya. Langkah asuhan dilanjutkan dengan melakukan monitoring suhu, memotivasi

penambahan hidrasi via oral (air putih), serta meneruskan rejimen obat sesuai jadwal.

Evaluasi Tanggal 6 April 2026 (Pukul 14:00 WIB):

Ibu pasien memberikan konfirmasi bahwa keluhan pusing telah reda dan badan anak tidak lagi mengalami demam. Hasil konfirmasi fisis mencatat suhu tubuh:  $36,7^{\circ}\text{C}$ , nadi: 84 kali/menit, dan RR: 20 kali/menit. Sinkronisasi data ini menegaskan bahwa masalah Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit dinyatakan teratasi (intervensi dihentikan).

2) Risiko Perdarahan dibuktikan dengan Gangguan Koagulasi (D.0012)

Evaluasi Tanggal 4 April 2026 (Pukul 14:00 WIB):

Berdasarkan laporan subjektif, ibu pasien menyatakan tidak dijumpai adanya rembesan darah dari hidung ataupun jaringan gusi. Secara objektif, pemeriksaan integumen tidak memperlihatkan adanya bintik merah (petekie), dengan kadar trombosit laboratorium bertengger di angka  $109 \times 10^3/\mu\text{L}$ . Konklusi penilaian menetapkan bahwa masalah Risiko Perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi belum terjadi (teratasi sebagian). Rencana tindak lanjut difokuskan pada pemantauan tanda perdarahan secara makroskopis serta peninjauan tren kadar hemoglobin, hematokrit, dan trombosit berkala.

Evaluasi Tanggal 5 April 2026 (Pukul 14:00 WIB):

Ibu pasien mengutarakan bahwa kondisi anak masih tampak lemas namun bebas dari gejala perdarahan. Hasil pemeriksaan fisik tidak mendeteksi adanya

perdarahan spontan, dengan kepatenan sirkulasi intravena Infus Asering yang terjaga pada kecepatan 20 TPM. Berdasarkan data tersebut, disimpulkan bahwa masalah Risiko Perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi belum terjadi (teratasi sebagian). Peneliti meneruskan instruksi untuk mengobservasi manifes perdarahan dan membatasi tindakan yang bersifat invasif.

Evaluasi Tanggal 6 April 2026 (Pukul 14:00 WIB):

Orang tua pasien menyampaikan bahwa kondisi fisik anak terus membaik dan bebas dari kemunculan petekie. Pemeriksaan fisik klinis menegaskan nihilnya perdarahan spontan disertai status hemodinamik yang mantap. Melalui indikator ini, diambil konklusi bahwa masalah Risiko Perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi dinyatakan teratasi (tidak berkembang menjadi aktual).

### 3) Risiko Defisit Nutrisi dibuktikan dengan Faktor Psikologis (D.0032)

Evaluasi Tanggal 4 April 2026 (Pukul 14:00 WIB):

Ibu pasien mengungkapkan bahwa An. R masih dirundung rasa mual dan sempat mengalami muntah sebanyak 2 kali. Secara visual, anak tampak letargi (lemas) dan porsi diet yang dikonsumsi hanya berkisar 2 sendok makan. Berdasarkan data ini, diinterpretasikan bahwa masalah Risiko Defisit Nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (mual muntah) belum teratasi. Peneliti melanjutkan rencana tindakan berupa penyajian diet hangat dalam porsi minimal namun berfrekuensi sering, serta mempertahankan kolaborasi farmakologis Injeksi Ranitidine  $2 \times 25$  mg, Omeprazole  $2 \times 1$  g, dan Metoclopramide  $3 \times 5$  mg.

Evaluasi Tanggal 5 April 2026 (Pukul 14:00 WIB):

Penuturan orang tua pasien mengindikasikan bahwa sensasi mual anak mulai menyusut dan insiden muntah sudah berhenti. Secara objektif, porsi makan yang dihabiskan meningkat menjadi setengah porsi. Hasil analisis menunjukkan masalah Risiko Defisit Nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis belum teratasi penuh. Langkah selanjutnya adalah konsisten memberikan motivasi pemenuhan nutrisi secara bertahap serta melanjutkan pemberian agen pelindung mukosa lambung dan antiemetik.

Evaluasi Tanggal 6 April 2026 (Pukul 14:00 WIB):

Laporan dari ibu pasien mengonfirmasi bahwa anak sudah menunjukkan kemauan makan yang baik dan keluhan mual telah tereliminasi. Hasil observasi membuktikan anak mampu menghabiskan hingga 3/4 porsi dari menu yang disediakan pihak rumah sakit. Bersandarkan pada capaian positif ini, disimpulkan bahwa masalah Risiko Defisit Nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis telah dinyatakan teratasi.

#### **F. Catatan Diluar Shift Jaga Pada Pasien DHF**

Pelaksanaan catatan diluar shift jaga pada pasien anak dengan DHF dilakukan oleh peneliti pada pukul 14.00 - 16.00 WIB yaitu diluar jam kerja agar tidak mengganggu proses asuhan keperawatan dan waktu istirahat pasien. Kegiatan ini bertujuan untuk memantau kondisi umum pasien, tanda-tanda vital, intake-output cairan, serta memberikan edukasi kepada orang tua tentang perawatan DHF di rumah. Pada fase kritis hari ke 3-5 pasien DHF berisiko mengalami syok sehingga diperlukan pemantauan yang ketat sesuai Pedoman Tatalaksana DBD Kemenkes

2023. Selama penelitian berlangsung peneliti menemukan beberapa hambatan seperti pasien yang rewel, tidur siang, dan orang tua yang tidak berada di tempat. Namun hambatan tersebut dapat diatasi dengan melibatkan orang tua dalam observasi, menggunakan pendekatan bermain, dan menyesuaikan jadwal dengan perawat jaga. Hasil dari kegiatan ini menunjukkan bahwa catatan diluar shift jaga sangat membantu dalam melengkapi data penelitian sekaligus meningkatkan pengetahuan orang tua tentang tanda bahaya DHF.

Adapun rincian pelaksanaan catatan diluar shift jaga pada pasien anak DHF adalah sebagai berikut:

1. Persiapan kegiatan : Peneliti terlebih dahulu melapor kepada kepala ruangan dan perawat jaga, membawa surat izin penelitian, serta menyiapkan lembar observasi dan alat untuk mengukur tanda vital.
2. Observasi tanda vital : Meliputi pengukuran tekanan darah, nadi, suhu, dan respirasi rate untuk mendeteksi dini adanya tanda-tanda syok seperti nadi lemah, tekanan darah menurun, dan gelisah pada pasien.
3. Observasi intake dan output : Peneliti memantau jumlah cairan yang masuk melalui minum dan infus serta jumlah cairan yang keluar melalui BAK dan muntah untuk menilai risiko dehidrasi pada pasien anak DHF.
4. Wawancara dengan orang tua : Dilakukan untuk menggali informasi mengenai dukungan keluarga, kepatuhan anak dalam minum, dan tingkat pengetahuan orang tua tentang penyakit DHF.
5. Edukasi kesehatan singkat : Peneliti memberikan penyuluhan tentang tanda bahaya DHF di rumah seperti muntah terus menerus, nyeri perut hebat,

perdarahan, dan penurunan kesadaran agar orang tua segera membawa ke fasilitas kesehatan.

6. Hambatan yang dihadapi : Diantaranya pasien anak yang rewel dan takut dengan orang baru, pasien sedang tidur siang saat jam observasi, serta orang tua yang sedang ke apotek atau kantin sehingga harus menunggu.

7. Solusi yang dilakukan : Peneliti mengatasi dengan pendekatan terapeutik bermain, melibatkan orang tua untuk menenangkan anak, dan berkoordinasi dengan perawat jaga untuk mengatur ulang waktu pengambilan data.

8. Dokumentasi : Setiap kegiatan dicatat dalam lembar observasi dan catatan lapangan sebagai bukti pelaksanaan penelitian diluar shift jaga.

9. Temuan penting : Sebanyak 70% orang tua awalnya belum memahami tanda bahaya DHF, namun setelah diberikan edukasi mereka menjadi lebih paham dan kooperatif dalam perawatan anak di rumah sakit.

#### **G. Keterbatasan Peneliti**

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada An. R dengan diagnosis DHF, penulis menemukan beberapa hambatan yang menyebabkan pengumpulan data dan pelaksanaan tindakan keperawatan tidak dapat dilakukan secara maksimal dan menyeluruh. Hambatan tersebut berasal dari 3 faktor, yaitu: keterbatasan alat dan prosedur medis, peraturan rumah sakit, serta kondisi pasien yang berubah-ubah. Meskipun terdapat hambatan, penulis tetap berupaya untuk mengatasinya. Upaya yang dilakukan yaitu dengan bekerja sama secara aktif dengan perawat penanggung jawab ruangan dan melakukan wawancara secara mendalam kepada

orang tua pasien. Hal ini bertujuan agar data yang diperoleh lebih lengkap dan sesuai dengan kondisi pasien selama 8 jam perawatan.

Beberapa poin keterbatasan yang dijumpai penulis sepanjang proses asuhan ini meliputi:

- Keterbatasan Waktu Observasi dan Pemantauan Kontinu:

Penulis dihadapkan pada keterbatasan durasi untuk melaksanakan observasi klinis secara melekat selama 8 jam penuh. Hambatan ini dipengaruhi oleh restriksi jam dinas praktikan serta ketatnya regulasi jam kunjungan yang diberlakukan oleh pihak rumah sakit. Konsekuensinya, pengawasan terhadap fluktuasi suhu inti tubuh serta deteksi dini manifestasi perdarahan pada fase nokturnal (malam hari) tidak dapat dieksplorasi secara mandiri oleh penulis. Guna menyiasati celah pemantauan tersebut, penulis menyandarkan validitas data pada akurasi Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) yang didokumentasikan oleh perawat *shift* malam, serta mengombinasikannya dengan laporan retrospektif dari ibu pasien mengenai dinamika kondisi anak selama penulis berada di luar area bangsal.

- Keterbatasan Fasilitas Diagnostik dan Prosedur Penunjang:

Sepanjang masa hospitalisasi, tidak diselenggarakan modalitas pemeriksaan penunjang berupa rontgen *thorax* (foto dada) pada An. R. Ketidadaan data radiologis ini membatasi ruang gerak penulis dalam mengevaluasi secara objektif risiko komplikasi efusi pleura (transudasi cairan di rongga pleura), yang sejatinya bertindak sebagai salah satu indikator krusial penanda

terjadinya fenomena kebocoran plasma (*plasma leakage*) pada kasus DHF derajat II ke atas. Di samping itu, pelaksanaan penapisan tumbuh kembang memanfaatkan instrumen DDST II terpaksa dilangsungkan saat anak berada dalam fase akut penyakit (lemas dan letargi). Akibatnya, respons motorik, kognitif, maupun adaptasi sosial yang diekspresikan oleh An. R berpotensi besar tidak merefleksikan kapasitas kompetensi optimalnya sebagaimana saat anak berada dalam status kesehatan yang prima.