

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Tumbuh Kembang

1. Definisi

Istilah tumbuh kembang sebenarnya mencakup dua peristiwa yang sifatnya berbeda, tetapi saling berkaitan dan sulit dipisahkan, yaitu pertumbuhan dan perkembangan. Sedangkan pengertian mengenai apa yang dimaksud dengan pertumbuhan dan perkembangan per definisi adalah sebagai berikut :

- a. Pertumbuhan (Growth) merupakan perubahan dalam besar, jumlah, ukuran atau dimensi tingkat sel organ maupun individu (Kuantitatif).
- b. Perkembangan merupakan bertambahnya kemampuan (Skill) dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur, sebagai hasil dari proses pematangan (Kualitatif).

Meskipun pertumbuhan dan perkembangan mempunyai arti yang berbeda, namun keduanya saling mempengaruhi dan berjalan secara bersamaan. Pertambahan ukuran fisik akan disertai dengan pertambahan kemampuan anak

2. Kebutuhan Dasar Anak

Kebutuhan dasar anak untuk tumbuh kembang secara umum digolongkan menjadi 3 kebutuhan dasar:

- a. Kebutuhan fisik-biomedis (Asuh)

Meliputi:

- 1) Pangan /gizi
- 2) Perawatan kesehatan dasar
- 3) Tempat tinggal yang layak
- 4) Sanitasi
- 5) Sandang
- 6) Kesegaran jasmani / rekreasi

b. Kebutuhan emosi / kasih sayang (Asih)

Pada tahun-tahun pertama kehidupan, hubungan yang erat, mesra dan selaras antara ibu / pengganti ibu dengan anak merupakan syarat mutlak untuk menjamin tumbuh kembang yang selaras baik fisik, mental maupun psikososial. Berperannya dan kehadiran orang tua terutama ibu sedini dan selanggeng mungkin akan menjalin rasa aman bagi bayinya. Ini diwujudkan dengan kontak fisik (kulit / mata) dan psikis sedini mungkin. Kasih sayang dari orang tua akan menciptakan ikatan yang erat (bonding) dan kepercayaan dasar (basic trust).

c. Kebutuhan anak akan stimuli mental (Asah)

Stimulasi mental merupakan cikal bakal dalam proses belajar (pendidikan dan pelatihan) pada anak. Stimulasi mental ini mengembangkan perkembangan mental psikososial: kecerdasan, keterampilan, kemandirian, kreativitas, agama, kepribadian, moral-etika, produktivitas dan sebagainya.

3. **Faktor-faktor yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang Anak**

Pola tumbuh kembang secara normal antara anak yang satu dengan yang lainnya tidak selalu sama, karena dipengaruhi oleh interaksi banyak faktor. Faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang dapat dikelompokkan menjadi dua, yaitu :

1. Faktor Genetik

Faktor genetik akan mempengaruhi kecepatan pertumbuhan dan kematangan tulang, serta saraf, sehingga merupakan modal dasar dalam mencapai hasil akhir proses tumbuh kembang. Faktor genetik ini meliputi :

- a. Berbagai faktor bawaan yang normal dan patologik
- b. Jenis kelamin
- c. Suku bangsa atau bangsa

2. Faktor Lingkungan

a. Faktor Prnatal

- 1) Gizi pada waktu hamil, mekanis, toksin, endokrin, radiasi, infeksi, stress, imunitas, anoksia embrio
- 2) Mekanis, posisi janin yang abnormal dalam kandungan dapat menyebabkan kelainan congenital misalnya club foot.
- 3) Toksin/zat kimia, radiasi
- 4) Kelainan endokrin
- 5) Infeksi TORCH atau penyakit menular seksual

- 6) Kelainan imunologi
 - 7) Psikologis ibu
- b. Faktor Postnatal
- 1) Faktor Lingkungan Biologis
Ras, jenis kelamin, umur, gizi, kepekaan terhadap penyakit, perawatan kesehatan, penyakit kronis, dan hormone.
 - 2) Faktor Lingkungan Fisik
Cuaca, musim, sanitasi, keadaan rumah.
 - 3) Faktor Lingkungan Sosial
Stimulasi, motivasi belajar, stress, kelompok sebaya, hukuman yang wajar, cinta dan kasih sayang.
 - 4) Faktor Lingkungan Keluarga dan Adat Istiadat
Pekerjaan, pendidikan ayah dan ibu, jumlah saudara, stabilitas rumah tangga, kepribadian ayah/ibu, agama, adat istiadat dan norma-norma.

4. Ciri-ciri Tumbuh Kembang Anak

1. Ciri-ciri pertumbuhan, antara lain :
 - a. Perubahan ukuran
Perubahan ini terlihat jelas pada pertumbuhan fisik yang dengan bertambahnya umur anak terjadi pula penambahan berat badan, tinggi badan, lingkar kepala , dll.
 - b. Perubahan proporsi

Selain bertambahnya ukuran-ukuran, tubuh juga memperlihatkan perubahan proporsi. Tubuh anak memperlihatkan perbedaan proporsi bila dibandingkan dengan tubuh orang dewasa. Pada bayi baru lahir titik pusat terdapat kurang lebih setinggi umbilikus, sedangkan pada orang dewasa titik pusat tubuh terdapat kurang lebih setinggi simpisis pubis. Perubahan proporsi tubuh mulai usia kehamilan dua bulan sampai dewasa.

c. Hilangnya ciri-ciri lama

Selama proses pertumbuhan terdapat hal-hal yang terjadi perlahan-lahan, seperti menghilangnya kelenjar timus, lepasnya gigi susu dengan hilangnya refleks primitif.

d. Timbulnya ciri-ciri baru

Timbulnya ciri-ciri baru ini adalah akibat pematangan fungsi-fungsi organ. Perubahan fisik yang penting selama pertumbuhan adalah munculnya gigi tetap dan munculnya tanda-tanda seks sekunder seperti rambut pubis dan aksila, tumbuhnya buah dada pada wanita dll.

2. Ciri-ciri perkembangan, antara lain :

a. Perkembangan melibatkan perubahan

Perkembangan terjadi bersamaan dengan pertumbuhan disertai dengan perubahan fungsi. Perkembangan sistem reproduksi misalnya, disertai dengan perubahan pada organ kelamin. Perubahan-perubahan ini meliputi perubahan ukuran tubuh secara

umum, perubahan proporsi tubuh, berubahnya ciri-ciri lama dan timbulnya ciri-ciri baru sebagai tanda pematangan.

b. Perkembangan awal menentukan pertumbuhan selanjutnya

Seseorang tidak akan bisa melewati satu tahap perkembangan sebelum ia melewati tahapan sebelumnya. Misalnya, seseorang anak tidak akan bisa berjalan sebelum ia berdiri. Karena itu perkembangan awal ini merupakan masa kritis karena akan menentukan perkembangan selanjutnya.

c. Perkembangan mempunyai pola yang tetap

Perkembangan fungsi organ tubuh terjadi menurut dua hukum yang tetap, yaitu:

- 1) Perkembangan terjadi lebih dahulu di daerah kepala, kemudian menuju ke arah *kaudal*. Pola ini disebut pola *sefalokaudal*.
- 2) Perkembangan terjadi lebih dahulu di daerah *proksimal* (gerakan kasar) lalu berkembang di daerah distal seperti jari-jari yang mempunyai kemampuan dalam gerakan halus. Pola ini disebut *proksimodistal*.

d. Perkembangan memiliki tahap yang berurutan

Tahap ini dilalui seorang anak mengikuti pola yang teratur berurutan, tahap-tahap tersebut tidak bisa terjadi terbalik, misalnya

anak terlebih dahulu mampu membuat lingkaran sebelum mampu membuat gambar kotak, berdiri sebelum berjalan dll.

- e. Perkembangan mempunyai kcepatan yang berbeda
- f. Perkembangan berlangsung dalam kecepatan yang berbeda –beda. Kaki dan tangan berkembang pesat pada awal masa remaja. Sedangkan bagian tubuh yang lain mungkin berkembang pesat pada masa lainnya.
- g. Perkembangan berkolerasi dengan pertumbuhan

Pada saat pertumbuhan berlangsung cepat perkembanganpun demikian, terjadi peningkatan mental, ingatan, daya nalar, asosiasi dan lain-lain.

5. Deteksi Dini Tumbuh Kembang Anak

1. Deteksi Pertumbuhan dan Standar Normalnya

Menurut Nursalam (2016) parameter untuk pertumbuhan yang sering digunakan dalam pedoman deteksi tumbuh kembang anak balita adalah:

- a. Ukuran antropometri
 - 1) Berat badan
 - 2) Panjang badan
 - 3) Lingkar kepala
 - 4) Lingkar lengan atas

5) Lingkar dada

b. Keseluruhan fisik

Berkaitan dengan pertumbuhan, hal-hal yang dapat diamati dari pemeriksaan fisik adalah :

1) Keseluruhan fisik

Dilihat bentuk tubuh, perbandingan kepala, tubuh dan anggota gerak, ada tidaknya odema, anemia, dan ada tanda gangguan lainnya.

2) Jaringan otot

Dapat dilihat dengan cubitan tebal pada lengan atas, pantat, dan paha untuk mengetahui lemak subcutan.

3) Jaringan lemak

Diperiksa dengan cubitan tipis pada kulit di bawah triceps dan subskapular.

4) Rambut

Perlu diperiksa pertumbuhannya, tebal / tipisnya rambut, serta apakah akar rambut mudah dicabut atau tidak.

5) Gigi geligi

Perlu diperhatikan kapan tanggal dan erupsi gigi susu atau gigi permanen.

2. Deteksi Perkembangan dan Standar Normalnya

Terdapat empat aspek perkembangan anak balita, yaitu :

a. Kepribadian/tingkah laku social (*personal social*)

Yaitu aspek yang berhubungan dengan kemampuan untuk mandiri, bersosialisasi dan berinteraksi dengan lingkungan.

b. Motorik halus (*fine motor adaptive*)

Yaitu aspek yang berhubungan dengan kemampuan anak untuk mengamati sesuatu dan melakukan gerakan yang melibatkan bagian-bagian tubuh tertentu dan otot-otot kecil, memerlukan koordinasi yang tepat, serta tidak memerlukan banyak tenaga, misalnya memasukkan manik-manik ke dalam botol, menempel dan menggunting.

c. Motorik kasar (*gross motor*)

Yaitu aspek yang berhubungan dengan pergerakan dan sikap tubuh yang melibatkan sebagian besar tubuh karena dilakukan oleh otot-otot yang lebih besar sehingga memerlukan cukup tenaga, misalnya berjalan dan berlari.

d. Bahasa (*language*)

Yaitu aspek yang berhubungan dengan kemampuan untuk memberikan respon terhadap suara, mengikuti perintah dan berbicara secara spontan. Pada masa bayi, kemampuan bahasa bersifat pasif, sehingga pernyataan akan perasaan atau keinginan dilakukan melalui tangisan atau gerakan. Semakin bertambahnya usia, anak akan menggunakan bahasa aktif, yaitu dengan berbicara.

B. Konsep Penyakit Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)

1. Definisi

Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) merupakan penyakit infeksi virus akut yang disebabkan oleh virus dengue yang tergolong Arthropod-Borne virus, genus flavivirus, famili flaviviridae. Penyakit DHF ditularkan melalui gigitan nyamuk aedes aegypti, dan aedes albopictus dimana faktor utama penyakit dari DHF sehingga terjadi sepanjang tahun dan bisa menyerang seluruh kelompok umur mulai dari anak – anak hingga orang dewasa. Penyakit ini berkaitan dengan kondisi lingkungan dan perilaku masyarakat (Dinkes, 2015).

Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) adalah penyakit yang menyerang anak dan orang dewasa yang disebabkan oleh virus dengan manifestasi berupa demam akut, perdarahan, nyeri otot dan sendi. Dengue adalah suatu infeksi Arbovirus (Artropod Born Virus) yang akut ditularkan oleh nyamuk Aedes Aegypti atau oleh Aedes Aebopictus (Wijayaningsih 2017).

2. Etiologi

Penyakit DHF merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh virus dengue dan disebarkan oleh nyamuk terutama spesies nyamuk Aedes aegypti. Nyamuk penular dengue tersebut hampir ditemukan di seluruh pelosok Indonesia (Rahayu & Budi, 2017). Penyebab penyakit adalah virus dengue kelompok Arbovirus B, yaitu arthropod-bornevirus atau virus

yang disebabkan oleh artropoda. Virus ini termasuk genus Flavivirus dan family Flaviviridae. Ada 4 serotipe virus yaitu DEN-1, DEN-2, DEN-3 dan DEN-4.

Keempat virus tersebut telah ditemukan di berbagai daerah di Indonesia dan yang terbanyak adalah tipe 2 dan tipe 3. Penelitian di Indonesia menunjukkan Dengue tipe 3 merupakan serotipe virus yang dominan menyebabkan kasus DHF yang berat (Masriadi, 2017). Infeksi salah satu serotipe akan menimbulkan antibody terhadap serotipe yang bersangkutan, sedangkan antibody yang terbentuk terhadap serotype lain sangat kurang, sehingga tidak dapat memberikan perlindungan yang memadai terhadap serotipe lain tersebut. Seseorang yang tinggal di daerah endemis dengue dapat terinfeksi oleh 3 atau 4 serotipe selama hidupnya. Keempat serotipe virus dengue dapat ditemukan di berbagai daerah di Indonesia (Nurarif & Kusuma 2015).

3. Cara penularan

Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) menular melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti*. DHF merupakan penyakit berbasis vektor yang menjadi penyebab kematian utama di banyak negara tropis. Penyakit DHF bersifat endemis, sering menyerang masyarakat dalam bentuk wabah dan disertai dengan angka kematian yang cukup tinggi, khususnya pada mereka yang berusia dibawah 15 tahun (Harmawan 2018).

Saat menggigit manusia, nyamuk *Aedes Aegypti* tersebut juga secara tidak langsung memasukkan virus dengue ke dalam tubuh

manusia. Dan setelahnya, seperti banyak diketahui bagaimana perkembangan virus setelah masuk ke dalam tubuh manusia. Jika tubuh manusia memiliki daya imun yang kuat, virus tidak akan berkembang. Sebaliknya jika daya imun manusia rendah bisa dipastikan virus akan mulai berkembang dan menyerang sistem imun manusia sehingga menyebabkan demam tinggi yang berkepanjangan.

Nyamuk *Aedes aegypti* lebih memilih habitat di dalam rumah sering hinggap pada pakaian yang digantung untuk beristirahat dan bersembunyi menantikan saat tepat untuk menghisap darah Wijaya (2014).

Selanjutnya pada waktu nyamuk itu menggigit orang lain, maka setelah alat tusuk nyamuk (proboscis) menemukan kapiler darah, sebelum darah orang itu dihisap, terlebih dahulu di keluarkan air liur dari kelenjar air liurnya agar darah yang dihisap tidak membeku. Bersama dengan liur nyamuk, virus Dengue dipindahkan ke orang lain. Tidak semua orang yang digigit nyamuk *aedes aegypti* yang membawa virus dengue itu, akan terserang penyakit Demam berdarah. Orang yang mempunyai kekebalan yang cukup terhadap virus Dengue, tidak akan terserang penyakit ini, meskipun dalam darahnya terdapat virus itu. Sebaliknya pada orang yang tidak mempunyai kekebalan yang cukup terhadap virus Dengue, dia akan sakit demam ringan atau bahkan sakit berat, yaitu demam tinggi disertai perdarahan bahkan syok, tergantung dari tingkat kekebalan tubuh yang dimilikinya.

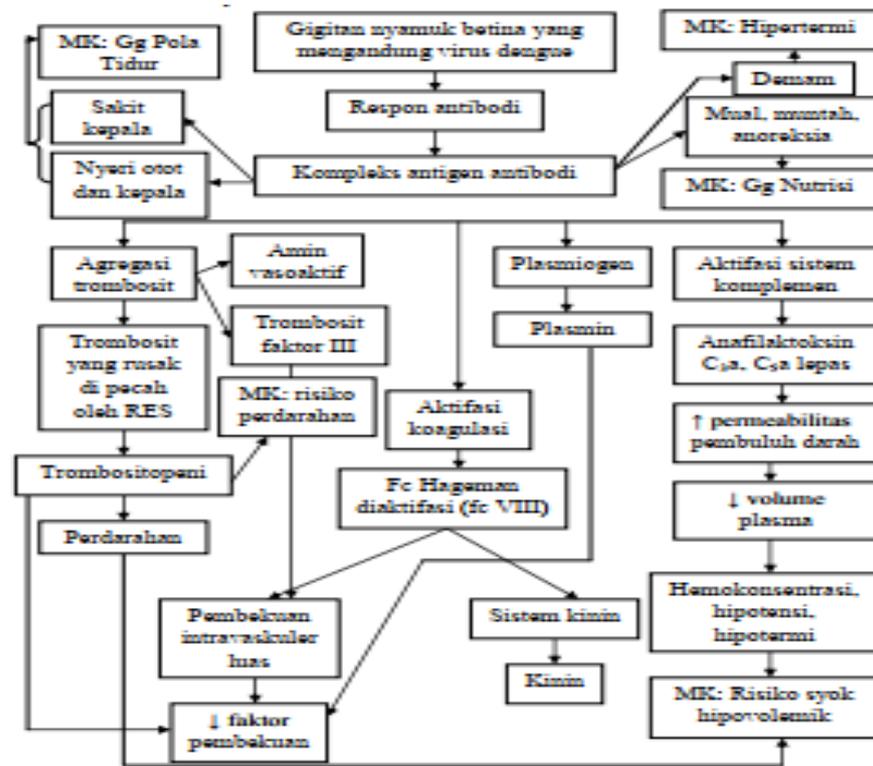
4. Patofisiologi

Virus dengue yang pertama kali masuk ke dalam tubuh manusia melalui gigitan nyamuk aedes beredar dalam aliran darah dan menginfeksi, sehingga mengaktifkan sistem komplemen, yang berakibat dilepaskannya anafilatoksin C3a dan C5a yang kemudian merangsang PGE hipotalamus dan menimbulkan hipertermi. Hipertermi yang terjadi menyebabkan peningkatan reabsorpsi Na⁺ dan H₂O membuat permeabilitas membran meningkat sehingga timbulnya agregasi trombosit yang melepaskan ADP akan mengalami metamorphosis. Trombosit yang mengalami kerusakan metamorphosis akan dimusnahkan oleh sistem retikuloendotelial dengan akibat trombositopenia hebat dan perdarahan yang berlanjut terjadinya perfusi jaringan tidak efektif, hipoksia jaringan, asidosis metabolik hingga syok hipovolemik (Kusuma.H, 2015).

Renjatan hipovolemik dan hipotensi menimbulkan kebocoran plasma yang berakibat terjadinya kekurangan volume cairan di jaringan, selain itu kebocoran plasma yang terjadi di ektravaskuler seperti pada paru-paru dapat menyebabkan efusi pleura kemudian terjadi ketidakefektifan pola nafas, jika mengenai organ hepar akan terjadi hepatomegali kemudian intra abdomen akan mengalami penekanan yang berakibat timbulnya nyeri, kebocoran plasma yang terjadi pada abdomen maka akan menyebabkan asites, mual muntah sehingga

menimbulkan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh (Kusuma.H, 2016).

5. Nursing Pathway



Sumber:(Wijaya dan Putri,2013)

6. Manifestasi klinik

Manifestasi klinis pada penderita DHF antara lain adalah (Kusuma.H, 2015) :

a. Demam dengue

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

- 1) Nyeri kepala
- 2) Nyeri retro-orbital

- 3) Myalgia atau arthralgia
 - 4) Ruam kulit
 - 5) Manifestasi perdarahan seperti petekie atau uji bending positif
 - 6) Leukopenia Menurut
- b. Demam berdarah dengue Berdasarkan kriteria WHO 2016 diagnosis DHF ditegakkan bila semua hal dibawah ini dipenuhi :
- 1) Derajat I
Demam disertai gejala klinik khas dan satu-satunya manifestasi perdarahan dalam uji tourniquet positif, trombositopenia, himokonsentrasi.
 - 2) Derajat II
Derajat I disertai dengan perdarahan spontan pada kulit atau tempat lain.
 - 3) Derajat III
Ditemukannya kegagalan sirkulasi, ditandai oleh nadi cepat dan lemah, tekanan darah turun (20 MmHg) atau hipotensi disertai dengan kulit dingin dan gelisah.
 - 4) Derajat IV
Kegagalan sirkulasi, nadi tidak teraba dan tekanan darah tidak Terukur.

7. Komplikasi

Komplikasi yang terjadi pada anak yang mengalami demam berdarah *dengue* yaitu perdarahan massif dan *dengue shock syndrome*

(DSS) atau *sindrom syok dengue* (SSD). Syok sering terjadi pada anak berusia kurang dari 10 tahun. Syok ditandai dengan nadi yang lemah dan cepat sampai tidak teraba, tekanan nadi menurun menjadi 20 mmHg atau sampai nol, tekanan darah menurun dibawah 80 mmHg atau sampai nol, terjadi penurunan kesadaran, sianosis di sekitar mulut dan kulit ujung jari, hidung, telinga, dan kaki teraba dingin dan lembab, pucat dan oliguria atau anuria (Pangaribuan 2017).

8. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang mungkin dilakukan pada penderita DHF antara lain adalah (Pranata, 2017) :

- a. Pemeriksaan Darah lengkap
- b. Hemoglobin biasanya meningkat, apabila sudah terjadi perdarahan yang banyak dan hebat Hb biasanya menurun Nilai normal: Hb: 10-16 gr/dL .
- c. Hematokrit Hematokrit meningkat 20% karena darah mengental dan terjadi kebocoran plasma Nilai normal: 33- 38% .
- d. Trombosit Trombositnya biasanya menurun akan mengakibatkan trombositopenia kurang dari 100.000/ml Nilai normal: 200.000-400.000/ml.
- e. Leukosit Leukosit mengalami penurunan dibawah normal Nilai normal: 9.000- 12.000/mm³ .
- f. Pemeriksaan kimia darah akan menunjukkan : hipoproteinemia, hipokloremia, dan hyponatremia.

9. Penatalaksanaan

Dasar pelaksanaan penderita DHF adalah pengganti cairan yang hilang sebagai akibat dari kerusakan dinding kapiler yang menimbulkan peninggian permeabilitas sehingga mengakibatkan kebocoran plasma. Selain itu perlu juga diberikan obat penurun panas (Rampengan 2017). Penatalaksanaan DHF yaitu :

- a. Penatalaksanaan Demam Berdarah Dengue Tanpa Syok
Penatalaksanaan disesuaikan dengan gambaran klinis maupun fase, dan untuk diagnosis DHF pada derajat I dan II menunjukkan bahwa anak mengalami DHF tanpa syok sedangkan pada derajat III dan derajat IV maka anak mengalami DHF disertai dengan syok. Tatalaksana untuk anak yang dirawat di rumah sakit meliputi:
 - 1) Berikan anak banyak minum larutan oralit atau jus buah, air sirup, susu untuk mengganti cairan yang hilang akibat kebocoran plasma, demam, muntah, dan diare.
 - 2) Berikan parasetamol bila demam, jangan berikan asetosal atau ibuprofen karena dapat merangsang terjadinya perdarahan.
 - 3) Berikan infus sesuai dengan dehidrasi sedang:
 - a) Berikan hanya larutan isotonik seperti ringer laktat atau aetat.

- b) Pantau tanda vital dan diuresis setiap jam, serta periksa laboratorium (hematokrit, trombosit, leukosit dan hemoglobin) tiap 6 jam.
 - c) Apabila terjadi penurunan hematokrit dan klinis membaik, turunkan jumlah cairan secara bertahap sampai keadaan stabil. Cairan intravena biasanya hanya memerlukan waktu 24-48 jam sejak kebocoran pembuluh kapiler spontan setelah pemberian cairan.
- 4) Apabila terjadi perburukan klinis maka berikan tatalaksana sesuai dengan tatalaksana syok terkompensasi.
- b. Penatalaksanaan Dengue Hemorrhagic Fever Dengan Syok
- Penatalaksanaan DHF menurut WHO (2016), meliputi:
- 1) Perlakukan sebagai gawat darurat. Berikan oksigen 2-4 L/menit secara nasal.
 - 2) Berikan 20 ml/kg larutan kristaloid seperti ringer laktat/asetan secepatnya. 23
 - 3) Jika tidak menunjukkan perbaikan klinis, ulangi pemberian kristaloid 20 ml/kgBB secepatnya (maksimal 30 menit) atau pertimbangkan pemberian koloid 10-20 ml/kg BB/jam maksimal 30 ml/kgBB/24 jam.
 - 4) Jika tidak ada perbaikan klinis tetapi hematokrit dan hemoglobin menurun pertimbangkan terjadinya perdarahan tersembunyi: berikan transfusi darah atau komponen.

- 5) Jika terdapat perbaikan klinis (pengisian kapiler dan perfusi perifer mulai membaik, tekanan nadi melebar), jumlah cairan dikurangi hingga 10 ml/kgBB dalam 2-4 jam dan secara bertahap diturunkan tiap 4-6 jam sesuai kondisi klinis laboratorium.
- 6) Dalam banyak kasus, cairan intravena dapat dihentikan setelah 36- 48 jam. Perlu diingat banyak kematian terjadi karena pemberian cairan yang terlalu banyak dari pada pemberian yang terlalu sedikit

C. Kecemasan Pada Anak

1. Pengertian

Kecemasan merupakan adalah suatu kondisi yang menandakan suatu keadaan yang mengancam keutuhan dirinya dan dimanifestasikan dalam bentuk perilaku seperti rasa tidak berdaya, rasa tidak mampu, rasa takut, fobia tertentu (Nursalam, 2013). Sedangkan menurut Sadock dalam Hawari (2013), kecemasan adalah rasa khawatir berlebihan tentang hal-hal yang akan datang (*apprehensive expectation*).

2. Penyebab Kecemasan

Penyebab kecemasan menurut Nursalam (2013), yaitu :

- 1) Perpisahan dengan keluarga.
- 2) Berada di lingkungan yang asing.
- 3) Ketakutan akan prosedur-prosedur tindakan yang akan dilakukan.

3. **Manifestasi Kecemasan**

Menurut Nursalam (2013), manifestasi kecemasan karena kecemasan terdiri dari beberapa fase :

1) Fase protes (*Phase of Protest*)

Pada fase ini anak menangis, menjerit / berteriak, mencari orangtua dengan pandangan mata, memegang orang tua, menghindari dan menolak bertemu dengan orang yang tidak dikenal secara verbal menyerang orang yang tidak dikenal, berusaha lari untuk mencari orangtuanya, secara fisik berusaha menahan orang tua agar tetap tinggal. Sikap protes seperti menangis mungkin akan berlanjut dan akhirnya akan berhenti karena kelelahan fisik. Pendekatan orang yang tidak dikenal akan memicu meningkatnya sikap protes.

2) Fase putus asa (*Phase of Despair*)

Perilaku yang harus diobservasi pada fase ini adalah anak tidak aktif, menarik diri dari orang lain, depresi, sedih, tidak tertarik terhadap lingkungan, tidak komunikatif, perilaku memburuk, dan menolak untuk makan, minum atau bergerak.

3) Fase menolak (*Phase of Denial*)

Pada fase ini secara samar-samar anak menerima perpisahan, tertarik pada lingkungan sekitar, mulai berinteraksi secara dangkal dengan orang yang tidak dikenal atau perawat dan terlihat gembira. Fase ini biasanya terjadi setelah berpisah dengan orang tua dalam jangka waktu yang lama.

4. Faktor predisposisi Kecemasan

Menurut Stuart dan Sundeen (2013) ;

- 1) Dalam pandangan *Psikoanalitik* ansietas adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian-id dan superego.
- 2) Menurut pandangan *interpersonal* ansietas timbul dari perasaan takut terhadap tidak adanya penerimaan dan penolakan interpersonal. Ansietas juga berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan, yang menimbulkan kelemahan fisik. Sebagai contoh kecemasan anak yang dirawat di rumah sakit (hospitalisasi).
- 3) Menurut pandangan *perilaku* ansietas merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan.
- 4) *Kajian keluarga* menunjukkan bahwa gangguan ansietas merupakan hal yang biasa ditemui dalam suatu keluarga.
- 5) *Kajian biologis* menunjukan bahwa otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepines. Reseptor ini mungkin membantu ansietas.

5. Pengukuran Kecemasan

Alat ukur kecemasan yang dapat digunakan antara lain:

- 1) *Hamilton Rating Scale For Anxiety (HRS-A)*

Alat ukur ini terdiri dari 14 kelompok gejala yang masing-masing dirinci lagi dengan gejala-gejala yang lebih spesifik.

Masing-masing kelompok gejala-gejala yang lebih spesifik. Masing-masing kelompok gejala diberi penilaian angka (Score) antara 0-4;

$$\frac{\text{Jumlah yang timbul pada tiap kelompok}}{\text{Jumlah gejala pada kelompok gejala}} \times 100$$

Nilai 0 = tidak ada gejala

1 = gejala ringan

2 = gejala sedang

3 = gejala berat

4 = gejala berat sekali

Kriteria hasil:

0 = 0% Gejala yang timbul pada tiap kelompok gejala

1 = 1% – 25% Gejala yang timbul pada tiap kelompok gejala

2 = 26% – 50% Gejala yang timbul pada tiap kelompok gejala

3 = 51% – 75% Gejala yang timbul pada tiap kelompok gejala

4 = 76% – 100% Gejala yang timbul pada tiap kelompok gejala

Selanjutnya masing-masing nilai angka kelompok gejala tersebut dijumlahkan dan dari hasil penjumlahan tersebut dapat diketahui derajat kecemasan seseorang dengan menggunakan pengukuran tingkat kecemasan HRS-A, yaitu:

- Skor 0-14 = tidak ada kecemasan
- Skor 15-20 = kecemasan ringan
- Skor 21-27 = kecemasan sedang
- Skor 28-41 = kecemasan berat

- Skor 42-56 = kecemasan berat sekali

(Hawari, 2011).

2) *Pediatric Anxiety Rating Scale (PARS)*

Instrumen ini dikembangkan oleh Unit Penelitian *Pediatric Psychopharmacology*, Universitas Columbia, yang didanai oleh *National Institute of Mental Health*. Alat ukur ini digunakan untuk menilai tingkat kecemasan pada anak-anak dan remaja, usia 6 sampai 17 tahun. Alat ukur ini dilakukan dengan melakukan wawancara terhadap orang tua dan anak untuk memperoleh informasi sebanyak mungkin tentang gejala kecemasan anak. Masing-masing pertanyaan gejala pada kecemasan membutuhkan jawaban ya (ada gejala) dan tidak (tidak ada gejala) (Dr. Riddle & Greenhill, 1997).

3) *Preschool Anxiety Scale*

Preschool anxiety scale merupakan sebuah kuesioner yang digunakan untuk mengukur tingkat kecemasan anak usia prasekolah secara umum yang diadaptasi dari SCAS oleh Dr. Susan H. Spence dan Prof. Ron Rapee tahun 1999. Kuesioner ini terdiri dari 34 pernyataan umum. Setiap pernyataan memiliki 5 alternatif jawaban dengan rentang skor 0-4. Skor gejala kecemasan yang mungkin didapatkan adalah antara 0 sampai 136. Semakin besar skor yang didapatkan pada anak prasekolah menunjukkan tingkat kecemasan tinggi.

4) Kuesioner Kecemasan Anak Prasekolah

Kuesioner ini disusun oleh Nicolas (2015) berdasarkan teori dalam buku Wong (2009). Instrumen ini telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas. Untuk uji reliabilitas mempunyai skor nilai α $0,71 < 0,84$. Sedangkan uji validitasnya menggunakan uji konvergen validitas dan mempunyai yang sangat signifikan dengan PAPA (Preschool Age Psikiatric Assesment/ pengkajian psikiatrik/jiwa) pada anak usia prasekolah dengan nilai:

- a) Perasaan takut ($b=9,50$, $SE = 4,55$, $\beta=0,19$, $\rho < 0,05$)
- b) Distress separation dengan nilai ($\beta=0,08$ dan $\beta=0,06$)
- c) Secara klinis kecemasan perpisahan pada anxiety. Dosis berhubungan secara positif dengan PAPA, kecemasan dengan nilai ($b=0,37$, $SE = 0,12$, $\beta=0,15$, $\rho < 0,01$).

Alat ukur ini terdiri dari 7 kelompok gejala yang masing-masing dirinci lagi dengan gejala-gejala yang lebih spesifik. Masing-masing kelompok gejala-gejala yang lebih spesifik. Masing-masing kelompok gejala diberi penilaian angka (Score) antara 0-3;

$$\frac{\text{Jumlah yang timbul pada tiap kelompok}}{\text{Jumlah gejala pada kelompok gejala}} \times 100$$

Nilai

0 = tidak ada gejala

1 = gejala ringan

2 = gejala sedang

3 = gejala berat

Kriteria hasil:

0 = 0% Gejala yang timbul pada tiap kelompok gejala

1 = 1% – 33,3% Gejala yang timbul pada tiap kelompok gejala

2 = 33,4% – 66,7% Gejala yang timbul pada tiap kelompok gejala

3 = 66,8% – 100% Gejala yang timbul pada tiap kelompok gejala

Selanjutnya masing-masing nilai angka kelompok gejala tersebut dijumlahkan dan dari hasil penjumlahan tersebut dapat diketahui derajat kecemasan seseorang, yaitu:

- Skor 0 = tidak ada kecemasan
- Skor 1 – 7 = kecemasan ringan
- Skor 8-14 = kecemasan sedang
- Skor 15-21 = kecemasan berat

6. Tingkat Kecemasan

Stuart dan Sundeen (2013) membagi kecemasan menjadi 4 tingkatan yaitu :

- 1) Kecemasan Ringan, Kecemasan ringan berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari. Pada tingkat ini lahan persepsi melebar dan individu akan berhati-hati dan waspada. Individu terdorong untuk belajar yang akan menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas.

- 2) Kecemasan sedang, pada tingkat ini memungkinkan individu untuk berfokus pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain. Dengan demikian, individu mengalami tidak perhatian yang selektif namun berfokus pada lebih banyak area jika diarahkan untuk melakukannya.
- 3) Kecemasan Berat, pada kecemasan berat lahan persepsi menjadi sempit. Individu cenderung berfokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik serta tidak berfikir tentang hal lain. Semua perilaku ditunjukkan untuk mengurangi ketegangan. Individu tersebut memerlukan banyak arahan untuk berfokus pada area lain..
- 4) Panik, pada tingkat ini berhubungan dengan terperangah, ketakutan, dan teror. Hal rinci terpecah dari proporsinya. Karena mengalami kehilangan kendali, individu yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan arahan.

7. Respon Kecemasan

Menurut Stuart dan Sundeen (2013), respon kecemasan diklasifikasikan menjadi 4 respon antara lain:

- 1) Respon Fisiologis
 - a) Kardiovaskuler Palpitasi, jantung berdebar, tekanan darah meninggi, rasa mau pingsan, pingsan, denyut nadi melemah.
 - b) Pernapasan Napas cepat, napas pendek, tekanan pada dada, terengah-engah, pembengkakan pada tenggorokan.

- c) Neuromuskuler, Tremor, insomnia, gelisah, wajah tegang, reflek meningkat, kelemahan umum.
- d) Gastrointestinal, Kehilangan nafsu makan, menolak makan, mual, muntah, diare, rasa tidak nyaman pada abdomen.
- e) Traktus urinarius, Tidak dapat menahan kencing, sering berkemih.
- f) Kulit Wajah kemerahan, berkeringat pada telapak tangan, gatal, rasa panas dan dingin pada kulit, wajah pucat.

2) Respon Perilaku

Respon perilaku terhadap kecemasan meliputi : gelisah, ketegangan fisik, tremor, gugup, bicara cepat, kurang koordinasi, menarik diri dari hubungan personal, melarikan diri dari masalah dan menghindari.

3) Respon Kognitif

Respon kognitif terhadap kecemasan meliputi : perhatian terganggu, konsentrasi buruk, pelupa, salah dalam pemberian penilaian, hambatan berfikir, bidang persepsi menurun, bingung, takut cedera dan kematian.

4) Respon Afektif

Respon afektif terhadap kecemasan meliputi : mudah terganggu, tidak sabar, gelisah, tegang, *nervus*, ketakutan, teror, dan gugup.

8. Faktor – faktor yang mempengaruhi kecemasan

Berbagai teori telah dikembangkan untuk menjelaskan asal dari kecemasan, menurut Stuart & Sundenn (2013) :

1) Faktor predisposisi

a) Teori Psikoanalitik

Menurut Freud, struktur kepribadian terdiri dari tiga elemen yaitu: id, ego, dan super ego. Id melambangkan dorongan insting dan impuls primitif, super ego mencerminkan hati nurani seseorang dan dikendalikan oleh norma-norma budaya seseorang, sedangkan ego digambarkan sebagai mediator antara tuntutan dari id dan super ego. Kecemasan merupakan konflik emosional antara id dan super ego yang berfungsi untuk memperingatkan ego tentang suatu bahaya yang perlu diatasi.

b) Teori Interpersonal

Kecemasan terjadi dari ketakutan akan penolakan interpersonal, hal ini juga dihubungkan dengan trauma pada masa pertumbuhan seperti kehilangan, perpisahan yang menyebabkan seseorang menjadi tidak berbahaya. Individu yang mempunyai harga diri rendah biasanya sangat mudah untuk mengalami kecemasan.

c) Teori Perilaku

Kecemasan merupakan hasil frustrasi dari segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai

tujuan yang diinginkan para ahli perilaku menganggap kecemasan merupakan suatu dorongan yang dipelajari berdasarkan dorongan, keinginan untuk menghindari rasa sakit. Teori ini meyakini bahwa manusia yang pada awal kehidupannya dihadapkan pada rasa takut yang berlebihan akan menunjukkan kemungkinan kecemasan yang berat pada kehidupan yang berat dan pada kehidupan masa dewasanya.

d) Teori Biologis

Menurut Selye, otak mengandung reseptor khusus untuk benzo diazepine reseptor ini membantu mengatur kecemasan. Penghambat asam amino butirikgamma neuro regulator juga mungkin memainkan peran utama dalam mekanisme biologis berhubungan dengan kecemasan sebagai halnya dengan endokrin. Kecemasan mungkin disertai dengan gangguan fisik dan selanjutnya menurunkan kapasitas seseorang untuk mengatasi reseptor.

2) Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi / pencetus dapat berasal dari sumber internal dan eksternal, yaitu

a) Ancaman Integritas Diri

Meliputi ketidakmampuan fisiologis atau gangguan terhadap kebutuhan dasar. Hal ini dipengaruhi oleh faktor eksternal dan internal. Faktor eksternal meliputi infeksi virus

dan bakteri, polusi lingkungan, sampah.rumah dan makanan juga pakaian dan trauma fisik. Faktor internal meliputi kegagalan mekanisme fisiologi seperti sistem kekebalan, pengaturan suhu dan jantung, serta perubahan biologis.

b) Ancaman Sistem Diri

Meliputi ancaman terhadap identitas diri, harga diri dan hubungan interpersonal, kehilangan serta perubahan status atau peran.Faktor eksternal yang mempengaruhi harga diri adalah kehilangan, dilematik, tekanan dalam kelompok sosial maupun budaya.

D. Konsep Asuhan Keperawatan Penyakit

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah mengumpulkan data objektif dan subjektif dari pasien. Adapun data yang terkumpul mencakup identitas pasien, informasi pasien, keluarga, dan lingkungan (Nursalam, 2014). Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentivikasi status kesehatan klien. Tahap pngkajian merupakan pemikiran dasar dalam pemberian asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan individu.Pengkajian yang lengkap, akurat, sesuai kenyataan, kebenaran data sangat penting untuk merumuskan suatu diagnose keperawatan dan dalam pemberian asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu .(Muttaqin, 2014).

Pengumpulan data adalah pengumpulan informasi tentang klien yang dilakukan secara sistematis untuk menentukan masalah-masalah, serta kebutuhan-kebutuhan perawatan dan kesehatan klien. Pengumpulan informasi merupakan tahap awal dalam proses keperawatan. Dari informasi yang terkumpul, didapatkan data dasar tentang masalah-masalah yang dihadapi klien. Selanjutnya data dasar tersebut digunakan untuk menentukan diagnosis keperawatan, merencanakan asuhan keperawatan, serta tindakan untuk mengatasi masalah-masalah klien (Widyorini et al. 2017).

a. Identitas Pasien

Nama, umur (pada DHF paling sering menyerang anak-anak dengan usia kurang dari 15 tahun), jenis kelamin, alamat, pendidikan, nama orang tua, pendidikan orang tua, dan pekerjaan orang tua.

b. Keluhan Utama

Alasan/keluhan yang menonjol pada pasien DHF untuk datang ke rumah sakit adalah panas tinggi dan anak lemah.

c. Riwayat Penyakit Sekarang

Didapatkan adanya keluhan panas mendadak yang disertai menggigil dan saat demam kesadaran composmentis. Turunnya panas terjadi antara hari ke-3 sampai ke-7, dan anak semakin lemah. Disertai dengan keluhan batuk, pilek, nyeri telan, mual, muntah, anoreksia, diare/konstipasi, sakit kepala, nyeri otot dan

persendian, nyeri ulu hati dan pergerakan bola mata terasa pegal, serta adanya manifestasi perdarahan pada kulit, gusi (grade III, IV), melena atau hematemesis.

d. Riwayat penyakit dahulu

Penyakit apa saja yang pernah diderita pada DHF, anak bisa mengalami serangan ulangan DHF dengan tipe virus yang lain.

e. Riwayat penyakit keluarga

Penyakit apa saja yang pernah di derita sama keluarga klien.

1) Riwayat imunisasi

Apabila anak mempunyai kekebalan yang baik, maka kemungkinan akan timbulnya komplikasi dapat dihindari.

2) Riwayat gizi

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

3) Kondisi lingkungan

Sering terjadi di daerah yang padat penduduknya dan lingkungan yang kurang bersih (seperti air yang mengendap

dan gantungan baju di kamar).

4) Pola kebiasaan

- a) Nutrisi dan metabolisme : frekuensi, jenis, pentangan, nafsu makan berkurang, dan nafsu makan menurun.
- b) Eliminasi alvi (buang air besar) : Kadang-kadang anak mengalami konstipasi. Sementara DHF pada Grade III-IV bisa terjadi melena.
- c) Eliminasi urine (buang air kecil) perlu dikaji apakah sering kencing, sedikit/banyak, sakit/tidak. Pada DHF grade IV sering terjadi hematuria.
- d) Tidur dan istirahat : Anak sering mengalami kurang tidur karena mengalami sakit/nyeri otot dan persendian sehingga kualitas dan kuantitas tidur maupun istirahat kurang.
- e) Kebersihan upaya keluarga untuk menjaga kebersihan diri dan lingkungan cenderung terutama untuk membersihkan tempat sarang nyamuk *aedes aegypti*.
- f) Perilaku dan tanggapan bila ada keluarga yang sakit serta upaya untuk menjaga kesehatan.

2. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik meliputi inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi dari ujung rambut sampai jung kaki.

Pemeriksaan fisik secara umum :

a. Grade I : kesadaran composmentis, keadaan umum lemah, tanda-tanda vital dan nadi lemah.

Grade II : kesadaran composmentis, keadaan umum lemah, ada perdarahan spontan petekia, perdarahan gusi dan telinga, serta nadi lemah, kecil, dan tidak teratur.

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

Grade IV : Kesadaran koma, tanda-tanda vital nadi tidak teraba, tensi tidak terukur, pernapasan tidak teratur, ekstremitas dingin, berkeringat, dan kulit.

b. Tanda-tanda vital (TTV) Tekanan nadi lemah dan kecil (grade III), nadi tidak teraba (grade IV), tekanan darah menurun (sistolik menurun sampai 80mmHg atau kurang), suhu tinggi (diatas 37,5°C)

c. Kepala : kepala bersih, ada pembengkakan atau tidak, Kepala terasa nyeri, muka tampak kemerahan karena demam.

d. Mata : Konjungtiva anemis

e. Hidung : Hidung kadang mengalami perdarahan (epistaksis) pada gradeII,III, IV.

f. Telinga : tidak ada perdarahan pada telinga, simetris, bersih tidak ada serumen, tidak ada gangguan pendengaran.

g. Mulut Pada mulut didapatkan bahwa mukosa mulut kering, terjadi perdarahan gusi, dan nyeri telan. Sementara tenggorokkan

hyperemia pharing.

h. Leher : Kelenjar getah bening dan kelenjar tiroid tidak mengalami pembesaran

i. Dada / thorak

Inspeksi : Bentuk simetris, kadang-kadang tampak sesak. Palpasi :

Biasanya fremitus kiri dan kanan tidak sama

Perkusi : Bunyi redup karena terdapat adanya cairan yang tertimbun padaparu

Auskultasi : Adanya bunyi ronchi yang biasanya terdapat pada grade III, danIV.

j. Abdomen

Inspeksi : Abdomen tampak simetris dan adanya asites.

Palpasi : Mengalami nyeri tekan, pembesaran hati (hepatomegali)

Perkusi : Terdengar redup

Auskultasi : Adanya penurunan bising usus

k. Sistem integument adanya petekia pada kulit spontan dan dengan melakukan uji tourniquet. Turgor kulit menurun, dan muncul keringat dingin, dan lembab. Pemeriksaan uji tourniket dilakukan dengan terlebih dahulu menetapkan tekanan darah anak. Selanjutnya diberikan 24 tekanan antara sistolik dan diastolic pada alat ukur yang dipasang pada tangan. Setelah dilakukan tekanan selama 5 menit, perhatikan timbulnya petekie di bagian volarlenga bawah.

- l. Genitalia Biasanya tidak ada masalah
 - m. Ekstremitas Akral dingin, serta terjadi nyeri otot, sendi serta tulang. Padakuku sianosis/tidak
 - n. Pemeriksaan Laboratorium Pada pemeriksaan darah pasien DHF akan dijumpai :
 - 1) Hb dan PCV meningkat (> dari 20 %)
 - 2) Trobositopenia (< dari 100.000/ml)
 - 3) Leucopenia (mungkin normal atau lekositosis)
 - 4) Ig. D. dengue positif
 - 5) Hasil pemeriksaan kimia darah menunjukkan :
hipoproteinemia, hipokloremia, dan hyponatremia
 - 6) Urium dan pH darah mungkin meningkat
 - 7) Asidosis metabolik : $pCO_2 < 35 - 40$ mmHg dan HCO_3 rendah.
 - 8) SGOT / SGPT mungkin meningkat.
 - 9) Respon trauma
 - 10) Aktivitas berlebihan
 - 11) Penggunaan inkubator
- Tanda dan gejala
- 1) Suhu tubuh diatas nilai normal
 - 2) Kulit merah
 - 3) Kejang
 - 4) Takikardi
 - 5) Takipnea

6) Kulit terasa hangat

3. Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis mengenai respon manusia terhadap gangguan kesehatan proses kehidupan, atau kerentanan respon dari seorang individu, keluarga, kelompok, atau komunitas (NANDA, 2015).

Diagnosa keperawatan adalah proses menganalisis data subjektif dan objektif yang telah diperoleh pada tahap pengkajian untuk menegakkan diagnosis keperawatan. Diagnosis keperawatan melibatkan proses berpikir kompleks tentang data yang dikumpulkan dari pasien, keluarga, rekam medic, dan pemberi pelayanan kesehatan yang lain (Nursalam, 2014).

Diagnosa keperawatan (SDKI PPNI, 2016) yang mungkin muncul pada DHF adalah :

- a. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit infeksi Virus dengue ditandai dengan suhu tubuh diatas normal.
- b. Gangguan keseimbangan Cairan berhubungan dengan pindahnya cairan intravaskuler ke ekstrasvaskuler.
- c. Gangguan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi yang tidak adekuat akibat mual dan nafsu makan yang menurun.
- d. Kecemasan berhubungan dengan krisis situasional ditandai dengan klien mengatakan cemas dengan keadaannya, klien tampak cemas, ekspresi wajah tampak murung.

- e. Kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan Klien Mengatakan tidak tau apa obat dan bagaimana cara menangani penyakitnya. Dalam karya tulis ilmiah ini peneliti mengambil masalah keperawatan Hipertermia. Definisi Hipertermia : suhu tubuh meningkat di atas rentang normal tubuh (PPNI,2016)

Penyebab

- 1) Dehidrasi
- 2) Terpapar lingkungan panas
- 3) Proses penyakit (mis. Infeksi,kanker)
- 4) Ketidaksesuain pakaian dengan suhu lingkungan
- 5) Peningkatan laju metabolisme

4. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1 Rencana Asuhan Keperawatan Anak DHF

NO DX	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL (SLKI)	INTERVENSI (SIKI)
1	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit	Setelah di berikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan : 1. Mengigil menurun 2. Kulit merah menurun 3. Takikardia menurun 4. Takipnea menurun 5. Suhu tubuh membaik 6. Suhu kulit membaik	Manajemen hipertermia Observasi - Identifikasi penyebab hipertermia (mis. Dehidrasi ,terpapar lingkungan panas, penggunaan incubator). - Monitor suhu tubuh - Monitor pengeluaran urin. Terapeutik - Sediakan lingkungan yang dingin. - Longgarkan atau lepaskan pakaian. - Lakukan kompres hangat - Berikan cairan oral. - Basahi dan kipasi permukaan tubuh.

-
- Lakukan pendinginan eksternal (mis. Selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksilla).

Edukasi

- Anjurkan tirah baring

Kolaborasi

- Kolaborasikan pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu.
-

Sumber : (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

5. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan atau implementasi adalah tindakan yang di rencanakan dalam rencana keperawatan (Tarwoto Wartonah, 2015). Perawat melakukan pengawasan terhadap efektifitas intervensi yang dilakukan, bersamaan pula menilai perkembangan pasien terhadap pencapaian tujuan atau hasil yang diharapkan. Pelaksanaan atau implementasi keperawatan adalah suatu komponen dari proses keperawatan yang merupakan kategori dari perilaku keperawatan di mana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan yang dilakukan dan diselesaikan (Perry & Potter, 2015).

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap terakhir dalam proses keperawatan dengan cara menilai sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Evaluasi yang dilakukan pada pasien dilakukan untuk menurunkan suhu tubuh pasien pada anak DHF. Dalam perumusan evaluasi keperawatan menggunakan SOAP, yaitu:

- a. S (Subjektif) merupakan data berupa keluhan pasien,

- b. O (Objektif) merupakan hasil dari pemeriksaan,
- c. A (Analisa Data) merupakan pembandingan data dengan teori
- d. P (Perencanaan) merupakan tindakan selanjutnya yang akan dilakukan oleh perawat (Hidayat, 2012).

E. Inovasi Bermain Puzzle

1. Konsep dasar *puzzle*

Berbagai cara sebenarnya banyak memberikan arti dan manfaat dalam hidup anak. Salah satu permainan edukatif untuk anak-anak adalah *puzzle*. Cahyo dalam Ernawati,dkk (2016: 3) menjelaskan bahwa “Media pembelajaran *crossword puzzle* merupakan permainan mengasah otak melalui pencarian dan pengingatan kata yang pas untuk jawaban pada kotak yang tersedia”. Sedangkan *Puzzle* menurut Suciaty (2010: 78) menjelaskan bahwa “ permainan *puzzle* bisa dimainkan mulai dari 12 bulan. *Puzzle* merupakan metode menyusun potongan-potongan gambar menjadi gambar yang utuh. Gambar adalah sesuatu yang diwujudkan secara visual dalam bentuk dua dimensi sebagai curahan perasaan dan pikiran (Hamalik, 2004).

2. Tujuan bermain *Puzzle*

Tujuan permainan *puzzle* menurut Nisak (2011:110), permainan puzzle ini memiliki tujuan sebagai berikut:

- a. Membentuk jiwa bekerjasama pada anak
- b. Anak dapat lebih konsisten dengan apa yang sedang dikerjakan.
- c. Melatih kecerdasan logis matematis anak.

- d. Menumbuhkan rasa solidaritas sesama.
- e. Menumbuhkan rasa kekeluargaan antar anak.
- f. Melatih strategi dalam bekerjasama antar anak.
- g. Menumbuhkan rasa saling menghormati dan menghargai antar anak.
- h. Menumbuhkan rasa saling memiliki antar anak.
- i. Menghibur anak saat bermain.

3. Jenis-jenis *Puzzle*

a. *Logic Puzzle*

Logic puzzle adalah *puzzle* yang menggunakan logika.

	Blue	Green	Red	White	Yellow	beer	coffee	milk	tea	water
Brit	X	X	X	X	X					
Dane			X			X	X	X	X	X
German			X							
Norwegian	X	X	X	X			X	X	X	
Swede			X						X	
beer										
coffee	X		X	X						
milk										
tea										
water										

Gambar 2.1 *logic puzzle*

b. *Jigsaw puzzle*

Jigsaw puzzle adalah *puzzle* yang merupakan kepingan-kepingan dan disebut dengan *jigsawpuzzle* karena alat untuk memotong menjadi keping disebut dengan jigsaw.



Gambar 2.2 *jigsaw puzzle*

Jigsaw puzzle merupakan kepingan-kepingan *puzzle* berupa gambar animasi seperti dora. *Jigsaw puzzle* merupakan jenis *puzzle*

yang paling sederhana dan mudah dilakukan untuk anak usia prasekolah. Penggunaan *puzzle* sebagai alat bermain mempunyai keunggulan dibanding alat permainan yang lain karena merangsang perkembangan kognitif, motorik, dan stimulus anak.

c. *Mechanical puzzle*

Mechanical puzzle adalah *puzzle* yang kepingannya saling berhubungan. Contoh *puzzle* pada *mechanical puzzle* adalah *some cube* dan *Chinese wood knots*.



Gambar 2.3 *Mechanical puzzle*

Tujuan dari *mechanical puzzle* adalah untuk mengembangkan kerja sama gerakan dan melatih dimensi-dimensi sentuhan. Kontol kesalahan pada permainan *puzzle* jenis ini adalah jika susunan balok tidak tersusun dengan benar maka akan roboh.

d. *Combination puzzle*

Combination puzzle adalah *puzzle* yang dapat diselesaikan melalui beberapa kombinasi yang berbeda. *Rubik's cube*, *Hanoi* dan *tower*.



Gambar 2.4 *Combination puzzle*

e. *Construction puzzle*

Construction puzzle adalah *puzzle* yang disusun dengan cara menumpuk antara satu dengan lainnya.



Gambar 2.5 *Construction puzzle*

4. Macam – Macam puzzle

Macam-macam Puzzle. Muzamil, Misbach menyatakan beberapa bentuk puzzle, yaitu:

a. Puzzle konstruksi

Puzzle rakitan (*construction puzzle*) merupakan kumpulan potongan- potongan yang terpisah, yang dapat digabungkan kembali menjadi beberapa model. Mainan rakitan yang paling umum adalah blok-blok kayu sederhana berwarna-warni. Mainan rakitan ini sesuai untuk anak yang suka bekerja dengan tangan, suka memecahkan puzzle, dan suka berimajinasi.

b. Puzzle batang (*stick*)

Puzzle batang merupakan permainan teka-teki matematika sederhana namun memerlukan pemikiran kritis dan penalaran yang baik untuk menyelesaikannya. Puzzle batang ada yang dimainkan dengan cara membuat bentuk sesuai yang kita inginkan ataupun menyusun gambar yang terdapat pada batang puzzle.

c. Puzzle lantai

Puzzle lantai terbuat dari bahan sponge (karet/busa) sehingga baik untuk alas bermain anak dibandingkan harus bermain di atas keramik. Puzzle lantai memiliki desain yang sangat menarik dan tersedia banyak pilihan warna yang cemerlang. Juga dapat merangsang kreativitas dan melatih kemampuan berpikir anak. Puzzle lantai sangat mudah dibersihkan dan tahan lama.

d. Puzzle angka

Mainan ini bermanfaat untuk mengenalkan angka. Selain itu anak dapat melatih kemampuan berpikir logisnya dengan menyusun angka sesuai urutannya. Selain itu, puzzle angka bermanfaat untuk melatih koordinasi mata dengan tangan, melatih motorik halus serta menstimulasi kerja otak.

e. Puzzle transportasi

Puzzle transportasi merupakan permainan bongkar pasang yang memiliki gambar berbagai macam kendaraan darat, laut dan udara. Fungsinya selain untuk melatih motorik anak, juga untuk stimulasi otak kanan dan otak kiri. Anak akan lebih mengetahui macam-macam kendaraan. Selain itu anak akan lebih kreatif, imajinatif dan cerdas.

f. Puzzle logika

Puzzle logika merupakan puzzle gambar yang dapat mengembangkan keterampilan serta anak akan berlatih untuk

memecahkan masalah. Puzzle ini dimainkan dengan cara menyusun kepingan puzzle hingga membentuk suatu gambar yang utuh.

g. Puzzle geometri

Puzzle geometri merupakan puzzle yang dapat mengembangkan keterampilan mengenali bentuk geometri (segitiga, lingkaran, persegi dan lain-lain), selain itu anak akan dilatih untuk mencocokkan kepingan puzzle geometri sesuai dengan papan puzzlenya.

h. Puzzle Penjumlahan dan Pengurangan

Puzzle penjumlahan dan pengurangan merupakan puzzle yang dapat mengembangkan kemampuan logika matematika anak. Dengan puzzle penjumlahan dan pengurangan anak memasang kepingan puzzle sesuai dengan gambar pasangannya. Selain itu anak dapat belajar penjumlahan dan pengurangan melalui media puzzle.

5. Permainan Puzzle untuk usia 3-5 tahun

Pra-operasional 1,5 – 6 tahun terjadi perkembangan bahasa dan kemampuan berpikir namun belum sistematis, konsisten, dan logis. Pada fase praoperasional, anak mulai menyadari bahwa pemahamannya tentang benda-benda di sekitarnya tidak hanya dapat dilakukan melalui kegiatan sensorimotor, akan tetapi juga dapat dilakukan melalui kegiatan yang bersifat simbolis. Kegiatan simbolis ini dapat berbentuk melakukan percakapan melalui telepon mainan atau berpura-pura menjadi bapak atau ibu, dan kegiatan simbolis lainnya. Fase ini memberikan andil yang besar bagi perkembangan kognitif anak. Pada fase praoperasional, anak tidak

berpikir secara operasional yaitu suatu proses berpikir yang dilakukan dengan jalan menginternalisasi suatu aktivitas yang memungkinkan anak mengaitkannya dengan kegiatan yang telah dilakukannya sebelumnya.

Fase praoperasional dapat dibagi ke dalam tiga subfase, yaitu subfase fungsi simbolis, subfase berpikir secara egosentris dan subfase berpikir secara intuitif. Subfase fungsi simbolis terjadi pada usia 2 - 4 tahun. Pada masa ini, anak telah memiliki kemampuan untuk menggambarkan suatu objek yang secara fisik tidak hadir. Kemampuan ini membuat anak dapat menggunakan balok-balok kecil untuk membangun rumah-rumahan, menyusun puzzle, dan kegiatan lainnya. Pada masa ini, anak sudah dapat menggambar manusia secara sederhana. Subfase berpikir secara egosentris terjadi pada usia 2-4 tahun, ditandai oleh ketidakmampuan anak untuk memahami perspektif atau cara berpikir orang lain. Subfase berpikir secara intuitif terjadi pada usia 4 - 7 tahun. Masa ini disebut subfase berpikir secara intuitif karena pada saat ini anak kelihatannya mengerti dan mengetahui sesuatu, seperti menyusun balok menjadi rumah-rumahan, akan tetapi pada hakikatnya tidak mengetahui alasan-alasan yang menyebabkan balok itu dapat disusun menjadi rumah. Dengan kata lain, anak belum memiliki kemampuan untuk berpikir secara kritis tentang apa yang ada dibalik suatu kejadian.

Puzzle merupakan jenis permainan edukatif yang cocok untuk diberikan kepada anak usia dini 3-4 tahun. Beberapa contoh APE ciptaan (Alat Permainan Edukatif) Montessori adalah Puzzle bentuk geometri :



Gambar 2.1. Gambar Alat Permainan Edukatif berupa Puzzle Geometri

Fungsi dari permainan puzzle geometri untuk anak usia dini 3-5 tahun berguna untuk meningkatkan kreativitas berpikir atau motorik halus. Perkembangan otak anak usia dini telah memasuki tahap perkembangan kreativitas berpikir dan juga kreativitas motorik halus anak usia dini (Budiman, 2014).

6. Pengaruh puzzle dengan kecemasan anak

Permainan yang terapeutik salah satunya adalah bermain dengan media puzzle di dasari oleh pandangan bahwa bermain bagi anak merupakan aktifitas yang sehat dan diperlukan untuk kelangsungan tumbuh kembang anak dan memungkinkan untuk dapat menggali dan mengekspresikan perasaan pikiran anak, mengalihkan perasaan nyeri, cemas dan relaksasi.

Dengan demikian, kegiatan bermain harus menjadi bagian integral dari pelayanan kesehatan anak dirumah sakit (Kurdaningsih, 2014).

Terapi bermain puzzle adalah suatu kegiatan positif yang dapat memberikan rasa nyaman dan bahagia anak serta cara ini juga efektif untuk melupakan sejenak kecemasan - kecemasan anak atau mengistirahatkan pikiran anak yang menjalani hospitalisasi dengan cara menyalurkan kelebihan energi atau ketegangan (psikis) anak melalui suatu kegiatan yang menyenangkan dan dapat menurunkan kecemasan yang dirasakan. bermain dapat mengurangi tekanan atau stres dari lingkungan. Dengan bermain anak dapat mengekspresikan emosi dan ketidakpuasan akan sesuatu atas situasi sosial serta rasa takutnya yang tidak dapat diekspresikan di dunia nyata (Anggerda, 2017).

F. Studi Literatur

Penelitian Qoirani (2020) Asuhan Keperawatan Anak Pada Pasien Dengan Dengue Hemorrhagic Fever Dengan Inovasi Terapi Bermain Puzzle Untuk Mengurangi Kecemasan Anak Yang Mengalami Hospitalisasi dengan hasil Hasil penelitian ini dengan menggunakan taylor manifest anxiety scale (TMAS) dengan menggunakan terapi bermain dalam waktu 15 menit dalam sehari 2 kali di dapatkan hasil pada intervensi keperawatan adalah kecemasan anak sudah mulai menurun dan anak mulai percaya diri dan tidak rewel dalam di berikan tindakan infasive guna untuk proses kesembuhan anak dalam Hospitaisasi.

Penelitian Mulhayati (2022) Pengaruh Terapi Bermain Puzzle Terhadap Tingkat Kecemasan Anak Usia Pra Sekolah Akibat Hospitalisasi Di Ruang Zamrud Santosa Hospital Bandung Central Hasil analisis data menggunakan uji marginal homogeneity terdapat pengaruh terapi bermain puzzle terhadap tingkat kecemasan anak usia prasekolah di ruang Zamrud Santosa Hospital Bandung Central dengan p value 0,000. Hal itu ditunjukkan bahwa 48 orang anak mengalami tingkat cemas sangat berat sebanyak 12 orang, dari 12 orang tersebut mengalami penurunan tingkat cemas sangat berat ke tingkat cemas ringan sebanyak 6 orang (50%), sedangkan yang menunjukkan penurunan tingkat cemas sangat berat ke tingkat cemas sedang sebanyak 5 orang (41,7%) dan yang tetap mengalami kecemasan sangat berat setelah diberikan terapi puzzle ada 1 orang (8,3%). Diharapkan perawat dapat memberikan terapi bermain puzzle untuk mengurangi kecemasan anak usia prasekolah selama hospitalisasi

Penelitian Rahayu (2018) Penerapan Terapi Bermain Puzzle Terhadap Tingkat Kecemasan Pada Hospitalisasi Anak Usia Prasekolah Di Bangsal Dahlia RSUD Wonosari Hasil: penelitian ini menunjukkan bahwa dengan dilakukannya terapi bermain pada klien yang dirawat inap dapat mengatasi kecemasan klien. Saat pengkajian kepada dua klien didapatkan kecemasan sedang, setelah kedua klien diberikan terapi bermain puzzle, kecemasan pada kedua klien tidak ada atau teratasi. Kesimpulan: Terapi bermain puzzle efektif diberikan pada anak yang dirawat inap untuk mengatasi kecemasan.

Penelitian Nurbaeti (2013) pengaruh terapi bermain puzzle terhadap kecemasan anak usia pra sekolah yang mengalami hospitalisasi di Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis. Hasil uji statistik didapatkan ada pengaruh positif dan signifikan terapi bermain puzzle pada anak usia pra sekolah terhadap kecemasan selama menjalani perawatan, dengan hasil selisih penurunan skor kecemasan 3.10. Uji t-test p value skor kecemasan hari ke-1 sebelum dengan hari ke-2 sesudah 0.000. Berdasarkan hasil penelitian diharapkan dapat dijadikan sebagai acuan untuk melakukan intervensi terapi bermain pada anak yang mengalami hospitalisasi khususnya anak usia pra sekolah dalam mengatasi kecemasan sebagai suatu respon hospitalisasi.

Penelitian Anggerda (2014) Pengaruh bermain terapeutik (*puzzle*) terhadap tingkat kecemasan anak usia prasekolah yang menjalani hospitalisasi di RSU PKU Muhammadiyah Bantul. Hasil penelitian analisa data menggunakan uji statistik *paired sample t-Test* dengan tingkat kemaknaan 95% ($\alpha = 0,05$) didapatkan nilai *p value* = $0,000 < \alpha = 0,05$ (H_0 ditolak). Kesimpulan yaitu ada perbedaan terapi bermain *puzzle* dan bercerita terhadap kecemasan anak usia prasekolah (3-5 tahun) selama hospitalisasi di ruang anak RS.TK.III R.W.Mongisidi Manado. Saran pemberian terapi bermain *puzzle* dan bercerita dapat diterapkan sebagai salah satu intervensi keperawatan untuk menurunkan kecemasan anak usia prasekolah (3 – 5 tahun) selama hospitalisasi.

Penelitian Fitriani (2017) terpai bermain *puzzle* terhadap penurunan tingkat kecemasan pada anak usia prasekolah (3-6 tahun) yang menjalani kemoterapi di ruang Hematologi Onkologi Anak. Hasil penelitian

menggunakan *wilcoxon sign rank test* didapatkan *p-value* 0,005 menunjukkan bahwa terapi bermain *puzzle* memberikan pengaruh terhadap penurunan tingkat kecemasan pada anak usia prasekolah yang menjalani kemoterapi di ruang Hematologi Onkologi Anak RSUD Ulin Banjarmasin. Terapi bermain menggunakan *puzzle* dapat disarankan sebagai salah satu terapi bermain untuk menurunkan tingkat kecemasan.

Penelitian Hidayatullah (2022) Penerapan Evidence Based Nursing Terapi Bermain Puzzle Untuk Mengatasi Kecemasan Akibat Hospitalisasi Pada Anak Prasekolah Pengumpulan data menggunakan lembar kuesioner HARS dan lembar SOP. Implementasi yang dilakukan selama tiga hari pada pasien kelolaan An. P yang mendapatkan intervensi adalah terjadi penurunan skor ansietas dan tingkat kecemasan yaitu skor 24 (kecemasan sedang) menjadi skor 17 (kecemasan ringan). Pada pasien resume yaitu An. A yang tidak diberikan intervensi hanya menurunkan skor kecemasan tetapi tidak menurunkan tingkat kecemasan yaitu skor 25 (kecemasan sedang) menjadi skor 21 (kecemasan sedang). Hasil ini menunjukkan adanya pengaruh terapi bermain puzzle terhadap penurunan skor kecemasan pada anak. Penulis merekomendasikan pemberian terapi bermain puzzle pada anak sebagai intervensi inovasi untuk mengatasi masalah keperawatan kecemasan saat anak menjalani hospitalisasi.

G. Tinjauan Menurut Al Islam Kemuhmadiyah

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) penyebab masalah kesehatan masyarakat yang utama di Indonesia. Jumlah penderita dan luas daerah

penyebarannya semakin banyak dengan penambahan kepadatan penduduk.

نَعَقُوهُ بِبِيْرِ زَيْ هَلَلَا لِرَسُولِ قَالَا لَقَا رَةَ صَلَّ عَلَّ هَلَلَا هِيَ سَلَّ وَوَيْه مَعَّ هَلَلَا لَقَا قِيَّيْ خَلُّضَةً بَعُو قُوا أَلِيَّ وَخَلُّذَ قُوا هَرَّةً أُنْمَ وَهَلْ جَ وَهَزَّ ظَلَّيَّ نَمَهْمُ خَلُّ أْ خَلَّكَ قَلَّ

Artinya : “Siapakah yang lebih zalim dari pada orang yang menciptakan sesuatu seperti ciptaan-Ku? (Jika mereka bisa) menginginkan mereka menciptakan nyamuk atau menginginkan mereka menciptakan jagung. (HR. Ahmad) No. 7209. Hadits Qudsi menjelaskan bahwa Allah SWT menciptakan nyamuk atau semacam biji dzarrah dengan tujuannya masing-masing, salah satunya sebagai pelajaran bagi manusia. Seperti nyamuk Aedes aegypti ciptaan Allah SWT di dunia ini yang terbukti sebagai vektor penyebab penyakit DBD. Semakin tinggi tingkat perkembangbiakan nyamuk Aedes aegypti, semakin besar risiko penyebaran penyakit demam berdarah. Oleh karena itu, sebagai orang Ulul Albab, jangan remehkan hal-hal kecil. Dalam hal ini kita tidak boleh meremehkan nyamuk Aedes aegypti. Kita harus berusaha mencari cara yang efektif untuk mengendalikan nyamuk Aedes aegypti.

Dalam perspektif Islam, Al-Qur'an membahas kecemasan yang dapat ditemukan dengan beberapa istilah diantaranya *khauf*, *dhaiq*, *halu'a* dan *jazu'a*. Kecemasan dalam Al-Qur'an dipandang sebagai sebuah manifestasi dari rasa takut yang berlebihan pada masa yang akan datang yang belum terjadi, adanya kesempitan jiwa dan gelisah atau keluh kesah. Cara mengatasi kecemasan dalam Islam dapat dilakukan dengan bersungguh-sungguh dalam

beriman kepada Allah SWT, beribadah seperti sholat, zikir, dan doa serta senantiasa berakhlak mulia.

Rasulullah SAW pernah berdoa: *“Allahumma Rabban Nasi, Adzhibil Ba'sa Isyfi Antas Syafi La Syafiya Illa Anta Syifa'an La Yughadiru Sagaman.”*

Artinya: “Tuhanku, Tuhan manusia, hilangkanlah penyakit. Berikanlah kesembuhan karena Kau adalah penyembuh.

Tiada yang dapat menyembuhkan penyakit kecuali Kau dengan kesembuhan yang tidak menyisakan rasa nyeri,” (Imam An-Nawawi, Al-Adzkar, Damaskus: Darul Mallah, 1971 M/1391 H, hal 113).