KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA AD "A" DENGAN *DENGUE HEMORAGIC FEVER "*DHF*"* DI RUANG St YOSEPH3 RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH :

DONATA YULIA BATIK

E1614401009

GRESENSIA RESA

E1614401013

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

MAKASSAR

2019

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA AD. “A” DENGAN *DENGUE HEMORACIG FEVER* (DHF) DI RUANG PERAWATAN St. YOSEPH 3 RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR” telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan Oleh:

Nama Mahasiswa : Donata Yulia Batik

NIM : E1614401009

Nama Mahasiswa : Gresensia Resa

NIM : E1614401013

Disetujui Oleh:

(Mery sambo, Ns.,M.Kep.)

NIDN : 0930058102

Menyetujui

Wakil Ketua Bidang Akademik

(Henny Pongantung, Ns.,MSN.,DN.Sc)

NIDN : 0912106501

LEMBAR PENGESAHAN

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

STIK STELLA MARIS

Karya Tulis ini dengan judul“ASUHAN KEPERAWATAN PADA AD. ”A” D*ENGAN DENGUE HEMORAGIC FEVER* (DHF) DI RUANG PERAWATAN St. YOSEPH 3 RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR**”** telah dipertanggungjawabkan dan telah diujikan di hadapan Tim Penguji yang dilaksanakan pada:

Hari/Tanggal : Selasa, 21 Mei 2019

Pukul : 11:00 – 12:30 WITA

Tempat : Kampus STIK Stella Maris Makassar

Tim Penguji :

- Matilda M. Paseno, Ns., M.Kes ( )
- Henny Pongantung, Ns., MSN., DN. Sc ( )
- Mersy Sambo, Ns., M.Kep ( )

Mengetahui

Ketua STIK Stella Maris Makassar

(Siprianus Abdu., S.Si.,Ns.,M.Kes)

NIDN. 0928027101

RIWAYAT HIDUP

I. IdentitasPenulis

Nama	: Donata YuliaBatik
Tempat/Tanggallahir	: Sorong,17-07-1997
JenisKelamin	: Perempuan
Agama	:Katolik
Alamat	: Jl. Maipa Lr.35

II. Identitas OrangTua

Ayah/Ibu	: Ignasius Bala /MariaGela
Agama	:Katolik
Pekerjaan	: PNS
Alamat	:Sorong

III. RiwayatPendidikan

SD YPK ELIM	:2003-2009
SMP N 6 Sorong	:2009-2013
SMA YPPKK Moria Sorong	: 2013-2015
STIK STELLAMARISMAKASSAR	:2016-2019

RIWAYAT HIDUP

I. IdentitasPenulis

Nama	: Gresensia Ressa
Tempat/tanggallahir	: Lamasi, 19 Agustus 1998
JenisKelamin	: Perempuan
Agama	:Katolik
Alamat	: Jl. Maipa no.19 Asramakampus

II. Identitas OrangTua

NamaIbu	: Damaris Ressa
Tempat/tanggallahir	: Toraja, 08 Desember 1973
Agama	:Katolik
Pekerjaan	: PNS
Alamat	:Lamasi

III. RiwayatPendidikan

SDN105Salujambu	:2004-2010
SMPN1Lamasi	:2010-2013
SMAN1Lamasi	: 2013-2016
STIK STELLA MARIS MARIS	:2016-2019

KATA PENGANTAR

Puji Tuhan penulis panjatkan kehadirat Tuhan yang maha esa atas rahmat, nikmat dan kasihnya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul *"ASUHAN KEPERAWATAN PADA AD. "A" DENGAN DENGUE HAEMORAGIC FEVER (DHF) DI RUANG ST. YOSEPH III RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR*.

Dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini penulis mendapat banyak dukungan baik moril, materil maupun spiritual dari berbagai pihak. Tanpa dukungan dan bantuan dari segala pihak penulis tidak mungkin dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini sebagaimana mestinya.

Oleh karena itu pada kesempatan ini perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih yang sedalam – dalamnya kepada :

1. Siprianus Abdu.,S.Si.,Ns.,M.Kes Selaku ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menimbah ilmu di STIK Stella Maris Makassar.
2. Henny Pongantung, Ns.,MSN.,DN.Sc selaku Wakil Ketua Bidang Akademik di STIK Stella Maris dan selaku Dosenpenguji
3. Rosdewi, S.kp., MSN selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi dan Keuangan
4. Fr.Blasius Perang,CMM.,SS.,Ma.Psy selaku Koordinatorkemahasiswaan
5. Mery Solon.,Ns.,M.Kes Selaku ketua program studi D.III keperawatan dan pembimbing akademik yang selalu membimbing dan memberikanmotivasi.
6. Mery Sambo.,Ns.,M.Kep Selaku dosen pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan kepada penulis selama proses menyelesaikan penyusunan karya tulis ilmiahini.
7. Matilda Martha Paseno. NS.,M.Kes selaku DosenPenguji
8. Dr. Thomas Soeharto.,MMR, selaku direktur RS Stella Maris Makassar beserta staf yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melaksanakan praktek klinik keperawatan di RS Stella Maris Makassar selama kami mengikuti pendidikan di STIK Stella MarisMakassar.

9. Segenap Dosen beserta Staf STIK Stella Maris yang telah membimbing dan membekali penulis berupa ilmu pengetahuan di bidang keperawatan selama mengikutipendidikan.
10. Kepada Ad. A. N dan keluarga yang telah bersedia dan bekerja sama dengan penulis dalam penyusunan karya tulisini.
11. Teristimewa untuk kedua orangtua tercinta penulis 1 Donata Yulia Batik Ignasius Bala dan Maria . D. Gela, Dan orang tua tercinta Penulis 2 Gresensia Ressa: Damaris Ressa serta semua keluarga yang telah memberikan dukungan, motivasi, bantuan doa, perhatian dan kasih sayang selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella MarisMakassar.

Penulis menyadari Karya Tulis ini tidak luput dari kekurangan. Oleh karena itu penulis sangat mengharapkan saran dan kritik yang sifatnya membangun dari semua pihak untuk menyempurnakan Karya Tulis IImiah ini. Semoga karya ini dapat bermanfaat bagi pembaca, khususnya mahasiswa/i STIK Stella Maris dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Dengue Haemoragic Fever (DHF).

Makassar, Mei 2019

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL i
HALAMAN PERSETUJUAN ii
HALAMAN PENGESAHAN iii
RIWAYAT HIDUP..... iv
KATA PENGANTAR v
DAFTAR ISI vi
BAB I PENDAHULUAN 1
A. Latar Belakang 1
B. Tujuan Penulisan..... 4
C. Manfaat Penulisan 4
D. Metode Penulisan 5
E. Sistematika Penulisan 6
BAB II TINJAUAN TEORITIS 7
A. Konsep Dasar Medis 7
1. Pengertian 7
2. Anatomi Fisiologi 8
3. Etiologi 11
4. Patofisiologi 11
5. Manifestasi Klinis 13
6. Pemeriksaan Diagnostik 14
7. Penatalaksanaan Medis 14
8. Komplikasi 16
B. Konsep Dasar Keperawatan 17
1. Pengkajian 17
2. Diagnosa Keperawatan 19
3. Rencana Asuhan Keperawatan 19
4. Discharge Planning..... 25
C. Patoflowdiagram 26

BAB IIITINJAUANKASUS.....28
A. Pengkajian 29
B. AnalisaData..... 45
C. DiagnosaKeperawatan..... 49
D. RencanaKeperawatan 50
E. ImlementasiKeperawatan..... 59
F. EvaluasiKeperawatan..... 81
G. DaftarObat 89
BAB IVPEMBAHASANKASUS 96
A. Pengkajian 96
B. DiagnosaKeperawatan..... 98
C. IntervensiKeperawatan 99
D. ImplementasiKeperawatan..... 100
E. EvaluasiKeperawatan 101
BABVPENUTUP 102
A. Kesimpulan 102
B. Saran 103
DAFTAR PUSTAKA

BAB I

PENDAHULUAN

A. LatarBelakang

Anak merupakan generasi penerus suatu bangsa, dengan demikian dibutuhkan anak dengan kualitas yang baik agar tercapai masa depan bangsa yang baik. Untuk mendapatkan kualitas anak yang baik harus dipastikan bahwa tumbuh dan kembangnya juga baik.

Kesehatan merupakan keseimbangan yang dinamis antara fungsidanbentuktubuhdalamkaitannyadenganlingkungansekitar yang mempengaruhi kedua elemen tersebut. Indonesia sebagai salahsatuNegarayangsaatinisedangberkembang,telahberupaya mencanangkanprogrampemerintahIndonesiasehat.Dengansalah satu kebijakan adalah menekankan kesehatan sebagai titik sentral pembangunan nasional. Tujuan dari pembangunan kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehatbagisetiaporangagarterwujudderajatkesehatanmasyarakat setinggi-tingginya (Profil Indonesia Sehat,2016).

Denguehemoragicfever(DHF)adalahpenyakitinfeksiakutyang disebabkan oleh virus dengue yang ditularkan melalui gigitan nyamuk aedes aegypti, suatu virus termasuk dalam marga (genus) Flavivirus dari family flaviridae (IDAI,2019).

Dengue hemoragic fever masih menjadi permasalahan kesehatan baik di wilayah perkotaan maupun di wilayah semi perkotaan. Perilaku vector dan hubungannya dengan lingkungan, seperti iklim, pengendalian vektor, urbanisasi dan lain sebagaianya mempengaruhi terjadinya wabah demam berdarah di daerah perkotaan. Penyebaran virus dengue dipengaruhi oleh faktor iklim seperti curah hujan, suhu dan kelembaban. Kelangsungan hidup

nyamuk akan lebih lama apabila tingkat kelembaban tinggi seperti selama musim hujan (Nazri, dkk, 2013).

SalahsatupengendalianDHFyangdapatdilakukandiIndonesia adalahkegiatanPemberantasanSarangNyamuk(PSN)Pemerintah di Indonesia mencanangkan pembudidayaan PSN secara berkelanjutan oleh masyarakat dengan pesan inti 3 M Plus dan mewujudkan terlaksananya gerakan 1 Rumah 1 Juru Pemantau Jentik (Jumantik). Keberhasilan PSN ini dapat diukur dengan Angka Bebas Jentik (ABJ). Apabila ABJ ≥ 95 % diharapkan dapat mencegah dan mengurangi kasus penularan DHF (Kemenkes RI, 2016).

Wahyono, dkk (2010) dalam bulletin jendela epidemologi menyatakan bahwa penyakit demam berdarah memiliki siklus tahunandansikluslimatahun.Berdasarkansiklusselamalimatahun tersebut, maka dapat dilihat peningkatan demam berdarah setiap tahun dan pada siklus lima tahunnya. Jumlah kasus demam berdarah yang di laporkan oleh world Health organization (WHO) terlihat dalam beberapa decade pertama pada tahun 1996-2005 sebanyak 1,3 juta kasus meningkat menjadi 5,4 juta kasus pada decade kedua tahun 2006-2015. Berdasarkan permodelan matematis, kejadian tahunan diseluruh dunia telah diperkirakan dalam beberapa tahun terakhir sebanyak 50-100 juta gejala kasus DBD pertama di Asia, Amerika Latin, dan Afrika (WHO,2016).

Kemenkes (2016) melaporkan peningkatan jumlah penderita DBD di Indonesia dari tahun 2014 sebanyak 100.347 kasusmenjadi 129.650 kasus pada tahun 2015. Sedangkan data jumlah penderita DBD tahun 2016 mengalami peningkatan menjadi 201.855 kasus (Kemenkes,2017).JumlahpenderitaDBDdiSulawesiselatanselalu meningkatdalambeberapatahunterakhir.Tahun2014jumlahkasus sebanyak 2.966 kasus dengan jumlah kematian sebanyak 25 orang sertaCFR(CaseFatalityRate)0,84%.Tahun2015jumlahkasus

menjadi 4.818 kasus dengan jumlah kematian 30 orang serta CFR 0,62 % (Dinkes Provinsi Sulawesi Selatan, 2016). Sama halnya pada tahun 2016 meningkat dari tahun sebelumnya menjafi 7.568 kasus dengan jumlah kematian 48 orang serta CFR 0,63 % (Dinkes Provinsi Sulawesi Selatan, 2017).Makassar mendapatkan peringkat ke-15 dari 24 kabupaten atau kota yang ada di Sulawesi selatan pada tahun 2016 dengan jumlah kasus DBD sebanyak 248 kasus dengan Incidence Rate (IR) 17,11 per 100.000 penduduk dan diantaranya terdapat 2 kematian. (Dinkes Kota Makassar, 2017).

Menurutdatayangdiperolehdari*MedicalRecord(MRO)*Rumah sakit Stella Maris Makassar tahun 2016 dari jumlah pasien 83 orang pasien yang dirawat dengan DHF didapatkan data sebanyak 16 pasien anak usia 0-4 tahun dirawat dengan DHF, dikelompokkan pada usia 0-6 hari 0 pasien, usia 7-27 hari 0 pasien, usia 28- < 1th 1 pasien, usia 1 – 4 tahun 15 pasien. Tahun 2017 mengalami peningkatan sebanyak 76 pasien didapatkan sebanyak 8 pasien anakusia0-4tahun,dikelompokkandarisegiumur0-6hari0pasien, usia 7-27 hari 0 pasien, usia 28 hari - <1 tahun 2 pasien, usia 1-4 tahun16pasien.Tahun2018mengalamipeningkatansebanyak468 pasien didapatkan sebanyak 25 pasien anak usia 0-4 tahun, dikelompokkan dari segi umur 0 – 6 hari 0 pasien, 7 – 27 hari 0 pasien, 28 hari - <1 tahun 5 pasien, 1 - 4 tahun 20pasien.

Melihat masih adanya angka kesakitan akibat kasus *dengue hemoragic fever* di masyarakat, maka dibutuhkan peran dan fungsi perawat dalam melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan. Alasan inilah yang mendasari penulis mengangkat kasus ini sebagai karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan keperawatan pada anak dengan *Dengue Hemoragic Fever”.*

B. TujuanPenulisan

1. TujuanUmum

Untuk mengetahui asuhan keperawatan pada anak dengan DHF. Diruang perawatan anak.

2. TujuanKhusus

Untuk menerapkan asuhan keperawatan melalui proses keperawatan yang terdiridari:

a. Melakukan proses pengkajian dan menganalisis data pada pasien denganDHF.
b. Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien dengan DHF.
c. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien denganDHF.
d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan DHF.
e. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada pasien denganDHF.
f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien denganDHF.

C. Manfaatpenulisan

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, diharapkan dapat memberikan manfaat bagi:

1. Bagi instansi Rumahsakit

Merupakan sumber informasi bagi tenaga kesehatan khususnya bagi perawat yang ada di rumah sakit sebagai upaya untuk meningkatkan suatu pelayanan keperawatan khususnya pada pasien dengan DHF, melalui pendekatan proses keperawatan.

2. Bagi institusipendidikan

   Sebagai sumber informasi / bacaan bagi mahasiswa tentang asuhan keperawatan pada anak dengan DHF.

3. Bagi pasien dankeluarga

   Memperoleh asuhan keperawatan yang berkesinambungan.

4. Bagipenulis

   a. Sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan Diploma III Keperawatan di STIK StellaMaris

   b. Mengaplikasikan ilmu dan pengetahuan yang di dapatkan selama pendidikan, terutama dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan system Hematologi, Dengue Hemoragic Fever(DHF).

D. MetodePenulisan

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini tentang asuhan keperawatan pada anak dengan Dengue Hemoragic Fever (DHF) Penulis menggunakanmetode:

1. StudiPustaka

   Dengan memperoleh informasi- informasi terbaru dari jurnal dan buku.

2. StudiKasus

   Dengan studi kasus menggunakan asuhan keperawatan yang komprehensif meliputi pengkajian data, analisa data, penetapan diagnose keperawatan, pelakasanaan keperawatan, evaluasi keperawatan.

   Teknik pengumpulan data yang di lakukan adalah:

   a. Wawancara

      Dengan melakukan Tanya jawab kepada pasien, keluarga dan perawat setempat.

b. Observasi

Pengamatan langsung kondisi pasien dengan mengikuti tindakan yang diberikan kepada pasien dalam proses pelaksanaan asuhan keperawatan.

c. DataMRO

Data yang didapatkan berupa jumlah penderita gangguan Hematologi Dengue Hemoragic Fever (DHF) yang terjadi dalam 1 tahun terakhir.

d. PemeriksaanFisik

Dengan melakukan pemeriksaan langsung pada pasien melalui inspeksi, Palpasi, auskultasi, dan perkusi

E. SistematikaPenulisan

Penulisan karya tulis ilmiah ini disusun secara sistematika yang dimulai dari penyusunan BAB I: Pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan. BAB II: Tinjauan teoritis yang disusun dari berbagai topik yaitu konsep dasar medic yang terdiri dari pengertian, anatomi fisiologi, etiologic, patofisiologi, manifestasi klinik, tes diagnostic, penatalaksanaan medik, dan komplikasi. Kemudian konsep dasar keperawatan yang terdiri dari pengkajian, analisa data, diagnose keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan. BAB IV: Pembahasan kasus berisi tentang pembahasan kesenjangan data yang dapat di bandingkan melalui teori dan pengamatan kasus pasien yang dirawat.BABV:Sebagaiakhirdarikaryatulisilmiahiniyaitupenutup yang berisi tentang uraian kesimpulan dan saran bagi pihak-pihak yang terkait dari penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, dan terakhir DAFTARPUSTAKA.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep DasarMedik

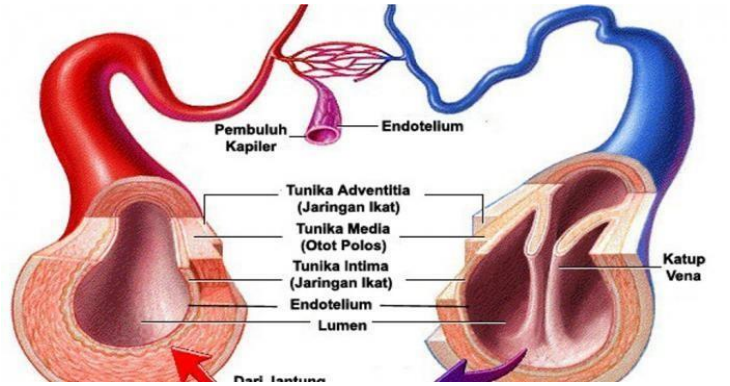
1. Pengertian

Dengue Hemoragic Fever (DHF) adalah penyakit infeksi akut yang disebabkan oleh virus dengue yang ditularkan melalui gigitannyamukaedesaegypti,suatuvirustermasukdalammarga (genus) Flavivirus dari family flaviridae. (IDAI2019).

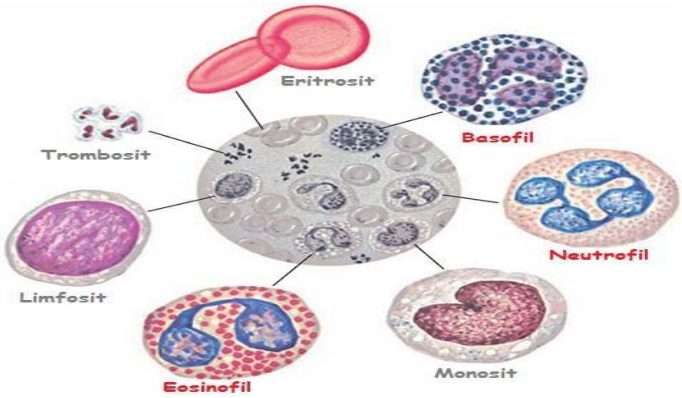
Dengue Hemoragic Fever (DHF) adalah penyakit infeksiyang disebabkan oleh virus dengue dengan manifestasi klinis demem, nyeri otot atau nyeri sendi yang disertaileukopenia,ruam, limfadenopati, dan distensi hemoragik (Sudoyo Aru, 2015).Penyakit Dengue hemoragic fever merupakan penyakit yangdisebabkan karena gigitan nyamuk aedes yang terinfeksi salahsatu dari empat tipe virus dengue dengan manifestasiklinis demam, nyeri otot, dan atau nyeri sendi yang disertai leukopenia, ruam, limfadenopati, trombositopenia (Depkes, 2016)

2. Anatomifisiologi

a. Anatomi pembuluh darah dan sel-seldarah



(Sumber : Evi Nurhayati, 2013)



(Sumber: Buruner & Suddarth, 2014)

b. Fisiologi

Darah adalah suatu jaringan tubuh yang terdapat di dalam pembuluh darah yang berwarna merah.

1) Sel-seldarah

a) Eritrosit (sel darahmerah)

Bentuknya seperti cakram/binkonkaf dan tidak mempunyai inti. Ukuran diameter kira-kira 7,7 unit (0,007 mm), tidak dapat bergerak. Banyak kira-kira 5 juta dalam satu mm^3 (4½ juta), warnanya kuning kemerah-merahan, karena di dalamnya mengandung suatu zat yang disebut hemoglobin,

warna ini akan bertambah merah jika di dalamnya banyak mengandung O_2. Fungsinya: mengikat O_2 dari paru-paru untuk diedarkan ke seluruh jaringan tubuh dan mengikat CO_2 dari jaringan tubuh untuk dikeluarkan melalui paru-paru. Pengikatan O_2 dan CO_2 ini dikerjakan oleh hemoglobin yang telah bersenyawa dengan O_2 disebut oksihemoglobin(Hb $+O_2 \rightarrow 4Hb–O_2$)jadiO_2diangkatdariseluruhtubuh sebagai oksihemoglobin yang nantinya setelah tiba di jaringan, akan dilepaskan: $Hb – O_2 \rightarrow Hb + O_2$, dan seterusnya Hb tadi akan mengikat dan bersenyawa dengan CO_2 dan disebut karbondioksidahemoglobin($Hb+CO_2 \rightarrow Hb–CO_2$) yang mana CO_2 tersebut akan dilepaskan di paru-paru.Sel darah merah di dalam tubuh diproduksi di dalamsum-sumtulangbelakang,limfadanhatiyang kemudian akan beredar di dalam tubuh selama 14-15 hari setelah itu akan mati. Hemoglobin yang mengandung Fe yang berguna untuk pembentukan eritrosit baru dan Hb yaitu: suatu zat yang terdapatdi dalam eritrosit yang berguna untuk mengikat O_2dan CO_2. Jumlah normal pada anak usia 2-5 tahun11.5-14.5.

b) Leukosit (Sel darahputih)

Bentuk dan sifat leukosit berlainan dengan eritrosit apabila kita melihat dibawah mikroskop maka akan terlihat bentuknya yang dapat berubah-ubah dan dapat bergerak dengan perantaraan kaki palsu (pseudopodia), mempunyai bermacam-macam inti sel sehingga dia dapat dibedakan menurut inti selnya, warnanya bening (tidak berwarna),

banyaknya dalam 1 mm^3 darah kira-kira 6.000 – 9.000.

Fungsi dari leukosit yaitu:

1) Sebagai serdadu tubuh yaitu membunuh dan memakan bibit penyakit / bakteri yang masuk kedalam jaringan RES (system retikuloendoel). Tempat pembiakannya di dalam limfa dan kelenjar limfe.
2) Sebagai pengangkut yaitu mengangkut atau membawa zat lemak dari dinding usus melalui limfa terus ke pembuluhdarah.

c) Trombosit

Trombosit merupakan benda-benda kecil yang mati yangbentukdanukurannyabermacam-macam,ada yang bulat, lonjong, warnanya putih, normal pada orang dewasa 200.000 – 500.000/mm^3. Fungsi dari trombosit yaitu sebagai pembekuandarah.

2) PlasmaDarah

Bagian cairan darah yang membentuk sekitar 5% dari berat badan, merupakan media sirkulasi elemen-elemen darah yang membentuk sel darah merah, sel darahputihdanselpembekudarahjugasebagaimedia transportasi bahan organik dan anorganik dari suatu organ ataujaringan.

3. Etiologi

Virus dengue dibawah oleh nyamuk Aedes Aegypty (Betina) sebagai vektor ketubuh manusia melalui gigitan nyamuk tersebut. Infeksi yang pertama kali dapat memberi gejala sebagai dengue fever dengan gejala utama demam, nyeri otot/sendi. (Arief Mansjoer, 2000 dalam Ridha N, 2014).

4. Patofisiolgi

Virus dengue masuk ke dalam tubuh manusia melalui gigitan nyamuk Aedes Aegypti atau aedes albopictus yang akan mengakibatkan viremia. Hal tersebut akan mengakibatkan reaksi oleh pusat pengatur suhu tubuh di hipotalamus sehingga menyebabkan (pelepasan zat bradikinin, serotonin, trombin dan histamin) terjadinya peningkatan suhu. Selain itu viremia menyebabkan pelebaran pada dinding pembuluh darah yang menyebabkan perpindahan cairan dan plasma dari intravaskuler ke intertisiel yang menyebabkan hipovolemia. Trombositopenia dapat terjadi akibat dari, penurunan produksi trombosit sebagai reaksi dari antibody melawan virus (Murwani, 2011).

Pada pasien dengan trombositopenia terdapat adanya perdarahan baik kulit seperti peteki atau pendarahan mukosa di mulut. Hal ini mengakibatkan adanya kehilangan kemampuan tubuh untuk melakukan mekanisme hemostatis secara normal. Hal tersebut dapat menimbulkan perdarahan dan jika tidak tertangani akan mengakibatkan terjadinya syok. Masa inkubasi virus dengue 3-15 hari, rata-rata 5-8 hari (Soegijanto, 2006).

Menurut Ngastiyah (2005) virus akan masuk ke dalam tubuh manusia melalui gigitan nyamuk aedes aegypti. Pertama-tama yang terjadi adalah viremia yang akan mengakibatkan penderita mengalami demam, sakit kepala,

mual,nyeriotot,pegal-pegaldiseluruhtubuh,ruamataubintik-bintik merah pada kulit, hiperemia tenggorokan dan hal lain yang mungkin terjadi pembesaran kelenjar getah bening, pembesaran hati(hepatomegali).

Kemudianvirusbereaksidenganantibodidanterbentuklah kompleks virus antibodi. Dalam sirkulasi dan mengaktivasi system komplemen. Akibat aktivasi C3 dan C5 akan di lepas C3a dan C5a dua peptida yang berdaya untuk melepaskan histamin dan merupakan mediator kuat sebagai factor meningkatnya permebilitas dinding kapiler pembuluh darah yang mengakibatkan terjadinya pembesaran plasma ke ruang ekstraseluler mengakibatkan kekurangan volume plasma terjadi hipotensi, hemokonsentrasi dan hipoproteinemia serta efusi dan renjatan (syok). Hemokonsentrasi (peningkatan hematokrit >20%) menunjukkan atau menggambarkan bahwa adanya kebocoran (perembesan) sehingga nilai hematokrit menjadi penting untuk patokan pemberian cairan intravena (Noersallam,2005).

Adanya kebocoran plasma ke daerah ekstra vaskuler di buktikan dengan di temukan cairan yang tertimbun dalam rongga serosa yaitu rongga peritoneum, pleura, pericardium, yang pada otopsi ternyata melebihi cairan yang di berikan melalui infus. Setelah pemberian cairan intravena, peningkatanjumlahtrombositmenunjukkankebocoranplasma telah teratasi, sehingga pemberian cairan intravena harus di kurangi kecepatan dan jumlahnya untuk mencegah terjadinya edemaparudangagaljantung,sebaliknyajikatidakmendapat cairanyangcukup,sebaliknyajikatidakmendapatcairanyang cukup penderita akan mengalami kekuarangan cairan yang akan mengakibatkan terjadinya renjatan (syok). Jika syok hipovolemik berlangsung terus menerus akanmengakibatkan

anoksia jaringan, metabolik asidosis, dan kematian apabila tidak ssegera di atasi dengan baik (Murwani, 2011).

5. Manifestasiklinik
   a. Gambaran klinis yang timbul pada penyakit Dengue Hemoragic Fever (Menurut Ridha N,2014)
      1) Demam tinggi mendadak yang berlangsung selama 5-7 hari
      2) Perdarahan terutama perdarahan di bawah kulit, hematoma,ecymosis.
      3) Epitaksis, hematemesis melena,hematuri.
      4) Mual, muntah, nafsu makan menurun, diare, konstipasi.
      5) Nyeri otot, tulang sendi, abdomen dan uluhati.
      6) Sakitkepala
      7) Pembengkakan sekitarmata
      8) Pembesaran hati, limpa, dan kelenjar getahbening.
      9) Tanda- tanda renjatan (sianosis, kulit lembab dan dingin, tekanan darah menurun, gelisah, nadi cepat danlemah).
   b. Derajat Penyakit (WHO,2016)

      Derajat penyakit DHF diklasifikasikan dalam 4 derajat (padasetiapderajatsudahditemukantrombositopeniadan hemokonsentrasi)

      Derajat I: Demam disertai gejala tidak khas dan satu-satunya manifestasi perdarahan ialah uji bendung

      Derajat II: Seperti derajat I, disertai perdarahan spontan di kulit an atau perdarahanlain.

      DerajatIII:Didapatkankegagalansirkulasi,yaitunadicepat danlambat,tekanannadimenurun(20mmhgataukurang) atau hipotensi, sianosis, disekitar mulut, kulit dingin dan lembab dan anak tampakgelisah.

Derajat IV: Syok berat (profound shock), nadi tidak dapat diraba dan tekanan darah tidak terukur.

6. Pemeriksaandiagnostik
   a. Pemeriksaan darah lengkap: hemokonsentrasi (hematokrit meningkat 20% atau lebih), trombositopenia (100.000/mm3 ataukurang).
   b. Serologi : uji HI (hemoaglutination inhibitiontest)
   c. Rontgen thoraks : efusipleura
   d. Uji Torniquet: Di katakan positif apabila muncul petekie lebih kurang dari 20 diameter 2,5 inci. Uji ini untuk menentukan apakah terkena demam berdarah atau tidak (Deslawati,2013).

7. PenatalaksanaanMedik
   a. Menurut(WHO,2016)menjelaskantatalaksanapadaanak denganDengeuHemoragicFevertanpasyokdiRSadalah sebagaiberikut:
      1) Berikan infus Ringer Laktat/ Ringer Asetat atau NaCl 0,9% sesuai dosis,turunkan bertahap setiap 2 jam sesuai dengan perbaikan klinis dan lab parameter Ht (terapi cairan diharapkan selesai 24-48 jam)
      - Berat badan < 15 kg : 7 ml/KgBB/jam(2 jampertama)
      - Berat badan 15-40 kg : 5ml/KgBB/jam
      - Berat badan > 40 kg : 3ml/KgBB/jam
      2) Jika anak bisaminum
         Beri minum apa saja (oralit, susu, teh manis, jus buah, kaldu, air tajin) untuk mengganti cairan tubuh yang hilangakibatkebocoranplasma,demam,muntah/diare.
      3) Berikan parasetamol bila demam. Jangan berikan ibuprofen atau asetosal karena obat-obatan ini dapat merangsang terjadinyaperdarahan.

4) Pantau tanda vital dan diuresis setiap jam dan periksa laboratorium (hematokrit, trombosit, leukosit dan hemoglobin) tiap 6 jam.
5) 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 pemberiancairan
6) Apabila terjadi perburukan klinis berikan tatalaksana sesuai dengan tatalaksana syokterkompensasi.

b. Masih menurut (Who, 2016) menjelaskan tata laksana pada anak dengan Dengue Hemoragic Fever dengansyok adalah sebagaiberikut:
1) Perlakukan hal ini sebagai gawat darurat. Berikan oksigen 2-4 L/menit secaranasal
2) Berikan20ml/kglarutankristaloidsepertiRingerLaktat/ asetatsecepatnya
3) Jika tidak menunjukkan perbaikan klinis ulangi pemberian kristaloid 20 ml/KgBB secepatnya maksimal 30 menit atau pertimbangkan pemberian koloid 10-20 ml/KgBB/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/komponen.
5) Jika terjadi perbaikan klinis (pengisian kapiler dan perfusi perifer mulai membaik, tekanan nadi melebar), jumlah cairan dikurangi hingga 10 ml/kgBB/jam dalam 2-4 jam dan secara bertahap diturunkan tiap 4-6 jam sesuai dengan kondisi klinis danlaboratorium.

6) Dalambanyakkasus,cairanintravenadapatdihentikan setelah 36-48 jam. Ingatlah banyak kematian terjadi karena pemberian cairan yang terlalu banyak daripada pemberian yang terlalusedikit.

8. Komplikasi
   a. Anoksiajaringan

      Anoksia jaringan dapat terjadi karena adanya peningkatan permeabilitas kapiler dinding pembuluh darah, maka volume plasma menurun, dan Hematokrit meningkat sehingga terjadi trombositopenia yang mengakibatkan perdarahan, dan saat terjadi perdarahan secara langsung Hemoglobin menurun sehingga darah tidak mampu mengikat O2 sehingga terjadi anoksia jaringan.

   b. Hepatomegali

      Hepatomegali dapat disebabkan terjadi kebocoran plasma ke ruang intravaskuler yang mengakibatkan plasma merembes ke hepar melalui system vena porta sehingga terjadi peningkatan cairan plasma dalam hepar.

   c. Efusipleura

      Efusi pleura dapat terjadi disebabkan karena adanya bendungan cairan plasma dirongga pleura saat terjadinya kebocoran cairan plasma ke ruang interstitial yang merembes kerongga pleura dan dapat juga disebabkan karena pemberian terapi cairan yang berlebihan.

   d. Asidosismetabolic

      Asidosismetabolicterjadikarenahilangnyabikarbonatsaat terjadi muntah yang berlebihan secaraterus-menerus.

e. Syokhipovolemik

Karena terjadi kebocoran plasma keruang intravaskuler mengakibatkan penurunan tekanan pengisian sirkulasi darah, penurunan aliran darah vena dan curah jantung menurun maka terjadi syok hipovolemik. (Desmawati, 2013).

B. Konsep DasarKeperawatan

1. Pengkajian

a. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaankesehatan

DS: lingkungan tempat tinggal kurang baik, tidur tidak memakai kelambu, serta aktivitas yang lebih banyak di rumah.

DO: kebersihan buruk, bau badan

b. Pola nutrisi danmetabolik

DS: Penurunan nafsu makan, kesulitan menelan, mual dan muntah, dispepsia, anoreksia.

DO: Membran mukosa bibir kering, penurunan BB, pucat, Turgorkulitkering,nyeriuluhati,pendarahanpadagusi.

c. Polaeliminasi

DS: Sering buang air kecil, penurunan haluaran urine, hematemesis, diare, melena, konstipasi.

DO: Distensi abdomen, hiperperistaltik usus perubahan warna urine dan feces.

d. Pola aktivitas danlatihan

DS: Lesu, kurang tertarik pada keadaan sekitarnya, kelemahan otot, penurunan kekuatan, keletihan, nyeri otot / persendian / pungung, epitaksis, dan keringat dingin.

DO: Sesak, palpebra tampak gelap, konjungtiva anemis.

e. Pola tidur danistirahat

DS: keletihan, malaise, insomnia, gelisah

DO: sesak, palpebra tampak gelap, konjungtiva anemis

f. Pola persepsikognitif

DS: Menggunakan alat bantu pendengaran, kemampuan mengingat masa lalu dan identitasdiri

DO : Mengalami gangguan penginderaan

g. Pola persepsi dan konsepdiri

DS: Mudah marah, khawatir kehilangan waktu kerja / kuliah frustasi dengan penyakit

DO: Ansietas, gelisah, mudah marah, fokus pada diri sendiri, tergantung pada hubungan dengan siapa yang dapat memberi rasa aman dan perlindungan

h. Pola peran dan hubungan dengansesame

DS: Ketidakmampuan pasien dalam sosial, dan perasaan isolasi.

DO: Diam, dan perasaan tidak berdaya.

i. Pola reproduksi dan seksualitas

DS: penurunanlibido

DO: penurun libido

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadapstress

DO: Nyeri pada abdomen, sakit kepala, nyeri tulang / sendi, gelisah.

DS: Perilaku pasien sehari-hari, pasien gelisah, fokus pada diri sendiri.

k. Pola sistem nilai dan kepercayaan

DS: keyakinan, tata nilai budaya

DO: alat-alatberibadah

2. DiagnosaKeperawatan
   a. Hipertermi berhubungan denganpenyakit
   b. Nyeri akut berhubungan dengan agens cederabiologis
   c. Risiko defisit volume cairan dengan faktor resiko pindahnya cairan intravaskuler keekstravaskuler
   d. Resiko syok hipovolemik dengan faktor resiko perdarahan yang berlebihan, pindahnya cairan intravaskuler ke ekstravaskuler
   e. Resiko gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dengan faktor resiko intake nutrisi yang tidak adekuat akibat mual dan nafsu makan yangmenurun
   f. Risiko terjadi perdarahan dengan faktor resiko penurunan faktor – faktor pembekuan darah(trombositopenia).

3. Rencana asuhankeperawatan
   a. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi virus dengue

      Tujuan : Termogulasi menjadinormal

      Kriteriahasil : Suhu tubuh antara 36 – 37 ºC, nyeri otot berkurang

      Intervensi:

      1) Beri kompres airhangat

         R: Dapat menurunkan panas

      2) Berikan/ anjurkan pasien untuk banyak minum 1500 –2000 cc/hari (sesuaitoleransi).

         R: Untuk menganti cairan tubuh yang hilang akibat evaporasi

      3) Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang tipis mudah menyerapkeringat.

         R:Memberikanrasanyamandanpakaianyangtipismudah menyerapkeringatdantidakmerangsangpeningkatansuhu tubuh.

4) Observasi pemasukan dan pengeluaran cairan, tanda vital (suhu, nadi, tekanan darah) tiap 3 jam sekali atau lebih sering.

   R: Mendeteksi dini kekurangan cairan serta mengetahui keseimbangancairandanelekrolitdalamtubuh.Tandavital merupakanacuanuntukmengetahuikeadaanumumpasien

5) Kolaborasi:pemberiancairanintravenadanpemberianobat sesuaiprogram.

   R: Pemberian cairan sangat penting bagi pasien dengan suhutubuhyangtinggi.Obatkhususnyauntukmenurunkan suhu tubuhpasien

b. Nyeri akut berhubungan dengan agens cederabiologis

Tujuan: Mampu dan menunjukkan tingkat nyeri dari sedang menjadi ringan

Kriteria hasil: Nyeri berkurang atau hilang

Intervensi:

1) Lakukan pengkajian nyeri yangkomprehensif

   R/ Agar perawat mampu mengambil tindakan untuk mengatasi nyeri.

2) Anjurkan pasien untuk tehnikrelaksasi

   R/ Tehnik relaksasi melancarkan aliran darah sehingga nyeri yang dirasakan dapat berkurang.

3) Berikan posisinyaman

   R/ Posisi yang baik akan mengurangi nyeri pasien

4) Bantu alihkan perhatian bukan pada nyeri atau rasa tidak nyaman melalui televisi, interaksi denganpengunjung

   R/ Melakukan pengalihan perhatian dapat mengurangi rasa nyeri yang dirasakan.

5) Kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi ketidak nyamanan (suhu ruangan, pencahayaan, kegaduhan)

   R/ Mengendalikan faktor lingkungan salah satu caraagar

pasien rasa nyaman dan juga mengurangi rasa nyeri yang dirasakan.

6) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberiananalgesic
   R/ Pemberian analgesik dapat mengurangi atau menghilangkan nyeri.

c. Risikodefisitvolumecairandenganfaktorresikopindahnyacairan intravaskuler keekstravaskuler
   Tujuan : Tidak terjadi kekurangan volume cairan
   Kriteria : Input dan output seimbang, vital sign dalam batas normal, tidak ada tanda presyok, akral dingin, capillary refill < 3 detik
   Intervensi:
   1) Awasi vital sign tiap 3 jam/lebihsering
      R: Vital sign membantu mengidentifikasi fluktuasi cairan intravaskuler.
   2) Observasi capillaryrefill
      R: Indikasi keadekuatan sirkulasi perifer
   3) Observasi intake danoutput
      R: Untuk mengetahui jumlah pengeluaran
   4) Anjurkan untuk minum 1500-2000 ml/hari (sesuai toleransi)
      R: Untuk memenuhi kebutuhan cairan tubuhperoral
   5) Kolaborasi pemberian cairanintravena
      R: Dapat meningkatkan jumlah cairan tubuh, untuk mencegah terjadinya hipovolemik syok.

d. Resiko syok hipovolemik dengan factor resiko perdarahan yang berlebihan, pindahnya cairan intravaskuler ke ekstravaskuler.
   Tujuan : Tidak terjadi syok hipovolemik
   Intervensi:
   1) Monitor keadaan umumpasien

R: Untuk memonitor kondisi pasien selama perawatan terutama saat terjadi perdarahan. Perawat segera mengertahui tanda-tanda presyok / syok.

2) Observasi vital sign setiap 3jam

   R: Perawat perlu terus mengobservasi vital sign setiap 3 jamataulebihuntukmemastikantidakterjadipresyokatau syok.

3) Jelaskan pada pasien dan keluarga tanda perdarahan, dan segera laporkan jika terjadiperdarahan.

   R: Dengan melibatkan pasien dan keluarga maka tanda-tanda perdarahan dapat segera diketahui dan tindakan yang cepat dan tepat dapat segera diberikan.

4) Kolaborasi : Pemberian cairanintravena

   R: Cairan intravena diperlukan untuk mengatasi kehilangan cairan tubuh secara hebat

5) Kolaborasi : Pemeriksaan HB, PCV,PLT

   R : untuk mengetahui tingkat kebocoran pembuluh darah yangdialamipasiendanuntukacuanmelakukantindakan lebihlanjut.

e. Resiko gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dengan faktor resiko dengan intake nutrisi yang adekuat akibat mual dan nafsu makan yang menurun.
Tujuan : Tidak terjadi gangguan kebutuhannutrisi
Intervensi :
1) Kaji riwayat nutrisi, termasuk makanan yangdisukai
R: Mengidentifikasi defisiensi, menduga kemungkinan intervensi.
2) Observasi dan catat masukan makananpasien
R: Mengawasi masukan kalori/kualitas kekurangan konsumsimakanan.
3) Timbang BB tiap hari (bilamemungkinkan)
R: Mengawasi penurunan BB atau mengawasi efektifitas intervensi.
4) Berikanmakanansedikitnamunseringataumakandiantara waktu makan
R: Makanan sedikit dapat menurunkan kelemahan dan meningkatkan masukan juga mencegah distensi gaster.
5) Berikan dan bantu oralhygiene
R: Meningkatkan nafsu makan dan masukan personal
6) Hindari makanan yang merangsang dan mengandung gas
R: Menurunkan distensi daniritasi.

f. Risiko perdarahan dengan faktor risiko koagulasi inheren trombositopenia

Tujuan : Tidak terjadi perdarahan.

Kriteria:TD100/60mmHg,N:80–100x/menitregular,pulsasi kuat, tidak ada tanda-tanda perdarahan lebih lanjut, trombosit meningkat.

Intervensi:

1) Monitor tanda –tanda penurunan trombosit yang disertai tandaklinis

   R: Penurunan trombosit merupakan tanda adanya kebocoran pembuluh darah yang pada tahap tertentudapat menimbulkan tanda – tanda klinis seperti epistaksis, petekie.

2) Monitor trombosit setiaphari

   R: Dengan trombosit yang dipantau setiap hari, dapat diketahui tingkat kebocoran pembuluh darah dan kemungkinan perdarahan yang dialami pasien.

3) Anjurkan pasien untuk banyak istirahat(bedrest)

   R:Aktifitaspasienyangtidakterkontroldapatmenyebabkan terjadinyaperdarahan.

4) Berikan penjelasan kepada klien dan keluarga untuk melaporkan jika ada tanda perdarahan seperti: hematemesis, melena,epistaksis.

   R:Keterlibatanpasiendankeluargadapatmembantuuntuk penanganan dini bila terjadiperdarahan

5) Antisipasi adanya perdarahan: gunakan sikat gigi yang lunak, pelihara kebersihan mulut, berikan tekanan 5 – 10 menit setiap selesai ambildarah.

   R: Mencegah terjadinya perdarahan lebih lanjut. (Desmawati, AMK., S. kep., MKep., SpMat, 2013).

4. Dischargeplanning

Setelah pasien pulang, tindakan perawatan belum tentu terputuskan, oleh sebab itu perawat perlu memberikan penjelasan mengenai tindakan apa yang seharusnya dilakukan saat pasien pulang yaitu:

a. Memberipenjelasantentangtindakanpencegahanyangdapat dilakukan oleh keluarga untuk menghindari DHF, seperti melakukan pemberantasan vektor disemua daerah berpotensi penularantinggi.

   Ada 2 macam pembatasan vektor antara lain:

   1) Menggunakaninsektisida

      Yang lazim digunakan dalam program pemberantasan DHF adalah lotion untuk membunuh nyamuk dewasa dan temphos (abate) untuk membunuh jentik.

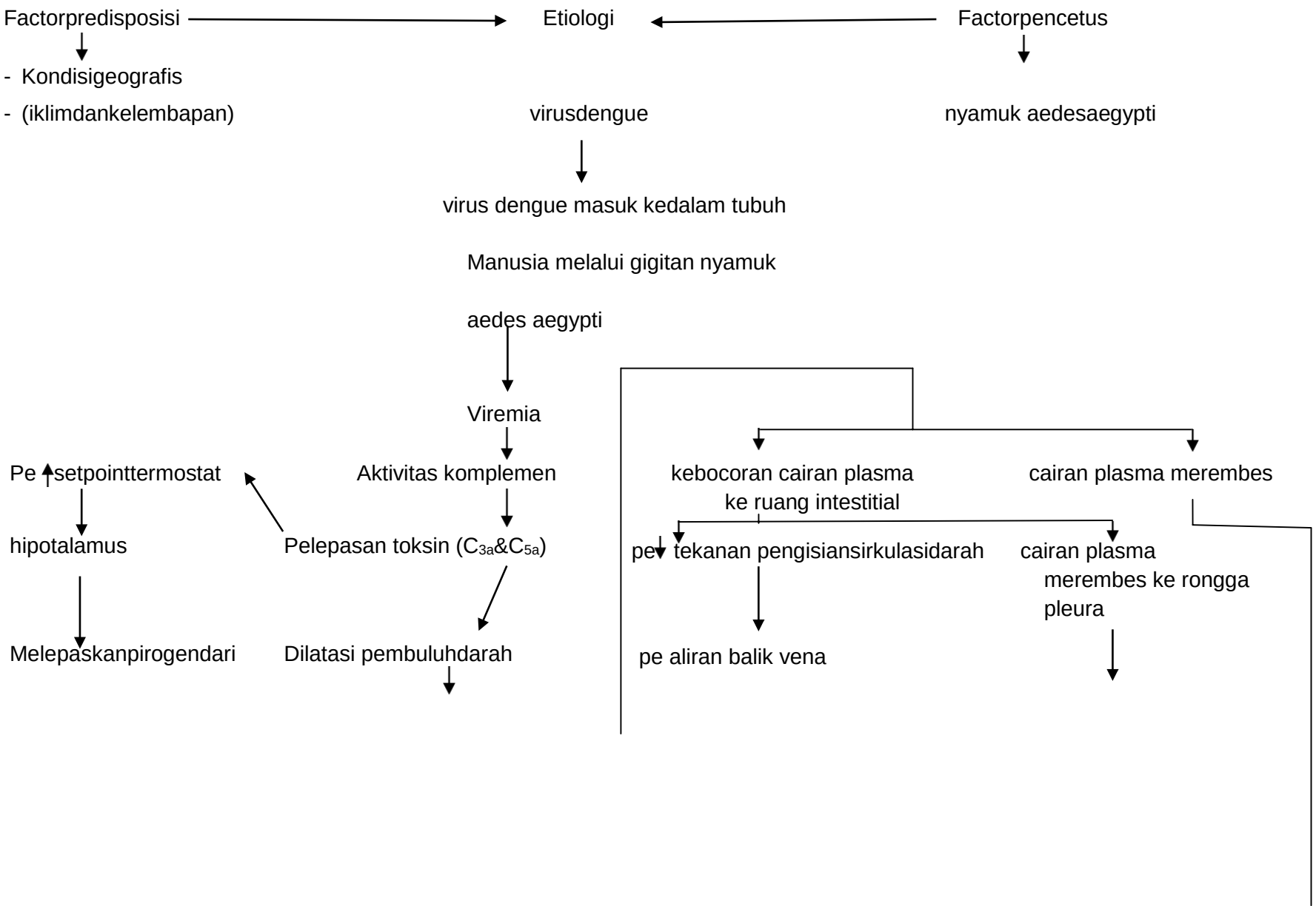
   2) Tanpa insektisida

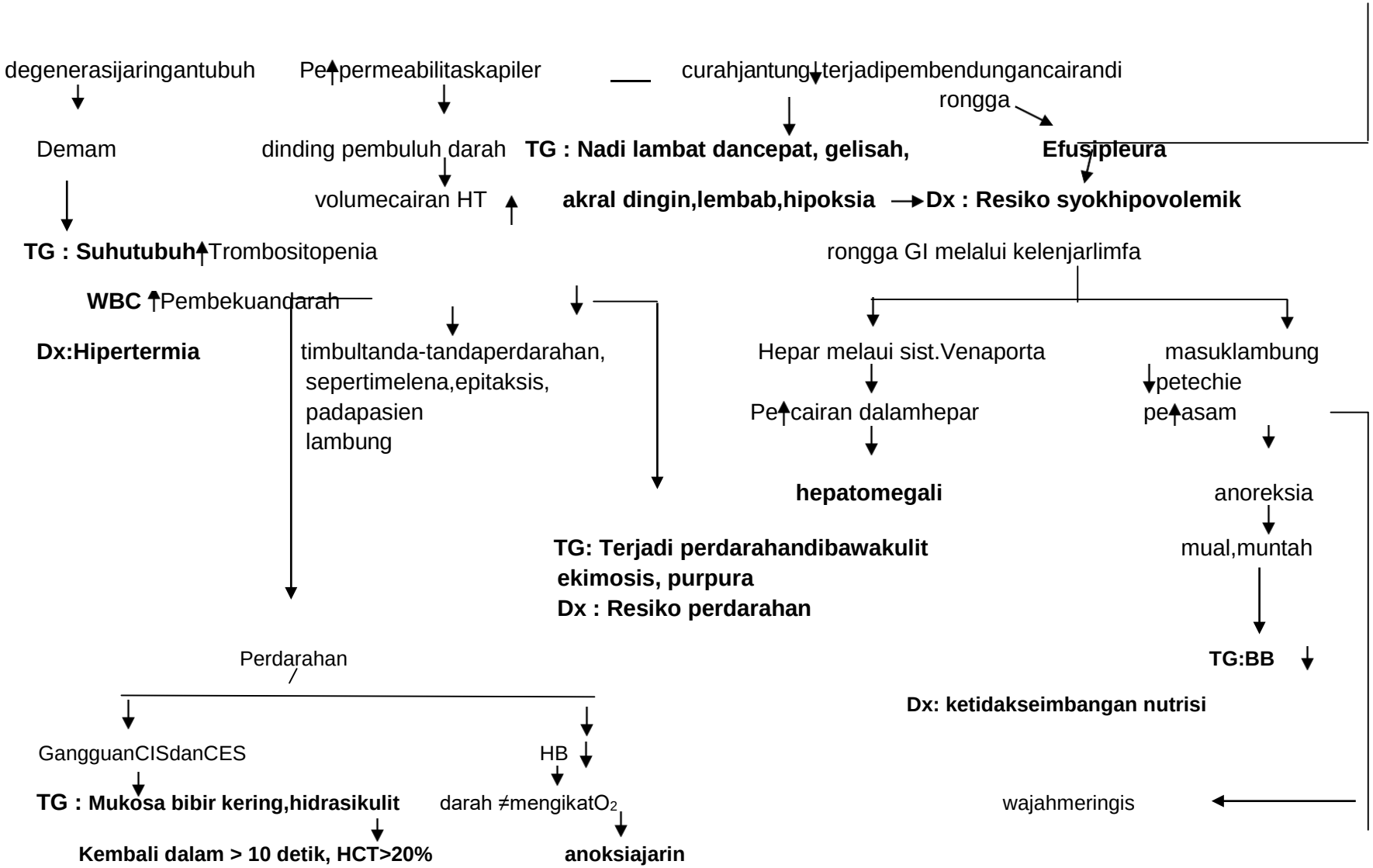
      Caraadalah:

      a) Menguras bak mandi, tempayan dan tempat penampungan air minimal 1 x seminggu (perkembangan telur nyamuk lamanya 7-10hari).
      b) Menutup tempat penampungan airrapat-rapat
      c) Membersihkan halaman rumah dari kaleng bekas, botol pecah dan bendalain.

b. Minum air yangcukup
c. Upayakan untuk makan dan istirahat yangcukup
d. Cegah perkembangbiakan nyamuk dan kenali tanda dan gejalanya.
e. Memberikan informasi, bahwa jika tidur sebaiknya menggunakan kelambu untuk mencegah gigitan nyamuk aedes. (Amin Huda Nurarif,S).

C. PATOFLODIAGRAM




degenerasijaringantubuh
Pe↑permeabilitaskapiler
curahjantung↓terjadipembendungancairandi rongga
Demam
dinding pembuluh darah
TG : Nadi lambat dancepat, gelisah, akral dingin,lembab,hipoksia
Efusipleura
Dx : Resiko syokhipovolemik
volumecairan HT
TG : Suhutubuh↑Trombositopenia
WBC ↑Pembekuandarah
Dx:Hipertermia
timbultanda-tandaperdarahan, sepertimelena,epitaksis, padapasien lambung
rongga GI melalui kelenjarlimfa
Hepar melaui sist.Venaporta
masuklambung
petechie
Pe↑cairan dalamhepar
pe↑asam
hepatomegali
anoreksia
mual,muntah
TG: Terjadi perdarahandibawakulit ekimosis, purpura
Dx : Resiko perdarahan
TG:BB
Dx: ketidakseimbangan nutrisi
Perdarahan
GangguanCISdanCES
HB
TG : Mukosa bibir kering,hidrasikulit
darah ≠mengikatO2
wajahmeringis
Kembali dalam > 10 detik, HCT>20%
anoksiajarin

BAB III

TINJAUAN KASUS

Adik “A” masuk Rs Stella Maris sejak tanggal 02 maret 2019 dengan keluhan utama demam sejak 3 hari yang lalu disertai batuk kering, malas makan dan minum dan juga pada lengan kiri atas muncul bintik-bintik merah. s

Pada saat di lakukan pengkajian pada tanggal 03 Maret 2019 diperoleh data ibu mengatakan anaknya masih demam, batuk, kurang nafsu makan, mual dan muntah, malas minum air, dan mengeluh tenggorokannya sakit saat menelan makanan dan hasil TTV : 80/60 mmhg, S : 39°c , N : 88x/menit, P: 28x/menit. Keadaan umum pasien tampak lemah, badan teraba panas, mukosa bibir kering dan pecah-pecah. Hasil pemeriksaan laboratorium,diantaranyaPLT9710^3/UI,HCT30.9%.Hasilpemeriksaan Anti Dengue(+).

Berdasarkan data diatas maka penulis mengangkat tiga diagnosa keperawatandiantaranya:kekuranganvolumecairanb/dkehilangancairan aktif, hipertermi b/d penyakit, resiko syok. Saat ini pasien mendapatkan Terapi medis yaitu pemasanganinfus.

usRL500,20tetes/menit,paracetamolinfus,omeprazole3cc,ceftriaxone 500 mg, metrodinazole 100 mg, isprinol syrup 1 cth, psidi syrup 1cth)

KAJIAN KEPERAWATAN ANAK

A. PENGKAJIAN

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji:	- Donata Yulia Batik E1614401009
	-GresensiaResa E1614401013

Unit : St.Yosep 3 Autoanamnese:

Kamar : 3012 Alloanamnese : ✓

Tgl masuk RS : 03 Maret 2019 Tgl pengkajian : 03 Maret 2019

1. Identifikasi
   a. Pasien
      Namainitial : Adik"A"
      Umur : 4Tahun
      Jeniskelamin :Perempuan
      Agama/suku :Islam/Bugis
      Alamat rumah : Jl.Palantikang
      Warganegara : Indonesia
      Bahasa yang digunakan : Indonesia
      Pendidikan : Belumsekolah
   b. OrangTua

NamaBapak	:Tn.Suhardi	NamaIbu	: Ny.Tenri
Umur	:35Tahun	Umur	: 30 Tahun
Alamat	:Jl.Palantikang	Alamat	:Jl.Palantikang

2. Data Medik
   Diagnosamedik
   Saatmasuk : OBS FEBRIS
   Saatpengkajian : DHF (Dengue Hemoragicfever)

3. KeadaanUmum

a. KeadaanSakit

Pasien tampak sakit ringan ~~/ sedang~~/ ~~berat~~ / ~~tidak tampak sakit~~Alasan: Keadaan pasien tampak lemah dan rewel, badan teraba panas (suhu 39°c) mukosa bibir kering dan pecah-pecah, terpasang cairan infus RL 500 cc 20 tts/menit di tangan kanan.

Tanda-TandaVital

1) Kesadaran secara kuantitatif

Skala komaGlasgow

a) Respon motoric	:	6
b) Respon bicara	:	5
c) Respon membuka mata	:	4
Jumlah	:	15

Kesadaran secara kualitatif : Compos mentis

2) Tekanandarah : 80/60 mmHg

MAP : 66mmHg

Kesimpulan : perfusi ginjal tidak memadai

3) Suhu :39^0C di ☐ oral ☑ axilla ☐ rectal

4) Pernapasan: 28x/menit

Irama: ☑ teratur ☐ kusmaul ☐ cheynes-stokes ☐

Jenis : ☐ dada ☑ perut ☐

5) Nadi : 88x/menit

Irama: ☑ teratur ☐ tachicardi ☐ bradichardi ☐

☐ Kuat ☑ lemah

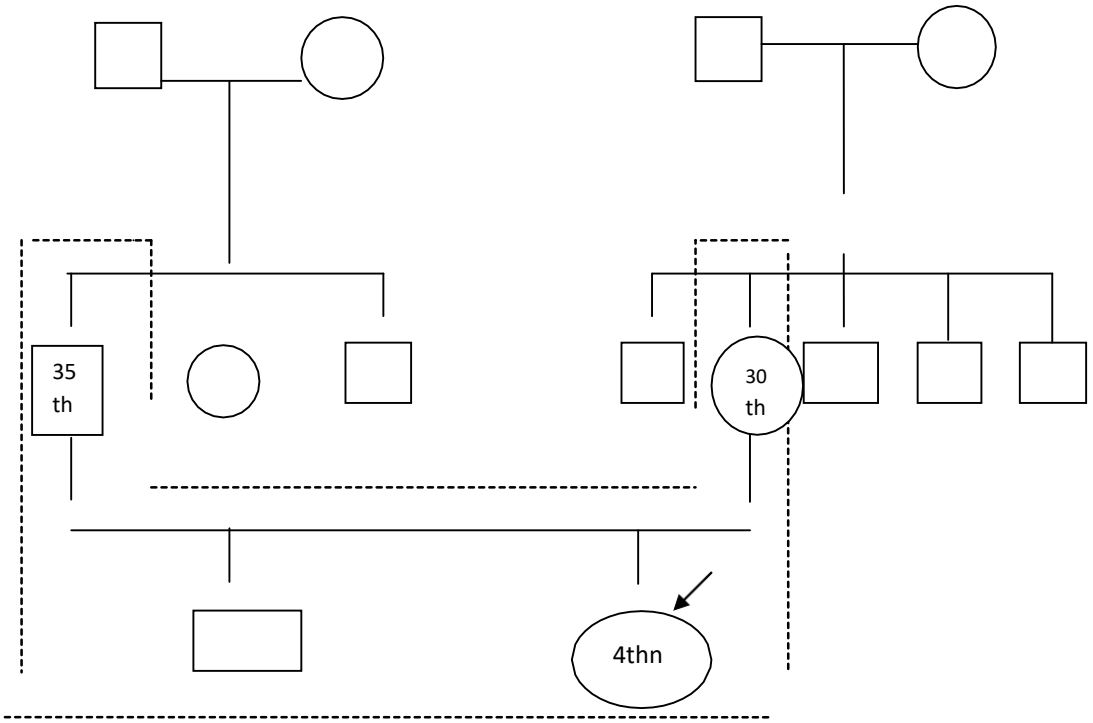
6) Halyangmencolok:Pasiendemam,suhu39^{0}C,badanteraba panas.

b. Pengukuran

1) Tinggi badan :90cm
2) Beratbadan :16kg
3) Lingkar kepala :44cm
4) Lingkar lengan :18cm

Kesimpulan : Berat badannormal

c. Genogram



Keterangan :

: Laki-Laki

: Perempuan

: Laki-laki meninggal

: Pasien

: Tinggal serumah

: Kembar

4. Pengkajian PolaKesehatan

a. Pola Persepsi Kesehatan dan PemeliharaanKesehatan

1) Keadaan sebelum sakit :

Ibu mengatakan bahwa pasien biasanya mandi dua kali sehari, kebiasaan menggantung pakaian di dalam kamar, ibu hanya membersihkan rumah sekali seminggu karena sibuk mengurus kedua anaknya, sekarang di lingkungan tempat tinggalnya banyak anak-anak yang sakit demam berdarah.

2) Riwayat penyakit saatini

a) Keluhanutama : Demam

b) Riwayatkeluhanutama :

Ibu mengatakan pasien demam sejak ± 3 hari yang lalu disertai batuk kering, malas makan dan minum dan juga pada lengan kiri atas muncul bintik-bintik merah, ketika pasien demam di rumah, ibu sempat memberikan obat paracetamol, setelah minum obat demamnya sempat turun namun di sore hari pasien demam lagi disertai dengan muntah sebanyak 3 kali, karena khawatir akan keadaan anaknya, Ibu akhirnya memutuskan untuk membawa anaknya ke Rs Stella maris.

Saat pengkajian ibu mengatakan anaknya masih demam, batuk, kurang nafsu makan, mual dan muntah, malas minum air, dan mengeluh tenggorokannya sakit saat menelan makanan dengan TTV: 80/60 mmhg, S: 39°c, N: 88x/menit, P: 28x/menit. Keadaan umum pasien tampak lemah, badan teraba panas, mukosa bibir kering dan pecah-pecah, dan terpasang cairan RL 500 cc 20 tts/menit.

c) Riwayat Kehamilan Ibu / Kelahiran dan Neonatal:
Ibumengatakansaathamilmengalamikeluhanmualatau muntah, rutin memeriksakan kehamilannya di dokter kandungan. Pasien lahir cukup bulan dan lahir secara operasi Caesar. Ibu melahirkan di rumah sakit dibantu dengan dokter dan bidan. Berat badan lahir 3.000 gr, panjang 43cm.

d) BUGAR: Ibu mengatakan saat pasien lahir (operasi SC) anaknya langsung menangis kuat, pergerakan aktif, dan kulitberwarnakemerahan.Danpasienlahirdengancukup bulan (9bulan).

e) Kelainan bawaan/ Trauma kelahiran : Tidakada

f) Riwayat Tumbuh Kembang sebelumsakit
Ibu mengatakan pasien sebelum sakit BB pasien 16 kg danTB90cm,danibumengatakansemenjaksakitpasien tidak mengalami penurunan beratbadan.

(1) Usia 4 tahun
Ibu mengatakan pada usia 4 tahun pasien sudah bisa berdiri menggunakan satu kaki, meloncat dengan satu kaki, ataupun menggambar garis lurus, lingkaran dan persegi.Pasiensudahmampumembukatutuprisleting celana serta memasang kancing baju, dan sudah mengertijikadiberiinstruksiuntukmelakukansuatuhal dengan sopan dan menurutiaturan.

g) Riwayat Alergi: Ibu pasien mengatakan bahwa pasien tidak ada riwayat alergi, baik itu obat-obatan, makanan, minuman, zat-zat kontak lainnya misalnyasabun.

h) CatatanVaksinasi

Jenis Vaksinasi	**0**	**I**	**II**	III
BCG		1 bulan	-	-
DPT		2 bulan	3bulan	4bulan
Polio	Saat lahir	2bulan	3bulan	
Hepatitis B	Saat lahir	2bulan	3bulan	4bulan
Campak		9 bulan	-	4bulan
				-

b. Riwayat penyakit yang pernahdialami:
   Ibu pasien mengatakan pasien pernah di rawat ± 1 tahun yang lalu karena bronkopneumonia.

c. Riwayat kesehatan keluarga:
   Ibu pasien mengatakan tidak ada penyakit keturunan dan penyakit menular yang dialami anggota keluarga

d. Pemeriksaan fisik:
   a) Kebersihanrambut : Tampakbersih
   b) Kulitkepala : Tampakbersih
   c) Kebersihankulit : Tampakbersih
   d) Kebersihanronggamulut : Tampakbersih
   e) Kebersihan genetalia/anus : Tidak dikaji

b. Pola Nutrisi danMetabolik

1) Keadaan sebelum sakit:

Ibu pasien mengatakan sebelum sakit pasien makan 3 kali sehari dengan menghabiskan satu porsi makanan yang disediakan dengan lauk pauk berupa nasi, ikan, telur goreng, ayam goreng. Pasien biasanya minum air putih dalam sehari 5-6gelas(1.500cc)ditambahsaatpagiharipasienbiasanya minum susu 1 gelas/hari(200cc).

2) Keadaan sejak sakit:

Ibu mengatakan pasien kurang nafsu makan karena jika menelantenggorokannyaterasasakit,pasienhanyamakan4 sendokbuburyangdisediakan.Pasienmengeluhmualsetiap kali makan dan minum air putih ± 3 gelas dalam sehari (600 cc).

3) Observasi:

Pada saat pengkajian didapatkan data Tampak pasien makan bubur hanya 5 sendok makan, tampak pasien minum ¼ gelas (70 cc) tampak mukosa bibir kering, dan pecah-pecah. Tampak mata pasien cekung, dan tampak terpasang infus RL 300cc.

4) Pemeriksaan fisik:

a) Keadaan rambut : Mudah patah/rontok
b) Hidrasikulit : Finger print kembali > 3detik
c) Palpebra/conjungtiva : Tampakcekung
d) Sclera : Tampak tidakikterik
e) Hidung : Septum berada ditengah
f) Ronggamulut : Tidak adaperadangan
g) gusi : Tidak adaperdarahan
h) Kemampuan mengunyah keras : Tampak pasien mampu mengunyah yangkeras
i) Lidah : Tampakkotor

j) Pharing : Tampak tidak adaperadangan

k) Kelenjar getah bening : Teraba tidak ada pembesaran

l) Kelenjar parotis : Teraba tidak adapembesaran

m) Abdomen:

Inspeksi : Tampak kembung

Auskultasi : 38 x/menit

Palpasi : Teraba nyeri

Benjolan tidakada

Perkusi : Asites ☐ Positif ☑ Negatif ☐

n) Kulit:

Edema:Positif ☐ Negatif ☑

Icterik:Positif ☐ Negatif ☑

Tanda-tanda radang : Tidak ada

Lesi : Tampak tidak adalesi

c. PolaEliminasi

1) Keadaan sebelum sakit :

Ibu mengatakan pasien BAB dan BAK normal, pasien BAB 1 - 2 kali sehari dengan konsistensi padat berwarna cokelat dan BAK 3 - 4 kali sehari urine berwarna kuningjernih.

2) Keadaan sejak sakit:

Ibu mengatakan selama di rawat di Rs pasien BAB lebih dari 3 kali dengan konsistensi encer berwarna hijau BAK hanya 2 kali sehari ± 400 cc dengan warna kuning pekat berbau amoniak.

3) Observasi:

Pada saat pengkajian tampak pasien BAK ± 100 cc dengan warna kuning pekat. Tampak pasien BAB encer berwarna hijau. Pasien juga tampak berkeringat.

4) Pemeriksaan Fisik:

PalpasiKandungKemih: ☐ Penuh ☑ Kosong

Mulut Uretra: Tidakdikaji

Anus:

Peradangan : Tidak dikaji

Hemoroid : Tidak dikaji

Fistula : Tidak dikaji

d. Pola Aktivitas danLatihan

1) Keadaan Sebelum Sakit:

Ibu mengatakan sebelum sakit pasien adalah tipe anak yang sangat aktif dan sering bermain dengan anak tetangganya.

2) Keadaan Sejak Sakit:

Ibu mengatakan semenjak sakit pasien tidak dapat bermain seperti biasanya karena Pasien mudah mengalami sesak nafas dan hanya bisa berbaring di atas tempat tidur

3) Observasi:

a) Aktivitas Harian :

Makan 4

Mandi 4

Pakaian 4

Kerapihan 4

Buang air besar : 4

Buangairkecil 4

0 :mandiri
1 : bantuan denganalat
2 : bantuanorang
3 : bantuan alat dan orang
4 : bantuan penuh

Mobilisasi di tempat tidur: 0

Kesimpulan : Hampir seluruh kebutuhanpasien memerlukan bantuan penuh.

Anggota gerak yang cacat : Tidak ada

Fiksasi: Terpasang infus di tangan kanan

Tracheostomi: Tidak ada

4) PemeriksaanFisik:

a) Perfusi pembuluh perifer kuku : Perfusi kembalidalam 1 Detik

b) Thorax dan pernapasan

Inspeksi:

Bentukthorax : Simetris kiri dankanan

Sianosis : Tampak tidaksianosis

Stridor : Tidak dikaji

Auskultasi

Suaranapas : bronchovesikuler

Suaraucapan : Tidak dikaji

Suaratambahan : Tidakada

c) Jantung

Inspeksi:

Ictus cordis : Tidak tampak

Palpasi:

Ictus cordis : teraba pada ICS Vlinea mid clavikularis sinistra.

Auskultasi:

Bunyi jantungII A : Tunggal di ICS IIlinea sternalis dekstra

Bunyi jantungII P : Tunggal di ICS IIlinea sternalis sinistra

Bunyi jantungIT : Tunggal di ICS IVlinea sternalis sinistra

Bunyi jantungI M : Tunggal di ICS V linea clavikularis sinistra

Bunyi jantung II irama gallop: Tidak dikaji

Murmur : Tidak dikaji

HR : Tidakdikaji

BruitAorta : Tidakdikaji

A.Renalis : Tidakdikaji

A. Femoralis : Tidakdikaji

d) Lengan dantungkai

Atrofiotot : ☐ Positif ☑ Negatif

Rentang gerak : Bebas

Kaku sendi : Tampak tidak ada

Uji kekuatan otot:	Kanan	Kiri
Tangan	5	5
Kaki	5	5

Refleks fisiologi : Bisep (+) dan Trisep (+) Patela(+)

Reflekspatologi :

Babinski,Kiri : ☐ Positif ☑ Negatif

Kanan : ☐ Positif ☑ Negatif

Clubing jari-jari : Tidakada

e) Columna vertebralis:

Inspeksi :

Kelainan bentuk : Tidak ndikaji

Palpasi :

Nyeritekan : Tidakdikaji

Kakukuduk : tidak ada

e. Pola Tidur danIstirahat

1) Keadaan sebelum sakit:

Ibu mengatakan pasien jarang tidur siang, sedangkanmalam haritidurpukul20.00danbangundipagihari07.00.Sebelum pasientidur,pasienminumsusu,kadangpasienmenontontv. Kondisi tidur dalam keadaan lampumenyala.

2) Keadaan sejak sakit:

Ibumengatakansejaksakitpasienlebihseringtidursaatpagi dan siang hari sedangkan di malam hari kualitas tidur pasien tidak nyenyak pasien sangat rewel di malamhari.

3) Observasi:

4) Ekspresi wajah mengantuk : ☐ Positif ☑ Negatif
Banyakmenguap : ☐ Positif ☑ Negatif
Palpebra inferior berwarna gelap: ☐ Positif ☑ Negatif

f. Pola PersepsiKognitif

1) Keadaan sebelum sakit:

Ibupasienmengatakanjikapasienmerasasakitpasienselalu mengungkapkan kepada saudara atau orangtuanya. Ibu pasien mengatakan pasien sudah bisa bicara denganbaik.

2) Keadaan sejaksakit:

Ibu pasien mengatakan bahwa pasien sering mengeluh nyeri pada perut dan kepala dengan skala nyeri 4 (cukup mengganggu) Pasien juga sangat rewel dan seringmenangis

3) Observasi : Tampak pasienmerinti

4) Pemeriksaan Fisik:

a) Penglihatan

Cornea : Jernih
Pupil : isokor, mengecil saat diberirangsangan Cahaya
Lensamata : jernih

b) Pendengaran

Pina : Tampak simetris kiri dankanan

Kanalis : Tampak tidak ada serumen

Membrantimpani : Tampak utuhmemantulkan cahaya

g. Pola Persepsi dan KonsepDiri

1) Keadaan sebelum sakit :

Ibu mengatakan bahwa anaknya adalah seorang perempuan yang sangat cantik. Ibu mengatakan bahwa pasien lucuserta sangat menyenangkan untuk diajakbermain.

2) Keadaan sejak sakit:

Ibu mengatakan pasien sejak sakit lebih banyak berbaring ditempat tidur dan pasien selalu gelisah karena demam selama berada di rumahsakit.

3) Observasi:

Tampak pasien lemah dan gelisah karena demam.

a) Kontakmata : tampakada

b) Rentang perhatian : tampak rentangperhatian kurang

c) Suara dan cara bicara : terdengarjelas

4) Pemeriksaan fisik:

a) Kelainan bawaan yang nyata: Tidakada

b) Abdomen

Bentuk : tampak kembung

Bayanganvena : Tampak ada

Benjolanmassa : Teraba tidakada

h. Pola Peran dan Hubungan denganSesama

1) Keadaan sebelum sakit :

Ibu mengatakan pasien dekat dengan ibunya, mudah bergaul dengan orang lain yang dekat dengan rumahnya.

2) Keadaan sejak sakit:

Ibu mengatakan sejak sakit dan di rawat di Rs pasien selalu mengeluh untuk pulang ke rumah.

3) Observasi :

Tampak pasien hanya dekat dengan ibunya dan hanya mau di gendong dengan ibunya.

i. Pola Reproduksi danSeksualitas

1) Keadaan sebelum sakit :

Ibu mengatakan berpenampilan selayaknya anak perempuan dan berperilaku seperti perempuan.

2) Keadaan sejak sakit:

Ibu mengatakan sejak sakit pasien tidak mengalami masalah terkait organ reproduksinya

3) Observasi:

Tampak pasien berpenampilan selayak anak perempuan.

j. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi terhadapStres

1) Keadaan sebelum sakit

Ibu mengatakan bila pasien marah, pasien hanya menangis dan diam

2) Keadaan sejak sakit:

Ibu mengatakan pasien sering menangis dan rewel

3) Observasi:

Tampak pasien berbaring dan menangis ketika di ajak berbicara dengan perawat.

k. Pola Sistem NilaiKepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit :

Ibu pasien mengatakan pasien menganut agama Islam sama seperti orang tuanya. Ibu pasien mengatakan mereka selalu sholat bersama.

2) Keadaan sejak sakit:

Ibu mengatakan tidak ada tindakan keperawatan yang bertentangan dengan nilai keagamaan pasien.

3) Observasi:

Tampak ada tasbih dan alquran kecil tempat tidur.

Tanda Tangan Mahasiswa Yang Mengkaji,

( )

5. PemeriksaanPenunjang

NamaPasien : Adik“A”

Usia : 4tahun

JenisKelamin : Perempuan

Tanggalpemeriksaan : 03 Maret2019

Parameter	Hasil	Satuan	Nilai Normal
WBC	L.3.40	10^3/Ul	[5.0 ---- 13.0]
RBC	L.3.60	10^6/Ul	[3.8---- 5.4]
HGB	L.11.0	g/Dl	[12.0 ----15.0]
HCT	L.30.9	%	[34 ---- 49]
PLT	L.97	10^3/ul	[11.5 ----14.5]
Anti Dengue IgG	Positif		Negatif

Tanggal Pemeriksaan 04 Maret 2019

Parameter	Hasil	Satuan	Nilai Normal
WBC	L. 290	10^3/Ul	[5.0---- 13.0]
RBC	4.22	10^6/Ul	[3.8---- 5.4]
HGB	12.3	g/Dl	[12.0 ----15.0]
HCT	35.0	%	[34 ---- 49]
PLT	L.168	10^3/ul	[11.5 ----14.5]
Anti Dengue IgG	Positif		Negatif

B. ANALISADATA

Nama /Umur : Adik'A'/ 4 tahun

Ruangan/Kamar : St.Yosep 3 /3012

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	DS - Ibu mengatakan pasien hanya minum air putih 3 gelas dalam sehari (600cc) - Ibu mengatakan pasien BAB ± 3-4 kali dengan konsistensi encer berwarna hijau - Ibu mengatakan di rumah pasien muntah sudah 3 kali DO - Tampak keadaan pasienlemah - Tampak mukosa bibir kering dan pecah-pecah. - Tampak turgor kulit tidakelastis - Finger print>3detik - Tampak pasien muntah50cc	Kehilangan cairan aktif	Kekurangan volume cairan

2.	- Tanda-tanda vital TD: 80/60 mmhg N : 88 X/menit S :39^{0}C P : 28 X/menit DS - Ibu pasien mengatakan anaknya demam di rumah sudah 3hari yanglalu - Ibu pasien mengatakan sempat memberikan obat paracetamol namun demam pasien tidakturun. - Ibu pasien mengatakan pasien sering gelisah di malam hari. DO - Tampak keadaan pasienlemah - Tampak badan pasien teraba hangat - Tampak mukosa bibir kering	Penyakit	Hipertermi

	- Tampak pasien rewel - Tampak bintik-bintik merah pada lengan kiriatas. - Tanda-tanda vital TD:80/60 mmhg S: 39^0c P : 28x/menit N : 88x/menit - HGB :11.0 g/dL - PLT: 9710^3/uL - Pemeriksaan Imunoserologi : Tgl 03/03/2019 Anti Dengue NS1:POSITIF*		
3.	DS: - Ibu mengatakan pasien malas minum - Ibu mengatakan pasiengelisah DO - Tampak pasien lemah - Tampak pasien gelisah - Tampak ada bintik merah padalengan kiriatas		Resiko Syok

	- Tampak mukosa bibirkering - Tampak mata pasiencekung - Tampak fingerprint kembali >3detik - Tanda-tanda vital: TD: 80/60 mmhg N : 88^{x}/menit S : 39^{o}c P : 28 ^{x}/menit - Pemeriksaan Imunoserologi : Tgl 02/03/2019 Anti Dengue NS1:POSITIF*		

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama/Umur: Adik” A”/ 4 tahun

Ruangan/Kamar : St. Yosep 3 /3012

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN
1.	Kekurangan Volume Cairan Berhubungan Dengan Kehilangan Cairan Aktif
2.	Hipertermi Berhubungan Dengan Penyakit
3.	Resiko Syok

D. RENCANAKEPERAWATAN

Nama/Umur : Ad. “A”/ 4 tahun

Ruangan/ kamar: St.Yosep 3 /3012

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Hasil Yang Diharapkan	Rencana Tindakan
			Meliputi: tindakan keperawatan, tindakan observatif, penyuluhan, kolaborasi dokter
03/03/2019	Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif di tandai dengan : DS : - Ibu mengatakan pasien hanya minum air putih 3 gelas dalam seharis (600cc)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan ± 3X24jam di harapkan pasien mampu menunjukkan keseimbangan cairan yang dibuktikan dengan criteria hasil sebagai berikut: 1. Mata tidakcekung 2. Pasien tidakgelisah	1. Kaji keadaan umum pasien 2. Pantau jumlah, warna dan frekuensi kehilangancairan 3. Pantau status hidrasi (kelembapan membrane mukosa) 4. Observasi intake dan output cairan /24 jam 5. Pantau hasillab 6. Anjurkan orang tua untuk memberikan minum air putih ±1.500-2.000cc

	- Ibu mengatakan pasien selalu gelisah - Ibu pasien mengatakan - pasien BAB ±3-4 kali dengan konsistensi encer berwarna hijau - Ibu mengatakan di rumah pasien muntah sudah 3 kali DO : - Tampak pasien lemah - Tampak mukosa bibir keringdan pecah-pecah	3. Finger print kembali < 3 detik 4. TD : 120/90 mmhg	7. Kolaborasi dengan dokter dalam hal pemberian cairan iv dan obat

	- Tampak turgor kulit tidakelastis - Finger print kembali dalam >3 detik - Tampak pasien muntah50cc - TD : 80/60 N :88x/menit P :28x/menit S:39°c		

Nama/Umur : Ad. “A”/ 4 tahun

Ruangan/kamar : St.Yosep 3 /3012

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Hasil Yang Diharapkan	Rencana Tindakan
			Meliputi: tindakan keperawatan, tindakan observatif, penyuluhan, kolaborasi dokter
03/03/2019	Hipertermi berhubungan dengan penyakit, yang ditandaidengan: DS : - Ibu mengatakan anaknya demam dirumah sudah 3 hari yanglalu - Ibu pasien mengatakan sempat	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ± 3X24 jam di harapkan pasien akan menunjukkan termoregulasi yang di buktikan dengan criteria hasil sebagai berikut : 1. Keadaan umum pasienmembaik 2. Pasien tidak mengalamidemam	1. Pantau suhu dan tanda-tanda vital lainnya. 2. Beri kompres hangat pada daerah dahi atauaksila 3. Beri minum air hangat sedikit tapisering. 4. Anjurkan untuk memakai baju yangtipis. 5. Kolaborasi pemberian obat antipiretik danantibiotik.

	memberikan obat paracetamol namun demam pasien tidakturun - Ibu pasien mengatakan pasien sering gelisah di malam hari. DO : - Keadaan umum pasien tampak lemah. - Tampak pasien terabahangat - Tampak mukosa bibirkering - Tampak pasien rewel		

	- Tampak bintik-bintik merah pada lengan kiriatas - TTV: N : 88 x/menit S : 39^0C P : 28x/menit - Hasil laboratorium HGB : 11.0 g/Dl PLT : 97 10^3/Ul Pemeriksaan Imunoserologi: Tgl 02/03/2019 Anti dengue NS1:POSITIF*.		

Nama/Umur : Ad. “A”/ 4 tahun

Ruangan/kamar : St.Yosep 3 /3012

Tanggal	**Diagnosa Keperawatan**	**Hasil Yang Diharapkan**	**Rencana Tindakan** Meliputi tindakan keperawatan, tindakan observasi, kolaborasi dengandokter
03/03/2019	Resiko syok dengan ditandai dengan : DS : - Ibu pasien mengatakan pasien malasminum - Ibu pasien mengatakan pasien selalugelisah DO : - Tampak pasien lemah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan pasien mampu menunjukkan status hidrasi yang adekuat dibuktikan dengan kriteria hasil sebagai berikut : 1. Keadaan umum pasienbaik 2. Mukosa bibirlembab 3. Turgor kulitelastis 4. TTVnormal TD: 100/80 mmhg	1. Kaji keadaan umum pasien/ monitor tanda awalsyok 2. Pantau status hidrasi (kelembapan membrane mukosa) 3. Observasi intake dan output cairan/ 24jam 4. Anjurkan orang tua untuk memberikan minum airputih ± 1500 – 2000 cc

	- Tampak pasien gelisah - Tampak ada bintik merah pada lengan kiriatas - Tampak mukosa bibir kering - Tampak mata pasien cekung - Tampak finger print kembali > 3detik - TTV: TD : 80/60 mmhg P :28x/menit N : 88x/menit S :39°c - Hasil laboratorium: HGB : 11.0 g/Dl PLT : 97 10̂3/Ul		5. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian cairan IV dan obat

	HCT : 30.9% - Pemeriksaan Imunoserologi : Tgl 02/03/2019 Anti Dengue NS1 : POSITIF*		

E. PELAKSANAAN KEPERAWATAN

Nama /Umur : Adik'A'

Ruangan/Kamar : St.Yosep 3/3012

Hari/Tanggal	No Diagnosa	Waktu	Pelaksanaan keperawatan	Perawat
Senin 04 Maret 2019	I	08:00	Memantau cairan pasien Hasil: Terpasang RL 500 ml, 20 tetes/menit	Donata
	I	08:10	Memantau warna dan jumlah frekuensi kehilangan cairan pasien Hasil : Ibu mengatakan pasien muntah dengan frekuensi 2kali±100ccberisiairdan bubur berwarna kuning .	Donata
	II dan III	09:00	Memantau tanda-tanda vital. Hasil : TD: 80/60 mmhg N : 80x/menit S : 38,5 ^{0}c P : 28x/menit	Donata
	III	09:10	Monitor tanda awal syok Hasil : - Tampak mukosa bibir kering dan pucat	Donata

			- Tampak pasien gelisah - Tampak bintik merah padalengan kiriatas	
	I		Menganjurkan asupan cairan oral Hasil : - Tampak pasien minum air putih 120 cc	Donata
	II		Menganjurkan kompres hangat Hasil : - Tampak ibu melakukan kompreshangat	Donata
	II	09:30	Memberikan obat Hasil : - Paracetamol infus 160mg	Jesika
	III	12:00	Melakukan kolaborasi pemberianobat Hasil : - Isprinol syrup 1cth - Psidi syrup 1 cth	Jene
	II	12:10	Menganjurkan asupan cairanoral. Hasil :	Jene

			- Tampak pasien minum air putih 100 cc - Ibu mengatakan pasien minumsusu 100 cc	Donata
	I	12:20	Memantau warna dan jumlah kehilangan cairan Hasil : - Ibu mengatakan pasien muntah 1 kali ± 50 cc berisi air - Bab encer 2kali ±100cc berwarna hijau - Urine 200 cc	
	I	13:00	Memantau tanda-tanda vital. Hasil : TD: 80/70 mmhg N : 80 x/menit S : 37,5^{o}c P : 28 x/menit	Donata
		13:10	Monitor intake dan output Hasil : Cairan masuk - Infus : 330cc - Ap + susu:320cc - Jumlah = 666 cc Cairan keluar	Donata

			- Urine : 70cc - Muntah : 150cc - bab : 100 cc jumlah : 320cc	
	I	14:00	Memantau status hidrasi kulit Hasil : - Tampak fingerprint kembali > 3detik - Tampak mukosa bibir kering dan pecah-pecah	Gresensia
		14:05	Menganjurkan asupan cairan oral Hasil : - pasien minum air putih 120cc	Gresensia
		16:00	Monitor cairan Hasil : - Terpasang RL 500 cc - Masuk 170 cc	Gresensia
		16:00	Melakukan kolaborasi pemberianobat. Hasil : - Metrodinazole 100 mg	Isabella
	I	17:00	Monitor tanda-tanda vital Hasil : - TD:80/70mmhg - N : 80x/menit	

			- S : 37,5^{o}C - P :29x/menit - mg/8 jam/IV	Gresens ia
	II	17:10	Memantau status sirkulasi oksigen Hasil : - Tampak terpasang0_2 Nassal kanul (3liter)	Lili
	II dan III	17:15	- Ibu mengatakan pasiensesaknafas Memantau statushidrasi kulit Hasil : - Tampak fingerprint kembali dalam 4 detik	Lili
		19:00	Memantau warna dan jumlah serta frekuensi kehilangan cairan Hasil: - Ibu pasien mengatakan pasien BABencer 3 kali dengan frekuensi 150cc - Tampak pasien muntah 100cc	Gresens ia
	III	20:00	Memberikan obat Hasil :	

			- Ceftriaxone 500 mg - Omeprazole 3cc - Ispinol	Gresens ia
			Menganjurkan asupan cairanoral Hasil : - Tampak pasien minum air putih 150 cc	Gresens ia
	I	21:00	Memantau Tanda-tanda vital Hasil : TD: 90/60 mmhg N :84 x/menit S : 37,5^{o}C P : 26 x/menit	Gresens ia
	I	21:10	Monitor output Hasil : - Urine : 200cc - Bab : 150 cc	
	I	21:15	Monitor intake dan output Hasil : Cairan masuk Infus : 500cc (sisa 170 cc) Ap : 270 cc Jumlah : 770 cc Cairan keluar Bab : 150 cc	Gresens ia Lili

			Urine : 70 cc Muntah :100 cc Jumlah : 320 cc	
Selasa 05/03/2019	I	00:00	Monitor cairan Hasil : - Terpasang RL 500 cc - Masuk 170 cc	
	II dan III	01:00	Memantau tanda-tanda vital dan tanda awal syok. Hasil : TD :90/60 mmhg N :84x/menit S :38,5^{0}c P :26 x/menit - Akralhangat - Tampak bintik merah padalengan kiripasien	Isabella Perawat ruangan
	I		Menganjurkan ibu untuk melakukan kompres hangat. Hasil : - Tampak pasien sedang di kompres hangat Menganjurkan ibu untuk memakaikan pakaian yang tipis Hasil :	Perawat ruangan

			- Tampak ibu mengganti pakaian pasien	Kristina
			Menganjurkan asupan cairan oral minimal 2 liter/hari Hasil : - Ibu pasien mengatakan pasien masih malasminum - pasien minum air putih 100cc	Isabella
		01:20	melakukan pemberian obat Hasil : - Paracetamol 160mg	
		05:00	Monitor tanda-tanda vital Hasil : TD :90/60 mmhg N :80x/menit S:36.8^{0}C P :26x/menit	Perawat ruangan Kristina
	I	08:00	Monitor cairan Hasil : - Terpasang RL 500 ml, 20tetes - Masuk 500 cc Monitor input danoutput dalam 24 jam	 Melani

	II dan III		Hasil : Cairan infus: 1500cc Ap: 690cc Susu : 100 c Jumlah = 2290 cc Cairan keluar Urine : 200cc Muntah : 250 cc BAB : 350 CC Intake dan output CM :2290 cc CK : 800 cc IWL = 416 IWL demam = 1047,2 Balance = CM–(CK + IWL) Balance=2290-(800+1047,2) = 2290-(1847,2) =442,8 cc/ 24 jam	Melani
		09:00	Melakukan pemberian obat Hasil : - Metrodinazole 100 mg	
		09:15	Monitor tanda-tanda vital Hasil : - TD: 90/70mmhg - N :88x/menit	Monika

			- P:26x/menit - S: 37,5 ^{o}c	
			Menganjurkan asupan cairan oral Hasil : - Tampak pasien minum air putih 150 cc	Monika
	III	09:20	Memantau tanda-tanda awal syok. Hasil : - TD: 90/70mmhg - Tampak pasien gelisah	Gresensia
			- Tampak bintik merah padalengan kiriatas	Gresensia
	II		Memantau saturasi 0ksigen Hasil : - Terpasang O_2 Nassal kanul (3 liter) - Tampak pasien sulitbernafas - Tampak pasien menggunakan pernafasanperut	Gresensia
	I	12:00	Melakukan kolaborasi pemberian obat	

			Hasil : - Isprinol syrup/1cth - Psidi syrup / 1 cth	
			Menganjurkan asupan cairanoral Hasil : - Tampak pasien minum air putih 100 cc	Perawat ruangan
	I	13:00	Memantau Tanda-tanda vital Hasil : TD: 100/60 mmhg N : 88 x / menit S: 37^0C P: 28x/menit	Gresensia Monika
		13 : 10	Memantau status hidrasi Hasil : - Tampak mukosa bibir mulai lembab pecah-pecah berkurang	
		13:15	Memantau warna.jumlah frekuensi kehilangan cairan Hasil: - Ibu mengatakan pasien sudah tidak muntah hanya merasa mual kadang-kadang.	Gresensia

			- Bab 2 kali sudah ada ampas ± 100 cc berwarnahijau	Gresensia
		14:00	Monitor intake dan output cairan Hasil: Cairan masuk Infus :390 cc AP: 250 cc Jumlah : 640 Cairan keluar Urine : 150 cc BAB: 100 cc Jumlah : 250 cc	Donata
		16:00	Monitor cairan Hasil : - Terpasang cairan RL 500, 20tetes - Masuk 110 cc	
	III	17:00	Memantau tanda-tanda vital Hasil : TD: 100/60 mmhg N: 88 x/menit P:26x/menit S: 38^0C	Donata
	II dan III	17:05	Menganjurkan ibu untuk melakukan kompres hangat Hasil :	

	III III <

			- Ibu mengatakan pasien muntah1 kali 50 cc - Ibu mengatakan pasien sudah tidak BAB encerlagi	Donata
	II	20:05	Melakukan pemberian obat Hasil : - Ceftriaxone 500 mg - Omeprazole 3cc - Psidi syrup 1cth - Ispinol syrup 1 cth	Perawat ruangan Lili
	I	20:10	Menganjurkan asupan cairanoral Hasil : - Tampak pasien minum air putih 150 cc	
	II dan III	21:00	Monitor output Hasil : - Urine 250 cc	Donata
	I		Monitor intake dan output Hasil : Cairan masuk - infus : 440cc - Air putih :470cc - Susu :100 Jumlah : 1010cc Cairan keluar	 Donata

			- Urine : 250cc - Muntah : 50 cc Jumlah : 300cc	
	II	21:20	Memantau tanda-tanda vital Hasil : TD: 100/70 mmhg N :90 x/menit S : 37,6^{o}C P : 26 x/ menit Menganjurkan asupan cairanoral Hasil : - Tampak pasien minum air putih 220 cc	Donata
	III		Memantau saturasi oksigen Hasil : - Terpasang0_2 Nassalkanul(2 liter) - Tampak pasien bernafas agak ringan - Tampak pasien menggunakan pernafasanperut	Kristina Kristina Perawat ruangan

Rabu 06/03/2019	I	00:00	Monitor cairan Hasil : - Terpasang RL 500 ml, 20tetes/menit - Masuk 170 cc Melakukan pemberian obat Hasil : - Metrodinazole 100 mg	
	II dan III	05:00	Memantau tanda-tanda vital Hasil: TD: 100/70 mmhg N :90x /menit S : 37^{o}c P: 24 x/menit	Melani Perawat ruangan
	II		Monitor tanda awal syok Hasil : - Tampak pasien tidak terlalugelisah - Tampak bibir lembab - Tampak bintik-bintik merah berkurang	Melani
	III	08:00	Monitor cairan Hasil : - Terpasang RL 500 ml,20tetes - Masuk 500cc	Kristina

			Melakukan pemberian obat Hasil : - Metrodinazole 100 mg Monitor output cairan 8 jam Hasil : - Urine : 150 cc	Donata
	I	09:00	Monitor tanda-tanda vital Hasil : TD: 100/80 mmhg N : 90 x/menit P : 24 x/menit S :37,5^{o}C	Donata
	II	09:05	Menganjurkan asupan cairanoral Hasil : - Tampak pasien minum susu 100cc - Air putih 100cc	Donata
			Memantau saturasi 0ksigen Hasil : - Tampak sudah tidak terpasang oksigen	

			- Tampak pasien menggunakan pernafasandada - Tampak tidak mengalami kesulitanbernafas	Donata
	I	09:10	Monitor input output dalam 24 jam Hasil : Cairan masuk - Infus : 1500cc - Air putih :1040cc - Susu : 200 cc Jumlah :2740cc Cairankeluar - Urine : 350cc - Muntah: 50cc - BAB : 100 cc+ Jumlah: 500cc Intake dan output CM:2740 cc CK :500 cc IWL :416 IWL demam:1074,2 Balance = CM-(CK +IWL) =2740-(500+1047,2) = 2740-1574,2 = 1165,8 cc	Donata Donata
	II	12:00	Melakukan pemberian obat Hasil :	

			- Isprinol syrup 1cth - Psidi syrup 1 cth	
		13:00	Menganjurkan asupan cairanoral Hasil : - Ibu mengatakan pasien menghabiskan air putih 220cc - Tampak pasien minum air putih 150cc.	Isabella
		13:05	Memantau tanda-tanda vital Hasil : TD: 100/80 mmhg N : 88 x/menit S:37^{o}C P:24x/menit	Donata
	I		Memantau warna dan jumlah frekuensi kehilangan cairan pasien Hasil : - Ibu mengatakan pasien sudah tidak mual dan muntah lagi - Ibu mengatakan pasien sudah tidak BABencer	Legia
	III	13:10	Memantau tanda syok	

			Hasil : - Ibu mengatakan pasien sudah tidak gelisah - Tampak mukosa bibirlembab - Teraba denyut nadikuat - Tampak bintik merah padalengan kiri atas mulai menghilang Memantau statushidrasi - Finger print kembali dalam <3 detik	Legia Donata
	II dan III	14:00	Monitor output Hasil : - Urine : 100 cc Monitor intake dan output Hasil : Cairan masuk - Infus : 330cc - Air putih : 370 cc Jumlah : 700cc Cairan keluar - Urine : 150 cc	
	I	16:00	Memantau Tanda-tanda Vital : Hasil : - TD :100/80mmhg	Donata

			- N :96x/menit - P :24x/menit - S :36,8˚c	Gresensia
	III	17:30	Kolaborasi pemberian obat: Hasil : Ceftriaxone 500 mg	
		19:00	Memantau tanda syok Hasil : - Ibu mengatakan pasien sudah tidak gelisah - Tampak mukosa bibirlembab - Teraba denyut nadikuat - Tampak bintik merah padalengan kiri atas mulai menghilang	Legia
		20:05	Melakukan pemberian obat Hasil : - Isprinol syrup 1cth - Psidi syrup 1 cth	Gresensia
	I	20:15	Monitorcairan Hasil : - Terpasang RL 500 ml,20tetes - Masuk 500cc	Gresensia

	III	21:00	Menganjurkan asupan cairanoral Hasil : - Ibu mengatakan pasien menghabiskan air putih 220cc - Tampak pasien minum air putih 150 cc	Gresensia

F. EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : An. A. N / 4 Tahun

Ruang/ kamar : Yoseph 3 anak/3012

Tanggal	Evaluasi SOAP	Perawat
04/03/2019	DP I : Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif S : - Ibu pasien mengatakan pasien mengeluh mual dan muntah±100 cc muntah berisikan air dan bubur berwarna kuning - Ibu pasien mengatakan badananak lemas - Ibu pasien mengatakan pasien minum air putih 120 cc + susu 100cc - Ibu pasien mengatakan BAB encer2 kali ±100 cc berwarnahijau O : - Tampak pasien berbaring lemah diatas tempattidur - Tampak finger print kembali > 3detik - Tampak mukosa bibir kering dan pecah-pecah - Balance cairan : Cairan masuk : Cairan infus: 1500cc AP : 690cc Susu: <u>100 cc+</u>	Donata dan Gresensia

	Jumlah : 2290 cc Cairan keluar Muntah : 250 cc Urine : 200cc BAB : 350 cc+ Jumlah : 800 cc IWL = 416 IWL demam = 1047,2 Balance = CM- (CK+ IWL) Balance = 2290 –(800+1047,2) =2290-(1847,2) = 442,8 cc/ 24 jam A : Pasien masih mengalami kekurangan volume cairan P : Lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5 DP II : Hipertermi berhubungan dengan penyakit S : - Ibu pasien mengatakananaknya masihdemam - Ibu pasien mengatakandemam anaknya turunnaik O : - Tampak suhu pasien38,5°C - Tampak ibu melakukan kompres hangat - Tampak pasien gelisah	Donata dan Gresensia

	A : Hipertermi belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5 DP III : Resiko syok S : - Ibu pasien mengatakan pasien pucat dangelisah - Ibu pasien mengatakan malasminum - Ibu pasien mengatakan terdapat bintik-bintik merah pada lengan kiri ataspasien O : - Tampak pasien pucat dangelisah - Tampak terdapat bintik-bintik merah pada lengan kiri ataspasien - TampakTTV: TD :80/60mmhg N: 80x/menit P : 28x/menit S : 38,5°c A : Belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi 1, 2, 3,4	Donata dan Gresensia

05/03/2019	DP I : Kekurangan volume cairan kekurangan kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif S : - Ibu pasien mengatakan pasientidak ada nafsumakan - Ibu pasien mengatakan pasien muntah 1 kali dengan frekuensi 50cc - Ibu pasien mengatakanpasien minum air putih 100cc - Ibu mengatakan pasien bab 2 kali sudah ada ampas ± 100ccberwarna hijau O : - Tampak pasien masihlemah - Tampak pasien minum air putih 150 cc - Balance cairan : Cairan masuk Parenteral :1500 cc AP : 1040cc Susu : 200 cc+Jumlah : 2740 cc Cairan keluar Urine : 350 cc Muntah : 50 cc BAB : 100 cc+ Jumlah : 500cc Intake dan output CM : 2740 cc	Donata dan Gresensia

	CK : 500 cc IWL = 416 IWL demam = 1074,2 Balance = CM- (CK + IWL) = 2740-(500+1074,2) =2740-1574,2 =1165,8 cc A : Kekurangan cairan belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1,2,3,4 DP II : Hipertermi berhubungan dengan penyakit S : - Ibu mengatakan demam pasien turun naik - Ibu mengatakan pasienmasih demam - Ibu mengatakan pasien masihgelisah O : - Tampak suhu pasien38°c - Tampak ibu mengompresanaknya - Tampak pasien masih terbaring lemah diatas tempattidur - Tampak ibu menggantipakaian pasien dengan pakaiantipis A : Hipertermi belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1,23,4,5	Donata dan Gresensia

	DP III : Resiko syok S : - Ibu pasien mengatakan pasien masih malasminum - Ibu pasien mengatakan pasien masih seringgelisah - Ibu pasien mengatakan pasien masih sedikitpucat - Ibu pasien mengatakan masihada terdapat bintik-bintik merah pada lenganpasien O : - Tampak TTV : TD :100/70mmhg N : 90x/menit P : 24x/menit S : 37°C - Tampak mukosa bibir pasienkering - Tampak bintik-bintik merah lengankiri pasien - Tampak pasien gelisah A : Belumteratasi P : Lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5	Donata dan Gresensia

06/03/2019	DP I : Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif S : - Ibu pasien mengatakan pasiensudah tidak muntah hanya kadang merasa mual - Ibu pasien mengatakan pasiensudah tidak BAB encerlagi - Ibu mengatakan pasien menghabiskan air putih 220cc O : - Tampak pasien minum air putih 150 cc - Finger print kembali dalam < 3detik - Tampak mukosa bibirlembab - Balance cairan : Cairan masuk -Infus : 330 cc -AP : 370cc+ Jumlah : 700 cc Cairan keluar -Urine : 200 cc A : Teratasi P : Hentikan intervensi	Donata dan Gresensia

	DP II : Hipertermi berhubungan dengan penyakit. S : - Ibu pasien mengatakananaknya sudah tidak demamlagi - Ibu pasien mengatakan pasiensudah tidak gelisahlagi O : - Tampak mukosa bibir mulailembab - Tampak finger print kembali dalam < 3detik - Tampak badan pasien tidak teraba panas - Tampak suhu pasien 36,8°c A : Hipertermiteratasi P : Hentikan intervensi DP III : Resiko syok S : - Ibu pasien mengatakan pasiensudah tidakgelisah - Ibu pasien mengatakan pasiensudah banyak minum - Ibu pasien mengatakan bintik-bintik pada lengan kiri pasien sudahmulai menghilang.	Donata dan Gresensia Donata dan Gresensia

	O : - Tampak TTV : TD : 100/80mmhg N : 90x/menit P : 24x/menit S : 37,5°C - Tampak pasien sudah tidakgelisah - Tampak bintik-bintik merah mulai berkurang - Teraba denyut nadi kuat A: Sudahteratasi P : Hentikan intervensi	

G. Daftar NamaObat

1. Psidisirup

a. Klasifikasi/golonganobat : Herbal

b. Dosisumum : 1-2 sendok takar (5 ml) 3 kali sehari

c. Dosisuntukpasien : 3 x 1cth

d. Carapemberianobat : Oral

e. Mekanisme kerja dan fungsiobat

Psidisirupadalahobatherbalterstandarrisasiyangmengandung ekstrak daun jambu biji. Psidi syrup dapat dikonsumsi sebagai suplemen penunjang untuk membantu meningkatkan trombosit. Psidi syrup berfungsi untuk menghambat mekanisme virus dengue dan meningkatkan jumlah GM-CSF yang menstimulus pembentukan megakariosit sebagai bahan awal trombosit. Psidi syrup digunakan untuk membantu meningkatkan jumlah trombosit.

f. Alasanpemberian

Karena pasien mengalami penurunan trombosit

g. Kontraindikasi

Psidii syrup tidak boleh digunakan untuk penderita dengan penyakit kardiovaskuler seperti : insufisiensi coroner, aritmiadan hipertensi berat dan tidak boleh dilakukan pemberian bersama ketoconazole dan derivate azole yang lain atau obat golongan makrolida.

h. Efeksamping

1) Gangguan saluran cerna
2) Anoreksia
3) Mual danmuntah
4) Sakitperut
5) mulutkering

2. Paracetamol
   a. Klasifikasi/golonganobat :Analgesik
   b. Dosisumum : 180mg
   c. Dosisuntukpasien : 160 mg/24jam
   d. Carapemberian obat IV
   e. Mekanisme kerja dan fungsiobat

      Paracetamol yaitu untuk mengurangi rasa sakit dengan cara menurunkan produksi zat dalam tubuh yang disebut prostaglandin. Prostaglandin adalah unsur yang dilepaskan tubuh sebagai reaksi terhadap kerusakan jaringan atau infeksi, yang memicu terjadinya peradangan demam, dan nyeri. Paracetamol menghalangi produksi prostaglandin sehingga rasa sakit saat demam berkurang.
   f. Alasanpemberian

      Obat yang diberikan kepada pasien yang bersangkutan karena pasien demam dan digunakan untuk menurunkan demam pasien.
   g. Kontraindikasi

      Jika dikonsumsi bersamaan dengan obat-obatan yang lain, paracetamol biasa menimbulkan reaksi berupa peningkatanefek samping atau justru mengurangi efektivitas paracetamol itu sendiri.
   h. Efeksamping

      Mual, sakit perut bagian atas, gatal-gatal, kehilangan nafsu makan dan sakit kepala.

3. Metronidazole
   a. Klasifikasi/golonganobat :antimikroba
   b. Dosisumum : 500mg
   c. Dosisuntukpasien : 160 mg/ 8jam
   d. Carapemberian obat IV
   e. Mekanisme kerja dan fungsiobat

      Metronidazole adalah obat antimikroba yang digunakan untuk mengobati berbagai macam infeksi yang disebabkan oleh mikroorganisme protozoa dan bakteri anaerob. Kedua jenis organisme ini dapat hidup dan berkembangbiak tanpa bantuan oksigen. Mereka sering menyebabkan infeksi pada bagian tubuh seperti rongga perut, rongga panggul, dangusi.
   f. Alasanpemberian

      Obat di berikan kepada yang bersangkutan karena DBD disebabkan oleh virus.
   g. KontraIndikasi

      Jangan digunakan untuk pasien yang memiliki riwayat hipersensitif pada trogyl suspense (Metronadazole) atau obat golongan nitroinidazole lainnya. Dan jangan menggunakan obat ini pada pasien hamil trimester pertama.
   h. Efeksamping
      1) Gangguanpengecapan
      2) Lidahkasar
      3) Gangguan saluran cerna (mual, sakit perut, dandiare)
      4) Kehilangan nafsumakan
      5) Penurunan beratbadan
      6) Sakit kepala danpusing

4. Ceftriaxone
   a. Klasifikasi/golonganobat : Antibiotik
   b. Dosisumum : 1 g
   c. Dosisuntukpasien : 160 mg/24jam
   d. Carapemberian obat IV
   e. Mekanisme kerja dan fungsiobat

      Ceftriaxone adalah obat yang digunakan untuk mengatasi berbagai infeksi bakteri. Obat ini bekerja dengan cara menghambat pertumbuhan bakteri atau membunuh bakteri dalam tubuh. Mekanisme kerja ceftriaxone sebagai anti mikroba yaitudenganmenghambatsintesidindingsel,dimanadindingsel berfungsi mempertahankan bentuk mikroorganisme dan menahan sel bakteri yang memiliki tekanan osmotic yang tinggi di dalam selnya.

      Tekanan dalam sel pada bakteri Gram-positif 3-5 kali lebihbesar dari bakteriGram-negatif.
   f. Alasanpemberian

      Obat di berikan kepada yang bersangkutan karena DBD disebabkan oleh virus.
   g. KontraIndikasi

      Ceftriaxone tidak boleh digunakan pada neonatus hiperbilirubinemik (penyakit kuning), terutama mereka yang premature karena ceftriaxone dilaporkan berpotensi menyebabkan ensefalopati bilirubin (kelainan status mental akibat kadar bilirubin yang meningkat). Penggunaan bersamaan dengan larutan/ produk yang mengandung kalsiumintravena pada neonates (bayi berusia ≤ 28 hari) tidak dapat dilakukan, bahkan jika diberikan melalui jalur infus yang berbeda karena kasus fatal yang dapat terjadi (walupun sangat jarang) dari endapan kalsium ceftriaxone di paru-paru dan ginjal neonatal.

h. Efek sampingobat
    1) Nyeritenggorokan
    2) Nyeriperut
    3) Mual
    4) Muntah
    5) Diare
    6) Feses menjadihitam
    7) Napaspendek
    8) Perdarahan atau memar yang terjadispontan
    9) Kelelahan atau merasalemas

5. Isprinol
   a. Klasifikasi/golonganobat : Anti infeksi
   b. Dosisumum : 50 mg/kg BB perhari
   c. Dosisuntukpasien : 3x1 cth
   d. Carapemberianobat : Oral
   e. Mekanisme kerja danfungsi

      Isprinol sirup adalah obat yang mengandung methisoprinol yang digunakan untuk meningkatkan daya tahan tubuh dan menyembuhkan penyakit-penyakit akibat infeksi yang disebabkan oleh virus atau penyakit yang menyebabkan lemahnya system kekebalan tubuh.
   f. Alasanpemberian

      Obat di berikan kepada yang bersangkutan karena DBD disebabkan oleh virus.
   g. Kontraindikasi

      Obat isprinol tidak boleh diberikan kepada ibu hamil dan bayi. Pemberian obat isprinol juga tidak bisa dilakukan kepada pasien yang memiliki masalah pada organ ginjal dan pasien yang memiliki riwayat penyakit asam urat termasuk hyperurisemia.
   h. Efeksamping
      1) Mual danmuntah
      2) Merasa tidak enakbadan
      3) sakitperut
      4) Sering buang airkecil
      5) Kadar asam urattinggi
      6) Diare

6. Omeprazole
   a. Klasifikasi/golonganobat : antisekresi
   b. Dosis : 20mg
   c. Dosisuntukpasien : 1/3 amp/12jam
   d. Carapemberian obat IV
   e. Mekanisme kerja dan fungsiobat:

      Omeprazole termasuk dalam golongan obat yang disebut penghambat pompa proton *(PPI= proton pump inhibotor).* Obat-obatan lain yang segolongan diantaranya lansoprazole, esomeprazole, dan pantoprazole. Cara kerja dan fungsi *omeprazole (PPI) obat-obat PPI tersebut (termasuk omeprazole) bekerja dengan cara* bekerja menurunkan produksi asam yang dihasilkan oleh lambung. Hal ini dilakukan dengan cara menghalangipompaprotondisel-selpadalambung.Pompaproton sendiribekerjapadatahapakhirproduksiasamlambung,sehingga apabila pompa proton tersebut tersumbat, maka asam lambung dapat dikurangi. Dengan fungsi omeprazole tersebut, maka bagi para penderita asam lambung tinggi dapat merasakan efeknya. Keluhan perut atau uluhati perih, rasa panas di dada dan dalam leher (herabburn), batuk, dan mual menjadi berkurang atau hilang sama sekali. Namun perlu dipahami bahwa efek tersebut tidak serta merta di rasakan di hari yang sama saat meminumnya. Efek penurunan asam lambung tersebut umumnya dirasakan pada hari ke tiga danseterusnya.
   f. Alasan pemberianobat

      Obatiniberikankepadayangbersangkutankarenapasienmerasa nyeri uluhati

g. Kontraindikasi

Penghambatan sekresi asam lambung ini diperlukan untuk menurunkan radang yang terjadi pada lambung dan memberikan kesempatanuntukprosespenyembuhanpadaulkusyangterjadidi lambung. Obat ini diindikasikan pada pasien dengan ulkus di duodenum, ulkus di lambung, *gastroesophageal reflux disease (GERD),* esofagitis erosif, dan pada pasien dengan kondisi hipersekresi asam lambung yang abnormal seperti sindrom Zollinger-Ellison.

h. Efeksamping

1) Sakitkepala
2) Sembelit ataukonstipasi
3) Diare
4) Sakitperut
5) Nyerisendi
6) Sakittenggorokan
7) Kramotot
8) Hilang seleramakan.

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

Dalam membahas tentang Asuhan Keperawatan dengan Dengue Haemoragic Fever pada pasien An.”A.N” di ruang perawatan St. Yosep III kamar 3012. Dari pelayanan praktek keperawatan yang penulis lakukan, terdapatbeberapakesenjanganantarateoridankasus.Askepdalamkasus ini dilakukan pada tanggal 03 Maret 2019 – 06 Maret 2019 atau selama 3 hari, melalui pendekatan proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi yang dijelaskan sebagaiberikut:

A. Pengkajian

Dari pengkajian pada pasien An. “A.N” (4 Tahun) ditemukan keluhan utama demam, batuk, kurang nafsu makan, mual dan muntah, malas minum air, dan mengeluh tenggorokannya sakit saat menelan makanan, tampak finger print kembali > 3 detik, turgor kulit tidak elastis, dan tampak mukosa bibir terlihat pucat dengan TD: 80/60 mmhg dan Nadi: 88x/menit. Pada pasien DHF mengalami peningkatan akut permeabilitas vaskuler yang mengarah ke kebocoran plasma kedalam ruang ekstravaskuler, sehingga menimbulkan hemokonsentrasi dan mengakibatkan terjadinya penurunan tekanan darah (Candra, 2010). Sedangkan di pemeriksaan diagnostik diperoleh hasil laboratorium jumlah PLT 97.10^3/UI g/Dl pada pasien DHF penurunan jumlah trombosit ini terjadi melalui mekanisme supresi sumsum tulang, destruksi dan pemendekan masa hidup trombosit, hal ini diakibatkan karena terbentuknya kompleks virus antibody yang merangsang terjadinya agregasi trombosit, agregat tersebut melewati RES sehingga dihancurkan. Peningkatan destruksi trombosit di perifer juga merupakan penyebab trombositopenia pada DHF (Jilly dkk,2013).

PadapasienditemukannilaiHCT30.9%,padapasienDHFbiasanya mengalami peningkatan jumlah HCT > 20%, nilai HCT akan mneingkat (hemokonsentrasi) karena peningkatan kadar sel darah atau penurunan volume plasma darah, misalnya pada kasus DHF. Sebaliknya nilai hematokrit akan menurun (hemodilusi) karena penurunan seluler darah atau peningkatan kadar plasma darah, sepertipadaanemia(Amrinadkk,2014).Hasilpengkajianditemukan suhu tubuh 39^0c, menurut Desmawati (2013) manifestasi klinis dari penyakit Dengue Haemoragic Fever (DHF) adalah demam tinggi secara mendadak selama 2-7 hari (38-40^0c) hal ini disebabkan karena adanya viremia (virus dalam darah). Yang menyebabkan infeksi sehingga terjadi demam dan sakit kepala, uji tourniquet positif, perdarahan spontan pada kulit, mimisan (epitaksis), terjadi pembesaran hati (hepatomegali), tekanan darah menurun sehingga menyebabkan syok,pada pemeriksaan laboratorium (darah), hari3-7 terjadi penurunan trombosit dibawah 100.000/Mm (trombositopenia) dan terjadi peningkatan nilai hematokrit diatas 20%darinilainormal(hemokonsentrasi),timbulnyabeberapagejala klinisyangmenyertaisepertimual,muntah,penurunannafsumakan (anoreksia) sakit perut, diare, menggigil, kejang, mengalami perdarahanpadahidung(mimisan)dangusi,demamyangdirasakan penderita menyebabkan keluhan pegal/sakit pada persendian, muncul bintik-bintik merah pada kulit akibat pecahnya pembuluh darah.

Berdasarkan data diatas, penulis dapat menarik kesimpulan bahwa pasien berada di derajat II, dimana menurut (WHO, 2016) terdapat manifestasi klinik yaitu demam tinggi, mual dan muntah, tekanan darah menurun. Perdarahan spontan di bawah kulit atau perdarahan lain.

B. DiagnosaKeperawatan

1. Menurut (Ridha, 2014 dan Ngastiyah,2005)diagnosa yang muncul pada DHF yaitu:
   a. Hipetermi b/dpenyakit
   b. Nyeri akut b/d agens cederabiologis
   c. Kekurangan volume cairan b/d kehilangan cairanaktif
   d. Resikosyok
   e. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuhb/d kurang asupanmakanan.
2. Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada kasus sebagai berikut:
   a. Kekurangan volume cairan b/d kehilangan cairanaktif
   b. Hipertermi b/dpenyakit
   c. Resikosyok

   Dari ketiga diagnosa keperawatan, penulis mengangkat diagnosa prioritas yaitu kekurangan volume cairan dengan alasan karena pada pasien ditemukan data tanda-tanda kekuranganvolumecairanyaitu,Tampakturgorkulittidakelastis, Tampak hidrasi kulit kembali > 3 detik, Mukosa bibir kering, Bibir pecah-pecah, tampak pasien muntah dan malas minum. Hal ini sesuai dengan batasan karateristik pada diagnosa NANDA (2015-2017) menjelaskan bahwa batasan karateristik untuk mengangkat diagnosa ini adalah kelemahan, haus, turgor kulit tidak elastis, membran mukosa kering, penurunan tekanan darah, perubahan status mental, konsentrasi urine meningkat, dan kehilangan berat badan seketika. Diagnosa kedua yang penulis angkat yaitu hipertermi, diagnosa ini didukung dengan data-datayangpenulistemukanpadapasienyaitu,badanteraba hangat,tampakmukosabibirkering,tampakpeteqiepadalengan kiri atas, suhu 39^0c. Hal ini sesuai dengan batasan karateristik yang ada pada (NANDA 2015-2017) yaitu badan terabahangat,

suhu badan meningkat. Diagnosa ketiga yang penulis angkat yaitu Resiko Syok, diagnosis ini didukung oleh data yangpenulis temukan pada pasien yaitu, muncul bintik-bintik merah pada lengan kiri atas, nadi teraba lemah, TD: 80/60 mmhg, nadi 88 x/menit, PLT 97.10^3/UI g/dL. Berdasarkan NANDA(2015-2017) batasan karateristik untuk diagnosa resiko syok adalah penurunan tekanan darah, tampak bintik-bintik merah pada lengan, nadi meningkat, trombositmenurun.

3. Adapun diagnosa dari tinjauan teoritis yang penulis tidak angkat dalam tinjauan kasusadalah:
    1. Nyeri akut b/d agens cederabiologis
       Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pada saat pengkajian klien tidak menunjukkan tanda-tanda mengalami nyeri, pasien tidakmeringis
    2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
       Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena tidak ada data yang menunjang yang menunjukkan adanya tanda dan gejala yang mengarah pada ketidakseimbangan nutrisi yaitu penurunan berat badan, malasmakan.

C. IntervensiKeperawatan

Berdasarkanmasalahkeperawatanyangditemukanpadapasien selanjutnya penulis membuat perencanaan untuk mengatasi masalah keperawatan yangmuncul.

1. Kekurangan volume cairan b/d kehilangan cairan aktif. Dalam perencanaan tinjauan teoritis terdapat 10 intervensi yang dianjurkan namun penulis hanya melakukan 5 intervensi yang sesuai dengan keadaan pasien. Hasil yang diharapkan yaitu: mata tidak cekung, pasien tidak gelisah, Finger print kembali < 3 detik, TTV dalam batas normal. Tindakan mandiri perawat MonitorTTV,MonitorIntakedanOutputpasien,pantaustatus

hidrasi, monitor pergantian cairan. Tindakan penyuluhan, yaitu anjurkan pasien banyak minum. Hal ini disesuaikan dengan kebutuhan pasien.

2. Hipertermi b/dpenyakit.

   Dalam perencanaan tinjauan teoritis terdapat 10 intervensi yang dianjurkan namun penulis hanya melakukan 5 intervensi yang sesuai dengan keadaan pasien. Hasil yang diharapkan yaitu: Keadaan umum pasien membaik, Pasien tidak mengalami demam. Tindakan yang dilakukan perawat yaitu: Pantau suhu dan tanda-tanda vital lainnya Beri kompres hangat pada daerah dahi atau aksila, beri minum air hangat sedikit tapi sering, anjurkan untuk memakai baju yang tipis, kolaborasi pemberian obat antipiretik dan antibiotik. Hal ini disesuaikan dengan kebutuhan pasien.

3. Resikosyok

   Dalam perencanaan tinjauan teoritis terdapat 10 intervensi yang dianjurkan namun penulis hanya melakukan 5 intervensi yang sesuai dengan keadaan pasien.

D. Implementasi

Dari rencana tindakan yang disusun oleh penulis selama 3 hari melibatkan perawat rumah sakit, mahasiswa dan tim kesehatan lainnya, maka untuk merumuskan tindakan tersebut penulis mengimplementasikan dalam bentuk praktek keperawatan.

Implementasi yang penulis lakukan ini tentunya sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun. Dan dari rencana keperawatan yang telah penulis susun tersebut, penulis telah melaksanakannya. Ini disebabkan karena dalam melaksanakan rencana keperawatan itu, penulis bekerjasama dan melibatkan berbagai pihak, yakni keluarga pasien, pasien, rekan perawat, serta tim kesehatan lainnya.

1. Padadiagnosakeperawatannpertamayaknikekuranganvolume cairanb/dkehilangancairanaktifharipertamadankeduasemua intervensi dilakukan.
2. Padadiagnosekeduahipertermib/dpenyakit.Padaharipertama, kedua dan ketiga semua intervensi dilakukan tanpa kendala karena adanya kerjasama yang baik antara teamkesehatan.
3. Padadiagnosaketigaresikosyok.Padaharipertama,keduadan ketiga semua intervensi dilakukan tanpakendala.

E. Evaluasi

Tahap ini merupakan tahap akhir dari asuhan keperawatan, dari hasil evaluasi yang dirumuskan penulis selama melaksanakan proses keperawatan pada pasien selama 3 hari (04-06 Maret 2019) adalah sebagai berikut:

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairanaktif.

   Diagnosa ini sudah teratasi ditandai dengan data-data mata pasien sudah tidak cekung, mukosa bibir lembab, finger print kembali < 3 detik.

2. Hipertermi berhubungan denganpenyakit

   Diagnosa ini sudah teratasi ditandai dengan data-data yang menunjukkan malalah sudah teratasi seperti suhu tubuh 37^0C, tubuh tidak teraba hangat, mukosa bibir lembab.

3. Resikosyok

   Diagnosa ini sudah teratasi ditandai dengan data-data yang menunjukkan masalah sudah teratasi yaitu tampak pasien tidak gelisah, tekanan darah 100/80 mmhg, tampak denyut nadi teraba kuat, tampak peteqie berkurang.

BAB V

PENUTUP

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem hematologi “DHF” di ruang St. Yoseph 3 Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sekaligus saran seperti di bawah ini.

A. Kesimpulan

1. Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan kepada pasien An. “A”dengan DHF maka penulis menemukan beberapa data: Ibu pasien mengatakan pasien demam 3 hari di rumah, mengeluh nyeri otot dan ulu hati, disertai mual dan muntah 3 kali. Tampak mukosa bibir pasien kering, tampak bintik-bintik merah pada lengan kiri pasien dan finger print kembali dalam > 3 detik. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan TD : 90/80 mmhg, N : 90x/menit, S : 38°C, P : 26x/menit dan pemeriksaan laboratorum di dapatkan hasil: WBC 4.90 10ˆ3/uL, RBC 4.49 10ˆ6/uL,HGB 12.1 g/dL, HCT 36.5%, PLT 135 10ˆ3/uL, serta dilakukan imuno serologi dengan hasil : IgG (+), dan IgM (+).
2. Berdasarkan data yang didapatkan dari An. “A.N” masalah keperawatan yang munculyaitu:
   a. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairanaktif.
   b. Hipertermia berhubungan denganpenyakit
   c. Resikosyok
3. Dariintervensikeperawatanyangpenulissusunpadaprinsipnya sama dengan yang terdapat dalam tinjauan teoritis, yang juga sesuai dengan keadaan dan kondisi pasien.Intervensi keperawatan itu meliputi:tindakankeperawatan mandiri, observasi keperawatan dan tindakanevaluasi.

4. Dari rencana tindakan keperawatan dilakukan 3 hari, penulis melibatkan atau bekerja sama dengan keluarga, pasien, sesama perawat dan tim kesehatanlainnya.
5. Setelah 3 hari mengimplementasikan rencana keperawatan yang ada hasil evaluasi dari ketiga diagnosa keperawatan yang ada pada kasus An. “A” masalah kekurangan volume cairan dapat teratasi, hipertermi teratasi dengan ditandai dengan suhu tubuh menjadi normal 36,8°C dan masalah syok dapatteratasi.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan di atas maka penulis menyampaikan beberapa saran untuk pertimbangan dan peningkatan kualitas asuhan keperawatan yang ditunjukkan kepada:

1. Bagi pasien dankeluarga

   Untuk mencegah terjadinya DHF berulang baik itu padapasien ataupun anggota keluarga lainnya dianjurkan kepada pasien dan keluarga untuk menjaga lingkungan tetap bersih seperti melakukan program 3M yaitu menguras, menutup, menimbun dan menghindari kebiasaan yang salah seperti menggantung pakaian sembarang dan membiarkan kondisi pencahayaan rumah kurang dimana nyamuk mudah atau senang bersarang. Selain dari pada itu diharapkan pasien dan keluarga mampu mengenalitandadangejalaDHFdanmengetahuipenanganan pertama yang bisa dilakukan yaitu dengan meminum banyak air putih, melakukan kompres hangat bila terjadi demam dan segerakepelayanankesehatansepertipuskesmasataurumah sakitterdekat.

2. Bagiperawat

   Diharapkanmampumelakukantindakankeperawatanmandiri ataupun tindakan kolaborasi tentang cara pencegahan dan penanganan dari penyakit DHF dengan baik danbenar.

3. Institusi rumahsakit

   Diharapkan rumah sakit lebih meningkatkan fasilitas pelayanan kesehatan utamanya dalam upaya peningkatan pengetahuan dan pencegahan penyakit pada masyarakat khususnya penyakit DHF.

4. Bagi institusipendidikan

   Sebagai sumber informasi, bacaan serta acuan untuk mengukur kemampuan mahasiswa dalam penerapan proses keperawatan khususnya dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan DHF.

DAFTAR PUSTAKA

Amrina, dkk (2014), Hubungan nilai hematokrit terhadap jumlah trombosit pada penderita demam berdarah dengue, Jurnal kesehatan Andalas

Brunner, Suddart. Gambar struktur darah. http://www.Biologipedia.blogspot.com

Candra (2010), Hubungan Jumlah Trombosit Dan Jumlah Leukosit Pada Pasien Demam Berdarah Dengue, Aspirator Journal Of Vector BorneoDiseases

Depkes Provinsi Sulawesi selatan sebut 4 daerah luar biasa DBD. Diaskes dari www.Makassar tribunnews.com. Pada tanggal 21 maret2019

Desmawati (2013). Sistem Hematologi Dan Imunologi, Penerbit In Media, Jakarta: KDT Murwani,Arita, 2011. PerawatanPasien Penyakit Dalam. Jilid I. Edisi I. Yogyakarta

Evi Nurhayati. 2013. Gamabr Pembuluh Darah. http://www.Biologipedia.blogspot.com

Medical Record RS Stella Maris (2016), (2017), (2018), Statistik Demam Berdarah Dengue (DBD) Makassar: tidak untuk dipublikasikan.

Nanda. (2015 – 2017). Diagnosa Keperawatan Definisi Dan Klasifikasi Edisi 10. Herdmand. H.T & Katmisuru. S. Jakarta: EGC

Nursing Interventions Classification (NIC). (2013). *Nursing Interventions Classification*. Edisi ke – 6, edisi Bahasa Indonesia: Intansari Nurjannah, Roxsana D Tumanggor.

Nursing Outcomes Classification (NOC). (2013). *Nursing outcomes Classification*. Edisi ke – 5, edisi Bahasa Indonesia: Intansari N urjannah, Roxsana D Tumanggor.

Ridha N. 2014. *Buku Ajar Keperawata Anak*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar

Seriadi, Rita Yuliani, (2010). Asuhan Keperawatan Pada Anak. Edisi 2.
Jakarta: SalembaMedika

Setiabudi Djatnika (2019).*Memahami Demam Berdarah dengue (Bagian 1)*,Ikatan Dokter Anak Indonesia

Soetjiningsih, (2013). Tumbuh Kembang Anak. Jakarta: EGC

Wahyono, dkk (2010). Jendela Epidemologi (Buletin). Kementerian Kesehatan Indonesia, Vol 2, Agustus 2010. p 1-5

Who. 2016. *Dengue and severe Dengue*. From world health organization:http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/en/.
Diaskes 01 april 2019

www.Depkes.Go.Id/articles/view/DengueHemoragicFever/diskestanggal 8 maret 2019.

DAFTAR LEMBAR KONSUL

KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Donata Yulia Batik E16144401009

Gresensia Ressa E1614401013

Kelas : IIIA / DIII Keperawatan

Pembimbing : Mery Sambo,.Ns.M.Kep

No	Hari/ Tgl	Materi Konsul	Perbaikan	TTD
1	Senin, 18/03/2019	Konsul Bab III	Lanjutkan intervensi, evaluasi dalam bentuk ketik	
2	Rabu, 20/03/2019	Konsul patoflowdiagram	Perjelas difaktor predisposisi dan presipitasi	
3	Jumat, 22/03/2019	Konsul Bab II dan Bab III	Perjelas pada pengkajian seperti evaluasi keperawatan	
4	Rabu, 03/04/2019	Konsul Bab III pengkajian	Perbaiki bab III	

5	Jumat, 05,04/2019	Konsul Bab II dan Bab III	Koreksi gambar intervensi secara teori dan kasus	
6	Senin, 15/04/2019	Bab II ACC, pengkajian sampai implementasi	Konsul kembali evaluasi	
7	Rabu, 24/04/2019	Konsul evaluasi ACC, Bab III ACC	Perbaiki bab I penyusunan kata-kata dan pengetikan	
8	Senin, 29/04/2019	Bab V ACC dan Bab I	Perbaiki kembali bab I	
9	Rabu, 01/05/2019	Bab I dan Bab IV	Perbaiki untuk kedua bab	
10	Jumat, 03/05/2019	Bab I dan Bab IV	Konsul kembali bab I dan bab IV	

11	Senin, 13/05/2019	Konsul Bab I dan Bab IV	Perbaiki latar belakang dan bab IV	
12	Rabu, 15/05/2019	ACC Bab IV dan Bab I	Perbaikan ketikan	
13	Jumat, 17/05/2019	ACC Bab IV dan Bab I	ACC	

SS