

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA PASIEN  
DENGAN DENGUE SYOK SYNDROM DI RUANG  
PICU RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE  
SAMARINDA**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**



**DISUSUN OLEH :**

**MUHAMMAD FATHURRAHMAN S.Kep**

**14.1130825.0016**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS SEKOLAH TINGGI ILMU  
KESEHATAN MUHAMMADIYAH  
SAMARINDA  
2015**

# **Analisis Praktik Klinik Keperawatan pada Pasien dengan Dengue Syok Syndrom di Ruang PICU RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda**

Muhammad Fathurrahman<sup>1</sup>, Tri Wahyuni<sup>2</sup>

## **INTISARI**

*Dengue Syok Syndrom* (DSS) adalah manifestasi klinis DBD yang menunjukkan tanda kegawatan, berwujud gangguan sirkulasi di pembuluh darah perifer sebagai akibat kebocoran plasma dengan ditandai tensi yang menurun sampai nol, denyut nadi yang cepat dan lemah sampai tidak teraba. Salah satu penyebab syok pada DBD adalah penanganan demam yang tidak tepat. Teknik pertolongan pertama pada demam dapat dilakukan dengan kompres hangat. *Tepid sponge* adalah sebuah teknik kompres hangat yang menggabungkan teknik kompres blok pada pembuluh darah besar superficial dengan teknik seka. Karya Ilmiah Akhir Ners ini bertujuan untuk menganalisis intervensi pemberian kompres hangat terhadap demam klien kelolaan dengan diagnosa *dengue syok syndrom* di Ruang PICU RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Hasil analisa menunjukkan bahwa kompres hangat teknik *tepid sponge* memiliki pengaruh yang signifikan dalam menurunkan suhu tubuh. Sosialisasi tentang kompres hangat teknik *tepid sponge* diperlukan bagi perawat ruangan agar penanganan demam dapat optimal.

Kata kunci : *tepid sponge*, *dengue syok syndrom*, penanganan demam.

---

<sup>1</sup>Mahasiswa Program Profesi Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda

<sup>2</sup>STIKES Muhammadiyah Samarinda

*Analysis of Nursing in Patients with Dengue Shock Syndrome in the PICU  
Hospitals Abdul Wahab Sjahranie Samarinda*

Muhammad Fathurrahman<sup>1</sup>, Tri Wahyuni<sup>2</sup>

**ABSTRAK**

Dengue Shock Syndrome (DSS) is a clinical manifestation of dengue fever gravity sign, tangible circulation disorders in the peripheral blood vessels as a result of leakage of plasma with a marked tension decreases to zero, the pulse rapid and weak to not palpable. One cause of shock in dengue fever is improper handling. First aid techniques in fever can be done with a warm compress. Tepid sponge is a technique that combines a warm compress compress block technique on large superficial veins to wipe technique. Final Scientific nurses aims to analyze the intervention giving a warm compress on the managed client fever with dengue shock syndrome diagnosis in Space Hospital PICU Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. The analysis shows that the warm compresses tepid sponge technique has a significant effect in lowering body temperature. Socialization of warm compresses tepid sponge technique is required for nurses room for the handling of fever can be optimized.

Keywords: tepid sponge, dengue shock syndrome, fever treatment.

---

<sup>1</sup>Nursing Student Of Muhammadiyah Academy Of Health Science In Samarinda

<sup>2</sup>Muhammadiyah Academy Of Health Science In Samarinda

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Penyakit demam berdarah dengue adalah penyakit infeksi virus Dengue yang ditularkan oleh nyamuk *aedes aegypti*. Penyakit ini ditunjukkan dengan adanya demam secara tiba-tiba 2-7 hari, disertai sakit kepala berat, sakit pada sendi dan otot ruam merah terang, petechie dan biasanya muncul dulu pada bagian bawah badan menyebar hingga menyelimuti hampir seluruh tubuh. Radang perut bisa juga muncul dengan kombinasi sakit di perut, rasa mual, muntah-muntah atau diare (Potter dan Perry, 2005).

Menurut WHO, dengue merupakan penyakit virus yang ditularkan oleh gigitan nyamuk *Aedes* antara lain nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*. Sekitar 2,5-3 milyar manusia yang hidup di 112 negara tropis dan subtropis berada dalam keberadaan terancam infeksi dan 500.000 penderita demam berdarah dengue di laporkan oleh WHO di seluruh dunia, dengan jumlah kematian seluruh juta jiwa terutama anak-anak. Pada masa 50 tahun terakhir, insiden dengue diseluruh dunia telah meningkat 30 kali, sedangkan di Amerika demam dengue dan demam berdarah dengue pada tahun 2011 meningkat sekitar 4 kali lipat pada tahun 2000. Indonesia adalah daerah epidemis dengue dan mengalami epidemic sekali dalam 4-5 tahun dengan puncak epidemi berulang setiap 9-10 tahun.

Di Indonesia Demam Berdarah Dengue (DBD) pertama kali dilaporkan di Surabaya dengan penderita sebanyak 58 orang, dan 24 orang diantaranya meninggal dunia (41,3%). Dengue kemudian menyebar keseluruh Indonesia dengan jumlah 158.912 kasus pada tahun 2009. Kota-kota besar di Jawa misalnya Jakarta, Surabaya, dan Yogyakarta pada umumnya, merupakan daerah endemis semua *serotype* virus dengue (Soedarto, 2012).

Fenomena di masyarakat demam berdarah sering kali tidak di sadari, sehingga gejala demam yang muncul dianggap sebagai suatu yang biasa, hal ini menyebabkan penanganan demam yang tidak tepat. Salah satu contoh penanganan demam di masyarakat adalah dengan melakukan kompres dingin di kepala, hal ini merupakan contoh yang kurang tepat karena tindakan tersebut membutuhkan waktu yang lama dalam menurunkan demam. Demam yang tidak segera diatasi atau berkepanjangan akan berakibat fatal, seperti halnya bisa menyebabkan kejang demam pada anak, dehidrasi bahkan syok, dan gangguan tumbuh kembang pada anak (Ngastiyah, 2005).

Pada kasus DBD yang tidak ditangani dengan baik, berbagai hal bisa saja terjadi. Salah satunya adalah manifestasi klinis DBD yang menunjukkan tanda kegawatan, berwujud gangguan sirkulasi di pembuluh darah perifer sebagai akibat kebocoran plasma dengan ditandai tensi yang menurun sampai nol, denyut nadi yang cepat dan lemah sampai tidak teraba yang biasa disebut dengan *Dengue Syok Syndrom* (DSS) (Potter dan Perry, 2005). Pada bulan Januari 2015 tercatat sebanyak 543 Kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) terus terjadi di sejumlah daerah khususnya Kalimantan Timur. Kasus DBD di Kaltim, memang

mengalami peningkatan hingga 45 kasus sementara pada Januari 2014 tercatat 498 kasus. Di RSUD AWS Samarinda sebagai pusat rujukan di Kalimantan timur terdapat 120 kasus DBD yang dirawat baik anak-anak maupun dewasa (DISKOMINFO, 2015)

Berdasarkan paparan diatas penulis tertarik menyusun suatu karya tulis ilmiah dengan judul "Analisis praktik klinik keperawatan pada pasien *dengue syok syndrom* di Ruang PICU RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda".

## **B. Perumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan diatas peneliti dapat merumuskan masalah yaitu " Bagaimanakah gambaran analisa pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien *dengue syok syndrom* di Ruang PICU RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.?"

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIA-N) ini bertujuan untuk melakukan analisa terhadap kasus kelolaan dengan klien *dengue syok syndrom* di Ruang PICU RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Menganalisis kasus kelolaan dengan diagnosa *dengue syok simdrom*
- b. Menganalisis intervensi pemberian kompres hangat terhadap demam klien kelolaan dengan diagnosa *dengue syok syndrom*.

## **D. Manfaat Penelitian**

### **1. Pasien**

Intervensi keperawatan ini dapat membantu pasien dalam menurunkan suhu tubuh sehingga dapat mencegah terjadinya komplikasi lanjut.

### **2. Perawat**

Hasil dari analisa keperawatan ini dapat meningkatkan mutu pelayanan, khususnya meningkatkan pengetahuan akan pentingnya intervensi keperawatan.

### **3. Tenaga Kesehatan**

Diharapkan analisa keperawatan ini dapat dapat menjadi tambahan informasi untuk penanganan demam pada pasien.

### **4. Peneliti**

Dalam penelitian keperawatan peneliti dapat mengaplikasikan teori dan konsep ke dalam sebuah penelitian dan dapat meningkatkan wawasan dalam pemberian asuhan keperawatan dan juga sebagai salah satu acuan untuk melakukan penelitian lebih lanjut.

### **5. Rumah Sakit dan Pendidikan**

Menjadi wacana dan bahan masukan dalam proses belajar mengajar terhadap pemberian asuhan keperawatan pada pasien suhu tubuh meningkat pada demam berdarah dengue dan sebagai bahan masukan dan menambah referensi untuk lebih meningkatkan mutu pelayanan yang diberikan pada pasien hipertermi di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Penyakit

##### 1. Definisi DBD dan DSS

Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus dengue dengan manifestasi klinis demam, nyeri otot dan/atau nyeri sendi yang disertai lekopenia, ruam, limfadenopati, trombositopenia dan diathesis hemoragik (Barbara, 2010).

Demam berdarah atau *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF) ialah penyakit demam akut terutama menyerang pada anak-anak, dan saat ini cenderung polanya berubah ke orang dewasa. Gejala yang ditimbulkan dengan manifestasi perdarahan dan bertendensi menimbulkan shock yang dapat menimbulkan kematian (Potter dan Perry, 2005).

*Dengue Syok Syndrom* (DSS) adalah manifestasi klinis DBD yang menunjukkan tanda kegawatan, berwujud gangguan sirkulasi di pembuluh darah perifer sebagai akibat kebocoran plasma dengan ditandai tensi yang menurun sampai nol, denyut nadi yang cepat dan lemah sampai tidak teraba (Potter dan Perry, 2005).

##### 2. Etiologi

Demam dengue dan demam berdarah dengue disebabkan oleh virus dengue, yang termasuk dalam genus *Flavivirus*, keluarga *Flaviviridae*.



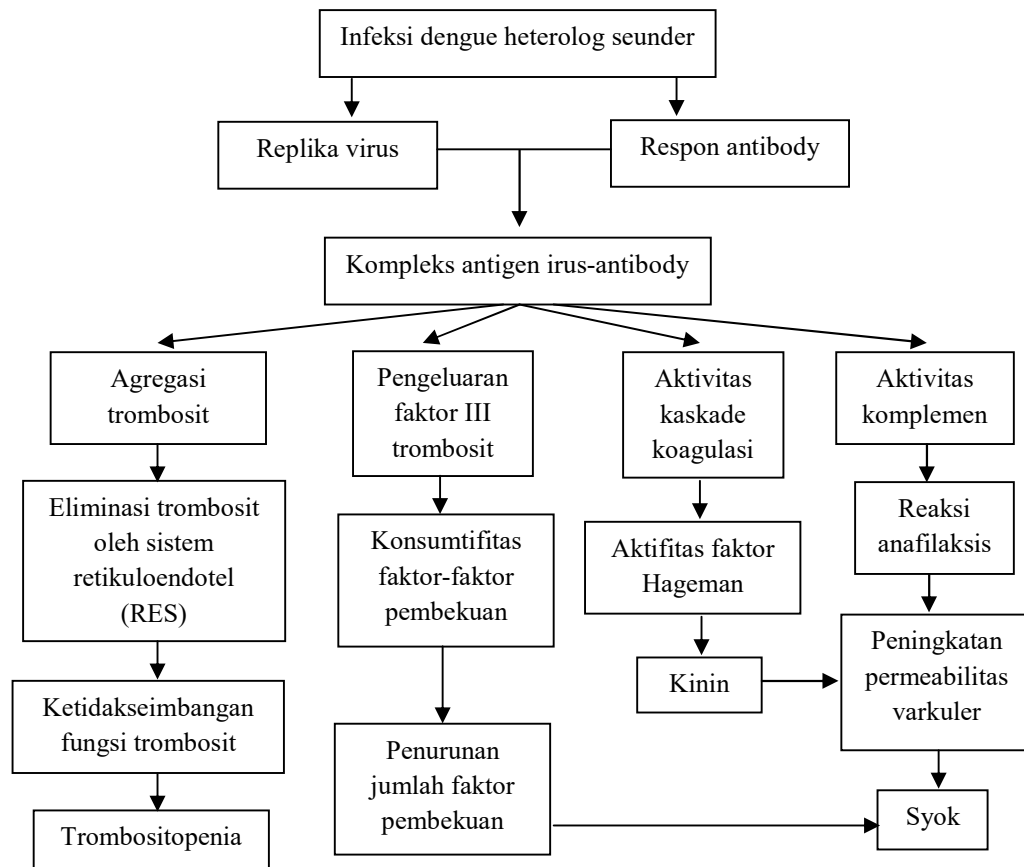
Flavivirus merupakan virus dengan diameter 30nm terdiri dari asam ribonukleat rantai tunggal dengan berat molekul  $4 \times 10^6$ .

Terdapat 4 serotipe virus tipe yaitu DEN-1, DEN-2, DEN-3, dan DEN-4 yang semuanya dapat menyebabkan demam dengue atau demam berdarah dengue keempat serotype ditemukan di Indonesia dengan DEN-3 merupakan serotype terbanyak. Penyakit ini ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes Aegypti* dan mungkin juga *Aedes Albopictus*. Kedua jenis nyamuk ini terdapat di hampir seluruh pelosok Indonesia, kecuali di tempat-tempat ketinggian lebih dari 1000 meter di atas permukaan laut (Soedarto, 2012).

### 3. Patofisiologi

Virus dengue yang telah masuk ke tubuh penderita akan menimbulkan viremia. Hal tersebut yang meningkatkan permeabilitas dinding kapiler yang mengakibatkan terjadinya perembesan plasma ke ruang extra seluler. Peningkatan permeabilitas dinding kapiler terjadi karena pelepasan zat anafilaktosin, histamin dan serotonin serta aktivasi sistem kalikren yang berakibat ekstrasvasi cairan intravaskuler. Hal ini berakibat berkurangnya volume plasma, terjadinya hipotensi, hemokonsentrasi, hipoproteinemia serta renjatan/shock. Hemokonsentrasi (peningkatan hematokrit  $> 20\%$ ) menunjukkan adanya kebocoran / perembesan plasma sehingga nilai hematokrit menjadi penting untuk patokan pemberian cairan intra vena. Jika pemberian cairan tidak adekuat, penderita akan mengalami kekurangan cairan yang dapat mengakibatkan kondisi yang buruk bahkan bisa mengalami renjatan. Jika hipovolemik atau renjatan berlangsung lama akan timbul

anoksia jaringan, metabolik asidosis dan kematian apabila tidak segera diatasi dengan baik. Terjadinya trombositopenia, menurunnya fungsi trombosit dan faktor koagulasi (protombin, faktor V, VII, IX, X, dan fibrinogen) merupakan faktor penyebab terjadinya perdarahan hebat, terutama perdarahan saluran gastrointestinal (Potter dan Perry, 2005).



Gambar 2.1 sumber (Potter dan Perry, 2005)

#### 4. Manifestasi klinis

Menurut Barbara (2010) Seperti pada infeksi virus yang lain, maka infeksi virus Dengue juga merupakan suatu *self limiting infectious disease* yang akan berakhir sekitar 2-7 hari. Infeksi virus Dengue pada manusia

mengakibatkan suatu spektrum manifestasi klinis yang bervariasi antara penyakit yang paling ringan, dengue fever, *dengue hemorrhagic fever* dan *dengue shock syndrom*.

a. Demam

Demam mendadak disertai dengan gejala klinis yang tidak spesifik seperti *anoreksia*, lemah, nyeri pada punggung, tulang sendi dan kepala. Pada umumnya gejala klinik ini tidak mengkhawatirkan. Demam berlangsung antara 2-7 hari kemudian turun secara *lysis*.

b. Perdarahan

Umumnya muncul pada hari kedua sampai ketiga demam bentuk perdarahan dapat berupa uji *rumple leed* positif, *petechiae*, *purpura*, *echimosis*, *epistaxis*, perdarahan gusi dan yang paling parah adalah *melena*.

c. Hepatomegali

Hati pada umumnya dapat diraba pada pemulaan demam, kadang-kadang juga di temukannya nyeri, tetapi biasanya disertai *ikterus*.

d. Shock

Shock biasanya terjadi pada saat demam menurun yaitu hari ketiga dan ketujuh sakit. Shock yang terjadi dalam periode demam biasanya mempunyai prognosa buruk. Penderita DHF memperlihatkan kegagalan peredaran darah dimulai dengan kulit yang terasa lembab dan dingin pada ujung hidung, jari dan kaki, *sianosis* sekitar mulut dan akhirnya shock.

e. Trombositopenia

Trombositopenia adalah berkurangnya jumlah trombosit, apabila dibawah 150.000/mm<sup>3</sup> biasanya di temukan di antara hari ketiga sampai ketujuh sakit.

f. Kenaikan Nilai Hematokrit

Meningkatnya nilai hematokrit merupakan indikator yang peka terhadap terjadinya shock sehingga perlu di lakukan pemeriksaan secara periodik.

g. Gejala Klinik Lain

Gejala Klinik Lain yang dapat menyertai penderita adalah *epigastrium*, muntah-muntah, diare dan kejang-kejang (Soedarto, 2012).

5. Derajat Beratnya Penyakit DBD

Sesuai dengan patokan dari WHO (1975) bahwa penderita DHF dalam perjalanan penyakit terdapat derajat I dan IV. (Barbara, 2010) antara lain :

a. Derajat I (Ringan)

Demam mendadak 2 sampai 7 hari disertai gejala klinik lain, dengan manifestasi perdarahan ringan. Yaitu uji tes "*rumple leed*" yang positif.

b. Derajat II (Sedang )

Golongan ini lebih berat daripada derajat pertama, oleh karena ditemukan perdarahan spontan di kulit dan manifestasi perdarahan lain yaitu *epitaksis* (mimisan), perdarahan gusi, *hematemesis* dan *melena* (muntah darah). Gangguan aliran darah perifer ringan yaitu kulit yang teraba dingin dan lembab.

c. Derajat III ( Berat )

Penderita syok berat dengan gejala klinik ditemukannya kegagalan sirkulasi, yaitu nadi cepat dan lembut, tekanan nadi menurun ( $< 20$  mmHg) atau hipotensi disertai kulit yang dingin, lembab, dan penderita menjadi gelisah.

d. Derajat IV

Penderita syok berat (*profound shock*) dengan tensi yang tidak dapat diukur dan nadi yang tidak dapat diraba.

6. Diagnosa Laboratorium

Setiap penderita dilakukan pemeriksaan laboratorium yaitu pemeriksaan lengkap darah, sangatlah penting karena pemeriksaan ini berfungsi untuk mengikuti perkembangan dan diagnosa penyakit.

Darah adalah jaringan cair yang terdiri atas dua bagian. Bagian cairan disebut plasma dan bagian padat disebut sel darah. Volume dari darah secara keseluruhan sekitar 5 liter, yaitu 55 % cairan dan 45 % sisanya terdiri dari sel darah yang dipadatkan yang berkisar 40-47 % (Barbara, 2010).

Menurut Potter dan Perry (2005) sel darah meliputi sel darah merah (eritrosit), sel darah putih (leukosit) dan trombosit. Eritrosit bentuknya seperti cakram kecil bikonkaf, cekung pada sisinya. Jumlah eritrosit pada darah normalnya  $5.000.000/\mu\text{l}$ . Leukosit terdiri dari dua yaitu non granulosit dan granulosit. Sel granulosit terdiri dari neutrofil, eosinofil, basofil. Sel non granulosit terdiri dari limfosit dan monosit. Sel leukosit merupakan sel yang peka terhadap masuknya agen asing dalam tubuh dan berfungsi sebagai sistim

pertahanan tubuh. Jumlah normal dalam darah 8.000  $\mu$ l. Sel ini diproduksi di sumsum tulang belakang. Trombosit ukurannya sepertiga ukuran sel darah merah. Jumlahnya sekitar 300.000/ $\mu$ l. Perannya penting dalam penggumpalan darah. Menurut Soedarto (2012) adapun pemeriksaan yang dilakukan antara lain :

a. Pemeriksaan uji Tourniquet/Rumple leed

Percobaan ini bermaksud menguji ketahanan kapiler darah pada penderita DBD. Uji rumpel leed merupakan salah satu pemeriksaan penyaring untuk mendeteksi kelainan sistem vaskuler dan trombosit. Dinyatakan positif jika terdapat lebih dari 10 *ptechiae* dalam diameter 2,8 cm di lengan bawah bagian depan termasuk lipatan siku. Prinsip : Bila dinding kapiler rusak maka dengan pembendungan akan tampak sebagai bercak merah kecil pada permukaan kulit yang di sebut *Ptechiae*

b. Pemeriksaan Hemoglobin

Kasus DHF terjadi peningkatan kadar hemoglobin dikarenakan terjadi kebocoran /perembesan pembuluh darah sehingga cairan plasmanya akan keluar dan menyebabkan terjadinya hemokonsentrasi. Kenaikan kadar hemoglobin >14 gr/100 ml. Pemeriksaan kadar hemaglobin dapat dilakukan dengan metode sahli dan foto elektrik (cianmeth hemoglobin), metode yang dilakukan adalah metode fotoelektrik. Prinsip : Metode fotoelektrik (cianmeth hemoglobin) Hemoglobin darah diubah menjadi cianmeth hemoglobin dalam larutan

yang berisi kalium ferrisianida dan kalium sianida. Absorbansi larutan diukur pada panjang gelombang 540 nm/filter hijau.

c. Pemeriksaan Hematokrit

Peningkatan nilai hematokrit menggambarkan terjadinya hemokonsentrasi, yang merupakan indikator terjadinya perembesan plasma. Nilai peningkatan ini lebih dari 20%. Pemeriksaan kadar hematokrit dapat dilakukan dengan metode makro dan mikro. Prinsip : Mikrometode yaitu menghitung volume semua eritrosit dalam 100 ml darah dan disebut dengan persentase dari volume darah itu.

d. Pemeriksaan Trombosit

Pemeriksaan jumlah trombosit ini dilakukan pertama kali pada saat pasien didiagnosa sebagai pasien DBD, Pemeriksaan trombosit perlu dilakukan pengulangan sampai terbukti bahwa jumlah trombosit tersebut normal atau menurun. Penurunan jumlah trombosit  $< 100.000 /\mu\text{l}$  atau kurang dari 1-2 trombosit/ lapang pandang dengan rata-rata pemeriksaan 10 lapang pandang pada pemeriksaan hapusan darah tepi. Prinsip : Darah diencerkan dengan larutan isotonis (larutan yang melisiskan semua sel kecuali sel trombosit) dimaksudkan dalam bilik hitung dan dihitung dengan menggunakan faktor konversi jumlah trombosit per  $\mu\text{l}$  darah.

e. Pemeriksaan Lekosit

Kasus DHF ditemukan jumlah bervariasi mulai dari leukositosis ringan sampai leukopenia ringan. Prinsip : Darah diencerkan dengan larutan isotonis (larutan yang melisiskan semua sel kecuali sel leukosit)

dimasukkan bilik hitung dengan menggunakan faktor konversi jumlah lekosit per  $\mu$ /l darah.

f. Pemeriksaan Bleding time (BT)

Pasien DBD pada masa berdarah, masa perdarahan lebih memanjang menutup kebocoran dinding pembuluh darah tersebut, sehingga jumlah trombosit dalam darah berkurang. Berkurangnya jumlah trombosit dalam darah akan menyebabkan terjadinya gangguan hemostatis sehingga waktu perdarahan dan pembekuan menjadi memanjang. Prinsip : Waktu perdarahan adalah waktu dimana terjadinya perdarahan setelah dilakukan penusukan pada kulit cuping telinga dan berhentinya perdarahan tersebut secara spontan.

g. Pemeriksaan Clothing time (CT )

Pemeriksaan ini juga memanjang dikarenakan terjadinya gangguan *hemostatis*. Prinsip : Sejumlah darah tertentu segera setelah diambil diukur waktunya mulai dari keluarnya darah sampai membeku.

h. Pemeriksaan Limfosit Plasma Biru (LPB)

Pada pemeriksaan darah hapus ditemukan limfosit *atipik* atau limfosit plasma biru  $\geq 4$  % dengan berbagai macam bentuk : *monositoid*, *plasmositoid* dan *blastoid*. Terdapat limfosit Monositoid mempunyai hubungan dengan DHF derajat penyakit II dan IgG positif, dan limfosit non monositoid (*plasmositoid dan blastoid*) dengan derajat penyakit I dan IgM positif. Prinsip: Menghitung jumlah limfosit plasma biru dalam 100 sel jenis-jenis lekosit.



i. Pemeriksaan Imunoesei dot-blot

Hasil positif IgG menandakan adanya infeksi sekunder dengue, dan IgM positif menandakan infeksi primer. Tes ini mempunyai kelemahan karena sensitifitas pada infeksi sekunder lebih tinggi, tetapi pada infeksi primer lebih rendah, dan harganya relatif lebih mahal. Prinsip : Anti bodi dengue baik IgM atau IgG dalam serum akan diikat oleh *anti-human* IgM dan IgG yang dilapiskan pada dua garis silang di strip nitroselulosa.

**B. Konsep Tumbuh Kembang Anak Usia Sekolah**

Menurut Betz dan Sowden (2002), pertumbuhan dan perkembangan anak usia sekolah adalah sebagai berikut :

1. Karakteristik Fisik

Ledakan pertumbuhan dimulai. Berbagai variasi masih normal. Bagan perkembangan hanya digunakan untuk referensi saja. Anak perempuan mungkin mulai mengembangkan ciri seks sekundernya dan mulai menstruasi pada tahap ini. Usia awitan menstruasi telah menurun pada dekade terakhir ini.

- a. Berat badan anak bertambah 2-4 kg per tahun
- b. Tinggi badan pada usia delapan tahun, secara proporsional lengan tumbuh lebih panjang daripada badan; tinggi bertambah pada usia sembilan tahun
- c. Mulai menanggalkan gigi susu; memiliki 10-11 gigi permanen saat berusia delapan tahun dan kira-kira 26 gigi permanen saat berusia 12 tahun

## 2. Perkembangan Motorik Kasar

- a. Umur 7-10 tahun aktivitas motorik kasar dibawah kendali keterampilan kognitif dan kesadaran; secara bertahap meningkatkan irama, kehalusan, dan keanggunan gerakan otot; meningkatkan minat dalam penyempurnaan keterampilan fisik; kekuatan dan daya tahan juga meningkat.
- b. Umur 10-12 tahun tingkat energi tinggi dan peningkatan arah dan kendali dari kemampuan fisik.

## 3. Perkembangan Motorik Halus

- a. Menunjukkan peningkatan perbaikan keterampilan motorik halus karena bertambahnya mielinisasi sistem saraf pusat.
- b. Menunjukkan perbaikan keseimbangan dan koordinasi mata dan tangan.
- c. Dapat menulis daripada mengucapkan kata-kata saat berusia delapan tahun.
- d. Menunjukkan peningkatan kemampuan untuk mengungkapkan secara individu dan perhatian khusus seperti menjahit, membuat model, dan bermain alat musik.
- e. Menunjukkan keterampilan motorik halus yang sama dengan orang dewasa saat berusia 12 tahun.

## 4. Perkembangan Kognitif

- a. Pemikiran anak menjadi sangat abstrak dan simbolik; kemampuan membentuk representasi mental dibantu oleh kepercayaan pada akal sehat penglihatan.

- b. Mempertimbangkan sejumlah alternatif dalam menemukan pemecahan terbaik.
- c. Dapat membalikkan cara kerja; dapat melacak urutan kejadian kembali sejak awal.
- d. Memahami konsep dulu, sekarang, dan yang akan datang.
- e. Dapat menyebutkan waktu
- f. Dapat menggolongkan obyek sesuai golongan dan sub golongan.
- g. Memahami konsep tinggi, berat dan volume.
- h. Dapat berfokus pada lebih dari satu aspek dari situasi.

#### 5. Perkembangan Bahasa

- a. Menggunakan bahasa sebagai alat pertukaran verbal.
- b. Pemahaman terhadap pembicaraan mungkin tertinggal dari pengertiannya.
- c. Tidak begitu egosentris dalam orientasi; dapat mempertimbangkan pandangan lain.
- d. Mengerti kebanyakan kata-kata abstrak.
- e. Memakai semua bagian pembicaraan, termasuk kata sifat, kata keterangan, kata penghubung, dan kata depan.
- f. Ikut memakai kalimat majemuk dan gabungan.
- g. Kosa katanya mencapai 50 ribu kata pada akhir masa ini.

#### 6. Perkembangan Psikoseksual

- a. Masalah seksual menjadi kurang disadari.
- b. Tugas perkembangan integrasi bertahap dari pengalaman dan reaksi seksual yang lalu (pada tahun-tahun terakhir ini terdapat makin banyak

laporan bahwa masa laten ini bukanlah periode netral dalam perkembangan seksualitas).

- c. Krisis perkembangan, makin banyak laporan tentang masalah seksual pra remaja, yang dimulai saat kira-kira berusia 10 tahun.
- d. Keterampilan koping umum seperti menggigit kuku, ketergantungan, keterampilan pemecahan masalah bertambah, penyangkalan, humor, fantasi, dan identifikasi.
- e. Peran orang tua adalah peran utama dalam pendidikan anak tentang aturan dan norma yang mengatur perilaku seksual dan seksualitas dan dalam mempengaruhi perilaku spesifik kelamin. Berikut ini adalah karakteristik spesifik umur :
  - 1) Umur tujuh tahun minat untuk seks menurun dan kurang eksplorasi; perhatian kepada lawan jenis meningkat, dimulai dengan perasaan “cinta” anak laki-laki kepada anak perempuan.
  - 2) Umur delapan tahun perhatian seksual tinggi; peningkatan kegiatan seperti mengintip, menceritakan lelucon cabul, dan ingin menambah informasi seksual tentang kelahiran dan hubungan seksual; pada anak perempuan peningkatan perhatian terhadap menstruasi.
  - 3) Umur sembilan tahun peningkatan diskusi dengan teman sebaya tentang topik seksual; memisahkan jenis kelamin dalam aktivitas permainan; menghubungkan diri dengan proses reproduksi; kesadaran diri tentang perlindungan seksual; minat berkencan dan berhubungan dengan lawan jenis pada sejumlah anak.

- 4) Umur 10 tahun minat pada tubuh dan penampilan diri meningkat; banyak anak mulai “berkencan” dan berhubungan dengan lawan jenis dalam aktivitas kelompok dan pasangan.
- 5) Umur 11-13 tahun khawatir tentang penampilannya; tekanan sosial agar tampak langsing dan menarik merupakan sumber stres; gambaran keliru tentang hubungan seks dan kehamilan banyak terdapat pada anak-anak.

## 7. Perkembangan Psikososial

- a. Tugas perkembangan, belajar mengembangkan rasa keadeguan terhadap kemampuan dan kompetensi pada saat kesempatan untuk belajar dan interaksi sosial bertambah; anak berusaha agar berhasil di sekolah.
- b. Krisis perkembangan, anak dalam bahaya akibat perkembangan rasa rendah diri jika ia tidak merasa kompeten dalam keberhasilan pencapaian tugas.
- c. Bermain, anak menikmati aktivitas santai bersama teman sebaya (misalnya kasti); permainan cenderung memisahkan kedua lawan jenis; mainan *rough and tumble* adalah ciri khas permainan luar rumah yang tidak terstruktur; minat pribadi, aktivitas, dan hobi berkembang pada saat ini.
- d. Peran keluarga dan orang tua, orang tua menjadi figur yang kurang bermakna dalam arti sebagai agen untuk sosialisasi; hubungan dengan teman sebaya cenderung mengurangi pengaruh dominan dari orang tua yang ada sebelumnya; orang tua masih merasa dan berespon sebagai

otoritas utama; harapan dari guru, pelatih, dan para tokoh keagamaan memberi dampak terhadap perilaku anak.

#### 8. Perkembangan Moral dan Perkembangan Kepercayaan

- a. Pengertian moralitas anak ditentukan oleh aturan dan tata tertib dari luar.
- b. Hubungan dan kontak sosial anak dengan figur otoritas mempengaruhi pengertian benar dan salah.
- c. Pengertian benar dan salah anak kaku dan kaku.
- d. Kepercayaan anak sangat dipengaruhi oleh figur otoritas.
- e. Anak belajar membedakan yang natural dan supernatural.
- f. Anak mulai membentuk pengertian pribadi tentang Tuhan.

### **C. Konsep Asuhan Keperawatan**

#### 1. Pengertian

Asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien / pasien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Dilaksanakan berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan sebagai suatu profesi yang berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan, bersifat humanistic, dan berdasarkan pada kebutuhan objektif klien untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien.

Menurut Supartini (2004) proses keperawatan adalah metode asuhan keperawatan yang ilmiah, sistematis, dinamis, dan terus-menerus serta berkesinambungan dalam rangka pemecahan masalah kesehatan pasien/klien, di mulai dari pengkajian (pengumpulan data, analisis data, dan

penentuan masalah) diagnosis keperawatan, pelaksanaan, dan penilaian tindakan keperawatan.

## 2. Tahap-Tahap Asuhan Keperawatan

### a. Pengkajian

Pengkajian adalah upaya mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan yang di hadapi pasien baik fisik, mental, sosial maupun spiritual dapat ditentukan.tahap ini mencakup tiga kegiatan,yaitu pengumpulan data,analisis data,dan penentuan masalah kesehatan serta keperawatan (Hidayat, 2005).

### b. Diagnosa

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akontabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah (Carpenito, 2008). Perumusan diagnosa keperawatan : 1) Actual : menjelaskan masalah nyata saat ini sesuai dengan data klinik yang ditemukan. 2) Resiko: menjelaskan masalah kesehatan nyata akan terjadi jika tidak di lakukan intervensi. 3) Kemungkinan : menjelaskan bahwa perlu adanya data tambahan untuk memastikan masalah keperawatan kemungkinan. 4) Wellness : keputusan klinik tentang keadaan individu,keluarga,atau masyarakat dalam transisi dari tingkat sejahtera

tertentu ketinggian sejahtera yang lebih tinggi. 5) Syndrom : diagnose yang terdiri dari kelompok diagnosa keperawatan actual dan resiko tinggi yang diperkirakan muncul/timbul karena suatu kejadian atau situasi tertentu.

c. Perencanaan

Rencana keperawatan Semua tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien beralih dari status kesehatan saat ini ke status kesehatan yang diuraikan dalam hasil yang diharapkan (Carpenito, 2008).

d. Implementasi

Implementasi merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan.

e. Evaluasi

Perencanaan evaluasi memuat kriteria keberhasilan proses dan keberhasilan tindakan keperawatan. Keberhasilan proses dapat dilihat dengan jalan membandingkan antara proses dengan pedoman/rencana proses tersebut. Sedangkan keberhasilan tindakan dapat dilihat dengan membandingkan antara tingkat kemandirian pasien dalam kehidupan sehari-hari dan tingkat kemajuan kesehatan pasien dengan tujuan yang telah dirumuskan sebelumnya.

3. Menurut Carpenito (2008) diagnosa keperawatan yang biasa muncul pada pasien DBD adalah :



a. Diagnosa 1 : Defisit volume cairan berhubungan dengan Kehilangan volume cairan secara aktif

NOC :

1) *Fluid balance*

2) *Hydration*

NIC :

1) Kaji KU dan kondisi pasien

2) Observasi tanda-tanda vital ( S,N,RR )

3) Observasi tanda-tanda dehidrasi

4) Kolaborasi pemberian cairan infus

5) Balance cairan (input dan out put cairan)

b. Diagnosa 2 : Hipertermi berhubungan dengan Proses infeksi virus dengue

NOC :

(1) *Thermoregulasi*

NIC :

1) Monitor suhu sesering mungkin

2) Monitor warna dan suhu kulit

3) Monitor TD, N, RR

4) Monitor intake dan output

5) Berikan anti piretik

6) Monitor tingkat kesadaran

7) Kompres axila dan lipatan paha

- c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Intake nutrisi kurang

NOC :

1) *Nutritional status : food and fluid intake*

NIC :

- 1) Kaji adanya alergi makanan
- 2) Monitor adanya penurunan BB dan gula darah
- 3) Monitor turgor kulit
- 4) Monitor kekeringan, rambut kusam, HB dan HT
- 5) Monitor mual dan muntah
- 6) Monitor pucat dan kekeringan konjungtiva

- d. Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera biologis

NOC :

1) *Pain level*

2) *Pain control*

NIC :

- 1) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif
- 2) Observasi reaksi non verbal
- 3) Kurangi factor presifetasi
- 4) Ajarkan teknik non farmakologi
- 5) Berikan analgesik pilihan
- 6) Monitor vital sign

- e. Kurang pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan kognitif

NOC :

*1) Knowledge : desiasse proses*

NIC :

- 1) Kaji tingkat pendidikan klien.
- 2) Kaji tingkat pengetahuan keluarga tentang proses penyakit DHF
- 3) Jelaskan pada keluarga klien tentang proses penyakit DHF melalui Penkes.
- 4) beri kesempatan pada keluarga untuk bertanya yang belum dimengerti atau diketahuinya.
- 5) Libatkan keluarga dalam setiap tindakan yang dilakukan pada klien

#### **D. Konsep Intervensi Hipertermi Pemberian Kompres Hangat**

##### 1. Konsep Suhu

###### a. Pengertian Suhu

Suhu yang dimaksud adalah panas atau dingin suatu substansi. Suhu tubuh adalah perbedaan antara jumlah panas yang diproduksi oleh proses tubuh dan jumlah panas yang hilang ke lingkungan luar. Meskipun dalam kondisi tubuh yang ekstrim selama melakukan aktivitas fisik, mekanisme kontrol suhu manusia tetap menjaga suhu inti atau suhu jaringan dalam relatif konstan. Suhu permukaan berfluktuasi bergantung pada aliran darah ke kulit dan jumlah panas yang hilang ke lingkungan luar. Karena fluktuasi suhu permukaan ini, suhu yang dapat diterima berkisar dari 36<sup>0</sup> C

atau  $37,5^{\circ}$  C. Fungsi jaringan dan sel tubuh paling baik dalam rentang suhu yang relatif sempit (Potter dan Perry, 2005).

b. Fisiologi Suhu Tubuh

Berdasarkan distribusi suhu di dalam tubuh, dikenal suhu inti (core temperatur), yaitu suhu yang terdapat pada jaringan dalam, seperti kranial, toraks, rongga abdomen, dan rongga pelvis. Suhu ini biasanya dipertahankan relatif konstan (sekitar  $37^{\circ}$ C). selain itu, ada suhu permukaan (surface temperatur), yaitu suhu yang terdapat pada kulit, jaringan sub kutan, dan lemak. Suhu ini biasanya dapat berfluktuasi sebesar  $20^{\circ}$ C sampai  $40^{\circ}$ C (Potter dan Perry, 2005).

c. Penghasil Suhu Tubuh

- 1) Laju metabolisme basal (basal metabolisme rate, BMR) di semua sel tubuh.
- 2) Laju cadangan metabolisme yang disebabkan aktivitas otot(termasuk kontraksi otot akibat menggigil).
- 3) Metabolisme tambahan akibat pengaruh hormon tiroksin dan sebagian kecil hormon lain, misalnya hormon pertumbuhan (growth hormone dan testosteron).
- 4) Metabolisme tambahan akibat pengaruh epineprine, norepineprine, dan rangsangan simpatis pada sel.
- 5) Metabolisme tambahan akibat peningkatan aktivitas kimiawi didalam sel itu sendiri terutama bila temperatur menurun (Tamsuri, 2006).

#### d. Sistem Pengaturan Suhu Tubuh

Tubuh manusia merupakan organ yang mampu menghasilkan panas secara mandiri dan tidak tergantung pada suhu lingkungan. Tubuh manusia memiliki seperangkat sistem yang memungkinkan tubuh menghasilkan, mendistribusikan, dan mempertahankan suhu tubuh dalam keadaan konstan. Panas yang dihasilkan tubuh sebenarnya merupakan produk tambahan proses metabolisme yang utama (Potter dan Perry, 2005).

Suhu tubuh manusia cenderung berfluktuasi setiap saat. Banyak faktor yang dapat menyebabkan fluktuasi suhu tubuh. Untuk mempertahankan suhu tubuh manusia dalam keadaan konstan, diperlukan regulasi suhu tubuh. Suhu tubuh manusia diatur dengan mekanisme umpan balik (*feedback*) yang diperankan oleh pusat pengaturan suhu di hipotalamus. Apabila pusat temperatur hipotalamus mendeteksi suhu tubuh yang terlalu panas, tubuh akan melakukan mekanisme umpan balik. Mekanisme umpan balik ini terjadi bila suhu inti tubuh telah melewati batas toleransi tubuh untuk mempertahankan suhu, yang disebut titik tetap (*set point*). Titik tetap tubuh dipertahankan agar suhu tubuh inti konstan pada 37°C. Apabila suhu tubuh meningkat lebih dari titik tetap, hipotalamus akan merangsang untuk melakukan serangkaian mekanisme untuk mempertahankan suhu dengan cara menurunkan produksi panas dan meningkatkan pengeluaran panas sehingga suhu kembali pada titik tetap (Ngastiyah, 2005).

e. Teori proses penurunan suhu tubuh

Menurut Tamsuri (2006) mengklarifikasikan proses penurunan suhu tubuh menjadi 4 (empat) yaitu:

1) Konduksi:

Konduksi adalah perpindahan panas dari satu molekul ke molekul lain. Perpindahan konduksi tidak dapat mengalihkan tanpa hubungan antara molekul dan nilai normal pada pengeluaran panas. Contoh ketika badan direndamkan kedalam air es. Jumlah perpindahan panas tergantung pada perbedaan suhu, besar dan lama hubungan (kontak).

2) Konveksi

Konveksi adalah pemindahan panas melalui gas atau cairan yang bergerak. Aliran konveksi dapat terjadi karena massa jenis udara panas sangat ringan dibandingkan udara dingin misalnya orang telanjang yang duduk dalam ruangan yang kehilangan sekitar 12% panasnya dengan cara konduksi ke udara menjauhi tubuh.

3) Radiasi

Radiasi adalah suatu energi panas dari suatu permukaan obyek ke obyek lain tanpa mengalami kontak dari kedua obyek tersebut, misalnya seseorang yang telanjang dalam ruangan dengan suhu kamar normal kehilangan sekitar 60% panas total secara radiasi. Jika suhu tubuh naik, pusat kendali suhu di otak akan melebar dan meningkatkan aliran darah ke permukaan kulit sambil membawa panas tubuh.

#### 4) Evaporasi (penguapan)

Evaporasi Adalah peralihan panas dari bentuk cairan menjadi uap. Bila suhu udara lebih tinggi dari suhu permukaan tubuh, maka radiasi, konduksi dan konveksi tidak dapat menghilangkan panas di tubuh. Dalam keadaan ini cara penguapan yang bermanfaat yaitu mengkonversi air dari cairan menjadi gas. misalnya penguapan air melalui kulit dan paru, ini disebut juga air menguap secara insensibel karena tidak dapat dikontrol.

#### f. Tempat pengukuran suhu tubuh

Di setiap tempat perawatan baik di rumah sakit maupun klinik dipakai lokasi pengukuran temperatur pada ketiak, sub lingual dan rektal (Potter dan Perry, 2005). Tempat-tempat pengukuran ini dapat diuraikan sebagai berikut:

##### 1) Pengukuran di ketiak (axila)

Melakukan pengukuran suhu di ketiak adalah dianjurkan karena aman, bersih dan mudah dilakukan. Hal ini tidak menimbulkan resiko pada neonatus meskipun itu memerlukan waktu sedikit lebih lama dari pengukuran suhu di rektal. Pengukuran suhu axila adalah cara paling aman untuk mengetahui suhu tubuh pada bayi baru lahir. Namun suhu axila merupakan teknik pengukuran suhu yang kurang akurat karena diletakkan di luar tubuh daripada di dalam tubuh. Pengukuran axila mempunyai keuntungan dan kerugian yaitu:

### Keuntungan

- a) Aman dan non invansif
- b) Cara yang lebih disukai pada bayi baru lahir dan klien yang tidak kooperatif

### Kerugian:

- a) Waktu pengukuran lama
  - b) Memerlukan bantuan perawat untuk mempertahankan posisi klien
  - c) Tertinggal dalam pengukuran suhu inti pada waktu perubahan suhu yang cepat
  - d) Memerlukan paparan toraks
- 2) Pengukuran di lipat paha

Menurut Potter dan Perry (2005) pengukuran di lipat paha juga dianjurkan dengan beberapa pertimbangan yaitu :

- a) Anatomi dan fisiologi

Terdapat pembuluh darah besar yaitu arteri dan vena femoralis dengan cabang-cabang arteri yang banyak, dimana suhu akan berpindah dari darah ke permukaan kulit melalui dinding pembuluh darah. Selain itu juga bahwa kulit epidermis di lipat paha lebih tipis dari kulit di tempat lain sehingga mempercepat terjadi pengeluaran panas dari pembuluh darah yang berada di lapisan ke permukaan kulit.



b) Aman

Daerah tersebut tidak mudah lecet dan bila termometer dijepitkan tidak mudah lepas atau jatuh

c) Bersih

Termometer tidak akan terkontaminasi sehingga bisa dipakai pada pasien yang lain tanpa harus disterilkan dalam waktu yang lama

d) Mudah

Mudah dilakukan dan mudah diamati kenaikan suhu tubuh pada thermometer.

3) Pengukuran di rektal

Rektal dijadikan tempat pengukuran karena daerah tersebut banyak pembuluh darah walaupun sekarang sudah dianjurkan untuk menghindari oleh karena dapat menyebabkan trauma pada pembuluh-pembuluh darah apabila dilakukan berulang kali. Pengukuran rektal digunakan pada bayi, pasien dengan bedah atau kelainan rektal, pasien dengan miokard akut. Pengukuran suhu rektal adalah paling mungkin pada anak-anak yang lebih muda. Pengukuran suhu tubuh direktal terdapat keuntungan dan kerugian yaitu :

Keuntungan

a) Terlebih dapat diandalkan bila suhu oral dapat diperoleh

b) Menunjukkan suhu inti (rektum, membran timpani, esofagus, arteri pulmoner, kandung kemih)

Kerugian yaitu :

- a) Pengukuran suhu inti lebih lambat selama perubahan suhu yang cepat
  - b) Tidak boleh dilakukan pada klien yang mengalami bedah rektal, nyeri pada area rektal atau cenderung perdarahan.
  - c) Memerlukan perubahan posisi dan dapat merupakan sumber rasa malu dan ansietas klien
  - d) Memerlukan lubritasi
  - e) Dikontra indikasikan pada bayi baru lahir
- 4) Pengukuran oral

Pengukurang oral yaitu pengukuran yang dilakukan di dalam mulut lebih khususnya di bawah lidah karena daerah ini banyak terdapat mukosa, sedangkan untuk waktu pengukuran dilakukan berdasarkan lama pengukuran suhu di rektal antara 3-5 menit, di oral 3-7 menit, axila, 9-15 menit sedangkan pengukuran suhu tubuh di ketiak pada usia dewasa adalah 8-10 menit (Tamsuri, 2006).

g. Faktor-faktor yang mempengaruhi hasil pengukuran suhu

1) Tempat pengukuran

Tempat pengukuran yang tidak bersih, basah dan terdapat infeksi atau di lokasi dapat memberikan hasil yang kurang akurat, hal ini dapat berpengaruh pada hasil akhir pengukuran suhu yang dilakukan.

2) Alat pengukuran

Alat yang digunakan adalah termometer air raksa yang sejenis dan ukurannya sama.

3) Metode pengukuran

Sebelum melakukan pengukuran air raksa sudah harus diturunkan sampai batas reservoir.

4) Waktu

Waktu yang dibutuhkan untuk pengukuran baik yang di ketiak maupun di lipat paha harus sama (Potter dan Perry, 2005).

2. Konsep Kompres Hangat

a. Pengertian

Kompres adalah bantalan dari linen atau meteri lainnya yang dilipat-lipat, dikenakan dengan tekanan; kadang-kadang mengandung obat dan dapat bersih ataupun kering, panas ataupun dingin (Ngastiyah, 2005).

Kompres hangat adalah membarikan rasa hangat pada daerah tertentu dengan menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan hangat pada bagian tubuh yang memerlukan (Potter dan Perry, 2005).

b. Tujuan kompres hangat

- 1) Memperlancar sirkulasi darah
- 2) Menurunkan suhu tubuh
- 3) Mengurangi rasa sakit
- 4) Member rasa hangat, nyaman dan tenang bagi klien
- 5) Memperlancar pengeluaran eksudat

6) Merangsang peristaltik usus (Barbara, 2010)

c. Jenis-jenis kompres hangat antara lain:

1) Kompres hangat kering

Yakni dengan menggunakan pasir yang telah dipanasi sinar matahari guna mengobati nyeri-nyeri reumatik pada persendian. Selain itu, terapi ini juga dapat mengurangi berat badan dan menghilangkan kelebihan berat badan.

2) Kompres hangat lembap

Dewasa ini, kompres jenis ini digunakan dengan sarana atau mediasi sebuah alat yang dikenal dengan nama *Hidrokolator*. Yakni alat elektrik yang diisi air, digunakan untuk memanaskannya hingga mencapai suhu tertentu. Di dalam alat ini dicelupkan beberapa alat kompres dengan bobot bervariasi yang cocok untuk menutupi seluruh bagian tubuh. Terapis mengeluarkan kompres-kompres ini dengan menggunakan penjepit khusus, lalu melipatnya dengan handuk dan meletakkannya di atas tubuh pasien agar kompres tersebut berfungsi menghilangkan penyusutan otot dan membuatnya lentur kembali. Selain itu juga untuk membatasi atau mencegah nyeri dan memulihkan sirkulasi darah.

3) Kompres bahan wol hangat

Yakni dengan memanaskan bahan wol di atas uap kemudian diperas. Kompres macam ini memiliki kelebihan dengan kepanasannya yang tinggi dan tidak akan mencederai atau berbahaya bagi kulit. Kompres

ini terdiri dari kompres dalam yang ditutup dengan tutup plastik tahan air. Juga memiliki bungkus luar terbuat dari bahan wol untuk mencegah atau membatasi masuknya hawa panas. Kompres ini digunakan untuk menghilangkan nyeri-nyeri dan penyusutan otot-otot. Kompres ini juga dapat digunakan 3-4 kali selama 5-10 menit.

#### 4) Kompres gelatine (jelly)

Kompres model ini memiliki keistimewaan yang mampu menjaga panas atau dingin untuk beberapa lama. Kelebihan kompres ini terletak pada fleksibilitas bentuknya yang dapat dicocokkan dengan anggota tubuh sehingga mampu menghasilkan suhu yang diharapkan dan sanggup menggapai seluruh bagian tubuh. Proses pendinginan kompres ini dihasilkan melalui alat khusus (*hidrokolaktor*) yang memungkinkan suhu panas untuk diatur. Kompres *gelatine* ini memiliki pengaruh dan cara penggunaan yang sama dengan kompres dingin (Ngastiyah, 2005).

#### d. Mekanisme Tubuh Terhadap Kompres Hangat dalam Upaya Menurunkan Suhu Tubuh

Pemberian kompres hangat pada daerah tubuh akan memberikan sinyal ke hipotalamus melalui sumsum tulang belakang. Ketika reseptor yang peka terhadap panas dihipotalamus dirangsang, sistem effektor mengeluarkan sinyal yang memulai berkeringat dan vasodilatasi perifer. Perubahan ukuran pembuluh darah diatur oleh pusat vasomotor pada medulla oblongata dari tangkai otak, dibawah pengaruh hipotalamik

bagian anterior sehingga terjadi vasodilatasi. Terjadinya vasodilatasi ini menyebabkan pembuangan/kehilangan energi/panas melalui kulit meningkat (berkeringat), diharapkan akan terjadi penurunan suhu tubuh sehingga mencapai keadaan normal kembali (Potter dan Perry, 2005).

Pemberian kompres pada daerah ketiak/axillaris mempunyai pengaruh yang baik dalam menurunkan suhu tubuh karena ditempat-tempat itulah terdapat pembuluh darah besar yang akan membantu mengalirkan darah dan lebih mudah dalam melakukan pemberian kompres. Sedangkan kompres pada daerah dahi kurang mempunyai pengaruh yang besar dalam menurunkan suhu tubuh karena tidak memiliki pembuluh darah besar (Ngastiyah, 2005).

e. Kompres Hangat Teknik *Tepid Sponge*

1) Pengertian *Tepid Sponge*

*Tepid sponge* adalah sebuah teknik kompres hangat yang menggabungkan teknik kompres blok pada pembuluh darah besar superficial dengan teknik seka (Potter dan Perry, 2005).

2) Manfaat *Tepid Sponge*

Manfaat dari *tepid sponge* adalah menurunkan suhu tubuh yang sedang mengalami demam, memberikan rasa nyaman dan mengurangi nyeri dan ansietas yang diakibatkan oleh penyakit yang mendasari demam. *Tepid sponge* juga sangat bermanfaat pada anak yang memiliki riwayat kejang demam dan penyakit liver (Potter dan Perry, 2005).

### 3) Teknik *Tepid Sponge*

#### a) Persiapan

- (1) Handuk saputangan
- (2) Selimut
- (3) Baju mandi (jika ada)
- (4) Perlak
- (5) Handschoen
- (6) Thermometer
- (7) Mangkuk atau bak berisi air hangat

#### b) Pelaksanaan

- (1) Mengkaji kondisi klien
- (2) Menjelaskan prosedur yang akan dilaksanakan kepada klien
- (3) Mencuci tangan dan membawa alat kedekat klien
- (4) Menutup pintu dan jendela sebelum memulai prosedur
- (5) Mengatur posisi klien nyaman mungkin
- (6) Menempatkan terlak dibawah klien
- (7) Membuka pakaian klien dengan hati-hati
- (8) Mengisi bak dengan air hangat suhu 30-40°C
- (9) Memasukan handuk/sapu tangan kedalam bak
- (10) Memeras handuk / saputangan dan menempatkannya di dahi, ketiak, dan selangkangan selama 20 menit
- (11) Mengusap bagian ekstrimitas klien selama 5 menit dan punggung klien selama 5 menit.

- (12) Monitor respon klien
- (13) Mengganti pakaian klien dengan pakaian tipis dan menyerap keringat
- (14) Mengganti sprei (bila memungkinkan)
- (15) memindahkan perlak dan alat-alat yang dipakai
- (16) Dokumentasikan tindakan



### **BAB III LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA**

A. Pengkajian.....	38
B. Pemeriksaan Penunjang .....	40
C. Daftar Harian Terapi Obat dan Cairan .....	42
D. Terapi Diet .....	43
E. Analisa Data .....	43
F. Diagnosa Keperawatan.....	44
G. Rencana Asuhan Keperawatan.....	45
H. Implementasi .....	47
I. Evaluasi .....	54

### **BAB IV HASIL DAN PENELITIAN**

A. Profil Lahan Praktik .....	62
B. Analisa Masalah Keperawatan Dengan Konsep Terkait.....	63
C. Analisa Salah Satu Intervensi .....	64
D. Intervensi Alternatif .....	65

**SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS**

**MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan analisis dan pembahasan kompres hangat teknik *tepid sponge* terhadap pasien An. G masa rawat 8 hari dengan *dengue syok syndrom* dapat diambil kesimpulan bahwa kompres hangat yang dilakukan secara benar mampu membawa perubahan terhadap suhu tubuh yang sedang demam.

#### **B. Saran**

##### a. Bagi Perawat

Diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan khususnya dalam pemberian asuhan keperawatan kepada pasien dengan hipertermi (demam).

##### b. Bagi klien dan keluarga

Diharapkan mampu melakukan penanganan demam dirumah dengan benar sehingga dapat mencegah komplikasi lanjut dari demam tersebut.

##### c. Bagi Institusi dan Rumah Sakit

Penulisan Karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan dalam proses belajar mengajar terhadap pemberian asuhan keperawatan pada pasien suhu tubuh meningkat pada demam berdarah dengue dan sebagai bahan masukan dan menambah referensi untuk lebih meningkatkan mutu pelayanan yang diberikan pada pasien hipertermi di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

d. Bagi Penelitian Keperawatan

Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat digunakan oleh para peneliti keperawatan sebagai data dasar atau sumber referensi dalam penelitian yang berhubungan dengan intervensi keperawatan pada pasien hipertermi (demam).

## DAFTAR PUSTAKA

- Betz, C.L., & Sowden, L. A. (2002). *Buku saku keperawatan pediatri*. Jakarta: EGC.
- Carpenito, L.J (2008), *Ilmu Keperawatan Anak Edisi III*. Jakarta : EGC
- Fatmawati. 2011. *Efektifitas Kompres Hangat Dalam Menurunkan Demam Pada Pasien Thyphoid Abdominalis Di Ruang G1 Lt.2 RSUD Prof. Dr. H. Aloei Saboe Kota Gorontalo*.<http://publikasiilmiah.ums.ac.id/bitstream/handle/123456789/484/skripsi.pdf?sequence=1>.
- Huda, nuh. 2011. *Pengaruh Pemberian Jambu Merah Terhadap Peningkatan Trombosit Pada Anak Dhf*. [http://www.researchgate.net/profile/Nuh\\_Huda/](http://www.researchgate.net/profile/Nuh_Huda/)
- Kozier Barbara, dkk. 2010. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik*. Jakarta: EGC
- Ngastiyah, 2005, *Perawatan Anak Sakit Edisi 2*. Jakarta : EGC
- Potter dan Perry. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik*. Edisi 7. Volume 1. Jakarta: EGC
- Purwanti, Sri, 2008, *Pengaruh Kompres Hangat Terhadap Perubahan Suhu Tubuh Pada Pasien Anak Hipertermia di Ruang Rawat Inap RSUD. Dr. Moewardi Surakarta*,<http://publikasiilmiah.ums.ac.id/bitstream/handle/123456789/484/2f.pdf?sequence=1>.
- Rahayuningsih, dkk. 2010. *Efektivitas Penurunan Suhu Tubuh Menggunakan Kompres Air Hangat Dan Kompres Daun Kembang Sepatu Pada Anak Dengan Demam Di Ruang Cempaka Rsud Dr. R.Goeteng Taroenadibrata Kabupaten Purbalinggajawa Tengah* <http://digilib.ump.ac.id/download.php?id=2444>.
- Smeltzer, S.,C. & Bare, B.,G. (2002). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical*. Jakarta : EGC
- Soedarto. 2012. *Demam Berdarah Dengue*. Jakarta : Sagung Seto

Supartini (2004) Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak. Jakarta : EGC

Tamsuri, Anas, 2006, *Tanda-Tanda Vital Suhu Tubuh*. Jakarta : EGC

Wong, Donna L (2008). Buku Ajar Keperawatan Pediatric Wong. Edisi 6.

Jakarta: EGC