KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN."Y" DENGAN *DENGUE HAEMORAGIC FEVER* (DHF) DI RUANG PERAWATAN ST BERNADETH III.B RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH:

YOHANES BARUNG

E1614401040

SALDIANUS PARUT

E1614401037

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

PROGRAM DIII KEPERAWATAN MAKASSAR

2019

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah dengan judul **"ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN."Y"** ***DENGAN DENGUE HEMORAGIC FEVER*** **(DHF) DI RUANG PERAWATAN ST.BERNADETH IIIB RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR".** Telah disetujui oleh dosen pembimbing untuk diuji dan dipertahankan di depan penguji.

Diajukan Oleh:

Nama mahasiswa : Yohanes Barung (E1614401040)

Nama manasiswa : Saldianus Parut (E1614401037)

Disetujui Oleh:

Pembimbing



(Rosmina Situngkir, Ns.,M.Kes)

NIDN.0925117501

Mengetahui

Wakil Ketua Bidang Akademik



(Henny Pongantung, Ns.,MSN.,DN.,SC**)**

NIDN.0912106501

LEMBAR PENGESAHAN
PROGAM DIII KEPERAWATAN
STIK STELLA MARIS

Karya Tulis ini dengan judul **"ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. "Y" DENGAN *DENGUE HAEMORAGIC FEVER* (DHF) DI RUANG PERAWATAN ST.BERNADETH IIIB RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR"** telah dipertanggungjawabkan dan telah diujikan di hadapan Tim Penguji yang dilaksanakan pada :

Hari/Tanggal	: Senin 20, mei 2019
Pukul	: 11.00-12.30 Wita
Tempat	: Ruang C

TIM PENGUJI :

1. Fransiska Anita, Ns., M.Kep., Sp.KMB (.....)
2. Mery Solon, Ns., M.Kes (.....)
3. Rosmina Situngkir,Ns., M,Kes (.....)

Mengetahui
Ketua STIK Stella Maris Makassar

(Sipriamus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes)
NIDN.0928027101

RIWAYAT HIDUP

1. Identitas Pribadi

Nama	: Yohanes barung
Tempat, tanggal Lahir	: Dantar, 23 oktober 1994
Jenis kelamin	: Laki-Laki
Agama	: Katholik
Alamat	: Jln. Rajawali lorong 29

2. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Rofinus hambut/ Keristina nimung
Agama	: Katholik
Pekerjaan	: Petani/IRT
Alamat	: Dantar/mangarai

3. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDK Langkemajok	: 2003 - 2008
SMPN Langkemajok	: 2008 - 2011
SMA Widya Bhati Ruteng	: 2011 - 2014
STIK Stella Maris (Program DIII Keperawatan)	: 2017 - 2019

RIWAYAT HIDUP

1. Identitas Pribadi

Nama	: Saldianus Parut
Tempat, tanggal Lahir	: Bok,15 September 1998
Jenis kelamin	: Laki-Laki
Agama	: Katholik
Alamat	: Jln. Rajawali lorong 29

2. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Feliks Abur/ Keristina Erna
Agama	: Katholik
Pekerjaan	: Petani/ IRT
Alamat	: Bok./mangarai

3. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDI Kengko	: 2004 - 2010
SMPK St.Yosef Lawir	: 2010 - 2014
SMA Karya Ruteng	: 2014 - 2016
STIK Stella Maris (Program DIII Keperawatan)	: 2016 – 2019

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkat, rahmat dan penyertaan_Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah (KTI) dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN "Y" DENGAN *DENGUE HEMORAGIC FEVER* (DHF) DI RUANG PERAWATAN ST.BERNADETH IIIB RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR". Penulis karya ilmiah ini dianjurkan sebagai salah satu persyaratan pada ujian akhir bagi kelulusan mahasiswi STIK Stella Maris Makassar program studi DIII Keperawatan tahun 2019.

Selama penyusunan KTI ini, penulis banyak mendaapat bantuan dari berbagai pihak, baik moral maupun material sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan baik. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menghaturkan ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan.
2. Henny Pongantung, Ns., MSN,. DN,. SC selaku wakil ketua bidang Akademik STIK Stella Maris Makassar.
3. Mery Solon,Ns., M.Kes selaku ketua program studi DIII keperawatan yang senantiasa memberikan motivasi sejak awal masuk kuliah
4. Rosmina Situngkir, Ns., M.Kes selaku pembimbing akademik (PA) serta pembimbing dalam menyusun karya tulis ilmiah yang senantiasa memberi bimbingan, arahan, masukan, dan dukungan kepada kami dari awal hingga selesainya karya tulis ilmiah ini serta motivasi sejak awal masuk kuliah.
5. Dr. Thomas Suharto, MMR selaku direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar, yang telah memberikan kesempatan pada penulis untuk melaksanakan pengambilan kasus untuk karya tulis ilmia

ini.dan terima kasih kepada pegawai di Sta.Bernadeth IIB, terima kasih atas bantuan dan bimbingannya kepada penulis.

6. Seluruh dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang memberikan pengetahuan selama penulis mengikuti pendidikan.
7. Tn Y dan keluarga, yang telah bersedia bekerja sama dengan penulis dalam penyusunan karya tulis ini
8. Terima kasih kepada kedua orang tua dan keluarga yang mendukung, doa dan memberi semangat serta bantuan selama penulis menyelesaikan pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
9. Buat teman-teman mahasiswi/iprogram DIII keperawatan angkatan 2016 STIK Stella Maris Makassar.kelas A yang telah memberi masukan kepada penulis.

Akhir kata harapan saya penulis semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi mahasiswi/I STIK Stella Maris Makassar dan bagi perawat khususnya dalam usaha meningkatkan pelayanan kesehatan sesuai standar profesi. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat penulis harapkan untuk melengkapi kekurangan yang ada dalam karya tulis ilmiah ini.

Makassar, 20 Mei 2019

Penulis

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pemeriksaan Laboratorium
Tabel 3.2 Imuno Serologi
Tabel 3.3 Analisa Data
Tabel 3.4 Diagnosa
Tabel 3.5 Rencana Keperawatan
Tabel 3.6 Pelaksanaan Keperawatan
Tabel 3.7 Evaluasi Keperawatan

DAFTAR GAMBAR

Tabel 2.1 Keping-Keping Darah

DAFTAR ISI

HAL

HALAMAN JUDUL ..... **i**

HALAMAN LEMBAR PERSETUJUAN ..... **ii**

HALAMAN LEMBAR PENGESAHAN ..... **iii**

RIWAYAT HIDUP ..... **iv**

KATA PENGANTAR ..... **vi**

DAFTAR TABEL ..... **viii**

DAFTAR GAMBAR ..... **ix**

DAFTAR ISI ..... **x**

BAB I PENDAHULUAN **1**

A. Latar Belakang 1

B. Tujuan Penulisan 3

C. Manfaat Penulisan 3

D. Metode Penulisan 4

E. Sistematika Penulisan 5

BAB II TINJAUAN TEORITIS **7**

A. Konsep Dasar Medis 7

1. Pengertian 7
2. Fisiologi dan Komponen Sel-sel Darah 8
3. Etiologi 12
4. Pathofiologi 13
5. Manifestasi Klinik 15
6. Test Diagnostik 16
7. Penatalaksanaan Medik 18
8. Komplikasi 20

B. Konsep Dasar Keperawatan 21

1. Pengkajian 21
2. Diagnosa Keperawatan 22
3. Perencanaan Keperawatan 23

4. Discharge Planning 26
C. Patoflowdiagram 28
BAB III TINJAUAN KASUS 30
A. Pengkajian 31
B. Analisa Data..... 49
C. Diagnosa Keperawatan 52
D. Rencana Keperawatan..... 53
E. Pelaksanaan Keperawatan 58
F. Evaluasi 78
G. Daftar obat 84
BAB IV PEMBAHASAN 87
A. Pengkajian 87
B. Diagnosa keperawatan 89
C. Rencana keperawatan 90
D. Implementasi keperawatan 91
E. Evaluasi 92
BAB V PENUTUP 93
A. Simpulan 93
B. Saran 94
DAFTAR PUSTAKA

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Dengue Haemoragic Fever (DHF) pada dekade terahir menjadi masalah kesehatan global ditandai dengan meningkatkan kasus DHF di dunia .Tingkat global angka kesakitan dan kematian akibat DHF juga cendrung menurun pada periode 2005-2015.Meskipun demikian, masih ada kurang 3,2 miliar atu hampir separuh penduk dunia yang beresiko tertular penyakit DHF. Tahun 2015,WHO memperkirakan ada sekitar 214 juta kasus DHF dengan kematian sekitar 438 ribu orang di seluruh dunia dari sejumlah kematian akibat DHF di dunia (WHO,2015)

Angka kematian Dengue Hemoragik Fever atau DHF di Indonesia sangat tinggi disebabkan karena masyarakat tidak mampu untuk melakukan upaya penanggulangan DHF.Terlambat mendapatkan pertolongan medis, serta terlambatnya masuk rumah sakit akibat keterlambatan tersebut juga dapat menyebabkan biaya pengobatan yang meningkat, karena gejala DHF menyebabkan pasien berindikasi untuk di rawat di rumah sakit (Nadesul 2012).

Jumlah kasus DHF fluktuatif setiap tahunnya. Data dari Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tular Vektor dan Zoonotik, Kemenkes RI, pada tahun 2014 jumlah penderita DHF mencapai 100.347 orang, dan 907 orang di antaranya meninggal. Pada tahun 2015 sebanyak 129.650 orang, dan 1.071 orang di antaranya meninggal, Sedangkan pada tahun 2016 sebanyak 202.314 orang dan 1.593 orang di antaranya meninggal. Meningkatnya jumlah kasus demam berdarah disebabkan karena semakin baiknya sarana transportasi penduduk, adanya pemukiman baru, kurangnya perilaku masyarakat terhadap pembersihan sarang nyamuk, serta terdapatnya vektor nyamuk hampir di seluruh pelosok tanah air. (Depkes, 2015)

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kota Makassar Kasus DHF di seluruh wilayah kerja Puskesmas Kota Makassar tahun 2016 yaitu 248 dengan Angka Kesakitan /IR = 17,11 per 100.000 penduduk terdapat 2 orang di antaranya meninggal. Angka ini meningkat di bandingkan d engan tahun 2015 yaitu 142 kasus dengan Angka Kesakitan /IR = 10,08 per 100.000 penduduk terdapat 5 orang di antaranya meninggal. Tahun 2014 terdapat 139 kasus dengan Angka Kesakitan /IR= 10,15 per 100.000 penduduk terdapat 2 orang di antaranya meninggal karena DHF.

Berdasarkan data medik Rs Stella Maris tercatat jumlah penderita DHF pada tahun 2016 sebanyak 711 pasien, dengan jumlah laki-laki sebanyak 349 pasien, dan perempuan sebanyak 362 pasien, dan 4 pasien meninggal. Pada tahun 2017 penderita DHF sebanyak 329 psien, dengan jumlah laki-laki sebanyak 185 pasien, sedangkan jumlah perempuan 144 pasien, dan 2 pasien yang meninggal . pada tahun 2018 jumlah penderita DHF sebanyak 466 pasien dengan jumlah laki-laki sebanyak 231 pasien sedangkan jumlah penderita DHF pada perempuan sebanyak 235 pasien dan di antarnya yang meninggal 1 orang pasien.

Data di atas menunjukkan jumlah penderita DHF setiap tahunnya cenderung naik turun. Hal ini membutuhkan perhatian bagi kita semua, bukan saja oleh pemerintah tetapi juga kita sebagai tenaga kesehatan khususnya perawat . di butuhkan berbagai upaya seperti tindakan preventif dan promotif, mengenai pentingnya menjaga lingkungan tetap bersih dan sehat dan tindakan kuratif melalui upaya pengobatan sampai tuntas. Maka dari itu penulis tertarik untuk memaparkan masalah tersebut dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Dengue Haemoragic Fever* (DHF).

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

   Memperoleh gambaran dan pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan DHF di ruang perawatan St. Bernadeth Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

2. Tujuan Khusus

   Penulis dapat memperoleh pengalaman yang nyata dalam hal :

   a. Melakukan pengkajian dan menganalisa data pada pasien dengan *Dengue Haemoragic Fever (DHF).*

   b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan *Dengue Haemoragic Fever (DHF).*

   c. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan *Dengue Haemoragic Fever (DHF).*

   d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan *Dengue Haemoragic Fever (DHF).*

   e. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada pasien dengan *Dengue Haemoragic Fever (DHF).*

   f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Dengue Haemoragic Fever (DHF).*

C. Manfaat Penulisan

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

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

   Merupakan sumber informasi bagi tenaga kesehatan khususnya bagi perawat yang ada di rumah sakit dalam upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan khususnya pada pasien dengan *Dengue Haemorragic Fever (DHF)*, melalui pendekatan proses keperawatan.

2. Bagi Institusi Pendidikan

   Sebagai sumber informasi/bacaan serta acuan untuk mengukur kemampuan mahasiswa dalam penerapan proses keperawatan khususnya dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Dengue Haemorragic Fever (DHF).*

3. Bagi Pasien dan Keluarga

   Menambah pengetahuan pasien dan keluarga tentang cara pencegahan dan penanganan awal dari DHF.

4. Bagi Penulis

   a. Sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan Diploma III Keperawatan.

   b. Mengaplikasikan ilmu dan pengetahuan yang didapatkan selama pendidikan, terutama dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan Sistem Hematologi, *Dengue Haemorragic Fever (DHF).*

D. Metode Penulisan

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini tentang asuhan keperawatan pada pasien gangguan Sistem Hematologi *Dengue Haemorragic Fever*, penulis menggunakan metode :

1. Studi Pustaka

   Dengan memperoleh informasi-informasi terbaru dari internet dengan berbagai situs, dan menggunakan bacaan buku-buku atau referensi yang berkaitan dengan karya tulis ini.

2. Studi Kasus

   Dengan menggunakan metode pendekatan proses asuhan keperawatan yang komprehensif meliputi pengkajian data, analisa data, penetapan diagnose keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

Tekhnik pengumpulan data yang dilakukan adalah :

a. Wawancara

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

b. Observasi

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

c. Data *MRO*

Data yang didapatkan berupa jumlah penderita gangguan *Hematologi Dengue Haemorragic Fever (DHF)* yang terjadi dalam satu tahun terakhir.

d. PemeriksaanFisik

Dengan melakukan pemeri ksaan langsung pada pasien melalui inspeksi, palpasi, auskultasi, danperkusi.

E. Sistematika Penulisan

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini di susun secara sistematika yang di mulai dari penyusunan BAB I: Pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan. BAB II: Tinjuan teori yang disusun dari berbagai topic yaitu konsep dasar medik yang terdiri dari pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, potofisiologi, manifestasiklinik, tesdiagnostik, penatalaksanaan medic dan komplikasi. Kemudian konsep dasar keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencaan keperawatan dan perencanaan pulang, setelah itu pada akhir BAB ini dibuatkan patoflowdiagram.BAB III pengamatan kasus yang diawali dengan ilustrasi kasus, setelah itu pengkajian data dari pasien, analisa data, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. BAB IV Pembahasan kasus

berisi tentang pembahasan kesenjangan data yang dapat dibandingkan melalui teori dengan pengamatan kasus pasien yang dirawat.BAB V sebagai akhir dari Karya Tulis Ilmiah ini yaitu penutup yang berisi tentang uraian, kesimpulan dan saran bagi pihak-pihak yang terkait dengan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, dan terakhir.

BAB II
TINJAUAN TEORITIS

A. KONSEP DASAR MEDIK

1. Pengertian

Dengue Haemoragic Fever (DHF) adalah suatu Infeksi arbovirus akut yang masuk ke dalam tubuh melalui gigitan nyamuk spesies *Aedes*. Penyakit ini sering menyerang anak, remaja, dan dewasa yang ditandai dengan demam akut berlangsung 2-7 hari, terjadi perdarahan dibawah kulit dengan trombosit menurun, sakit kepala, mual dan muntah, nyeri otot dan sendi. (Desmawati, 2014).

*Dengue Haemoragic Fever (*DHF) adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus dengue dengan manifestasi klinis demam,nyeri otot dan nyeri sendi.(Hardhi Kusuma,2015)

Berdasarkan beberapa defenisi diatas maka dapat disimpulkan bahwa *Dengue Haemoragic Fever* (DHF) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus yang masuk ke dalam tubuh penderita melalui gigitan Nyamuk *Aedes Aegypti.* Penyakit ini sering menyerang anak, remaja dan dewasa yang ditandai dengan demam akut berlangsung 2–7 hari, terjadi perdarahan dibawah kulit dengan trombosit menurun, sakit kepala, mual dan muntah, nyeri otot dan nyeri sendi.

2. Fisiologi dan Komponen Sel-Sel Darah

Darah adalah cairan didalam pembuluh darah yang mempunyai fungsi transportasi oksigen, karbohidrat dan metabolik, mengatur keseimbangan asam dan basa, mengatur suhu tubuh dengan cara konduksi (hantaran), membawa panas tubuh dari pusat produksi panas (hepar dan otot) untuk didistribusikan ke seluruh tubuh, pengaturan hormon dengan membawa dan menghantarkan dari kelenjar ke sasaran. (Soegang, soegijanto. 2010).

Darah terdiri dari 2 bagian yaitu : sel darah dan plasma.

a. Sel –Sel Darah

1) Eritrosit (Sel Darah Merah)

Sel darah merah (eritrosit) merupakan cairan bikonkaf dengan diameter sekitar 7 mikron. Bikonkavitas memungkinkan gerakan oksigen masuk dan keluar sel secara cepat dengan jarak yang pendek antara membran dan inti sel. Warnanya kuning kemerahan karena didalam yang mengandung suatu zat yang disebut hemoglobin. Sel darah merah tidak memiliki inti sel, mitokondria dan ribosom serta tidak dapat bergerak. Terdapat sekitar 300 molekul hemoglobin dalam setiap sel darah merah. Hemoglobin berfungsi untuk mengikat oksigen, satu gram hemoglobin akan bergabung dengan 1,34 ml oksigen. Oksihemoglobin merupakan hemoglobin yang berkombinasi /berikatan dengan oksigen. (Muttaqi 2012)

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 ($Hb + O_2 \rightarrow 4\ Hb\text{-}O_2$) jadi O_2 diangkat

dari seluruh tubuh. Sebagai oksihemoglobin yang nantinya setelah tiba dijaringan akan dilepaskan: Hb - $O_2 \rightarrow Hb+O_2$, dan seterusnya Hb tadi akan mengikat dan bersenyawa dengan Co_2 dan disebut karbondioksida hemoglobin ($Hb + Co_2 \rightarrow Hb - Co_2$) yang mana Co_2 tersebut akan dilepaskan di paru-paru.

Tempat pembuatannya: sel darah merah didalam tubuh dibuat didalam sum-sum tulang, limfa dan hati yang kemudian akan beredar didalam tubuh selama 1415 hari setelah itu akan mati. Hemoglobin yang mengandung Fe yang berguna untuk pembentukan eritrosit baru dan Hb yaitu: suatu zat yang terdapat didalam eritrosit yang berguna untuk mengikat O_2 dan Co_2. Jumlah normal pada orang dewasa kira-kira 11,5 – 15 gram dalam 100 cc darah. Normal Hb wanita 11,5 mg % dan Hb laki-laki 13,0 mg.

2) Leukosit (Sel Darah Putih)

Sel darah putih dibagi dalam dua kategori, granulosit dan sel mononuklear (agranulosit). Dalam darah normal, jumlah total leukosit adalah 5.000 sampai 10.000/mm^3. Sekitar 60% diantaranya adalah granulosit dan 40% sel mononuklear (Agranulosit). Bentuknya dapat berubah-ubah dan dapat bergerak dengan perantaan kaki palsu (pseudopodia), mempunyai bermacam-macam inti sel, sehingga ia dapat dibedakan menurut inti selnya serta warnanya bening (tidak berwarna).

Fungsi sel darah putih

a) Sebagai serdadu tubuh, yaitu membunuh dan memakan bibit penyakit/bakteri yang masuk ke dalam tubuh jaringan RES (Sistem Retikulo Endotel)
b) Sebagai pengangkut, yaitu mengangkut atau membawa zat lemak dari dinding usus melalui limpa terus ke pembuluh darah.

Leukosit terdiri dari dua kategori yaitu yang bergranulosit dan yang agranulosit.

a) Granulosit: sel yang juga biasa disebut leukosit granular, granulosit terdapat tiga macamn yaitu : neutrofil, eusinofil, dan basofil.
b) Agranulosit: sel leukosit yang tidak mempunyai granular didalamnya, agranulosit terdiri atas dua macam yaitu limfosit dan monosit.

3) Trombosit (Sel Pembeku)

Trombosit merupakan partikel kecil, berdiameter 2 sampai 4 µm, yang terdapat dalam sirkulasi plasma darah, karena dapat mengalami disintegrasi cepat dan mudah jumlahnya selalu berubah antara 150.000 dan 450.000/mm^3, tergantung jumlah yang dihasilkan, bagaimana digunakan dan kecepatan kerusakan. Dibentuk oleh fragmentasi sel raksasa sum-sum tulang yang disebut megakarosit. Produksi tombosit diatur oleh trombopoetin. Normal trombosit pada orang dewasa 150.000-450.000/mm^3.

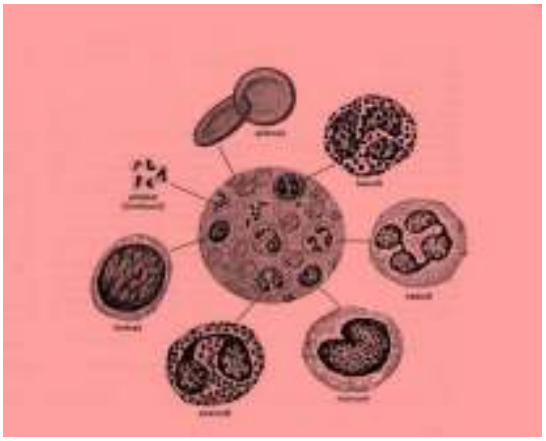
Trombosit berperan penting dalam pembentukan bekuan dara. Trombosit dalam keadaan normal bersikulasi ke seluruh tubuh melalui aliran dara. Namun dalam beberapa detik setelah

kerusakan suatu pembuluh, trombosit tertarik ke daerah tersebut sebagai respons terhadap kolagen yang terpajan dilapisan subendotel pembuluh. Trombosit melekat ke permukaan yang rusak dan mengeluarkan beberapa zat (serotonin dan histamin) yang menyebabkan terjadinya vasokontriksi pembuluh. Fungsi lain dari trombosit yaitu untuk mengubah bentuk dan kualitas setelah berikatan dengan pembuluh yang cedera. Trombosit akan menjadi lengket dan menggumpal bersama membentuk sumbat trombosit yang secara efektif menambal daerah yang luka.

b. Plasma Darah.

Bagian cairan darah yang membentuk sekitar 5 % dari berat badan, merupakan media sirkulasi elemen-elemen darah yang membentuk sel darah merah, sel darah putih dan sel pembeku darah juga sebagai media transportasi bahan organik dan anorganik dari suatu organ atau jaringan.

Adapun komponen sel- sel darah dapat di lihat pada gambar dibawah ini



Gambar 2.1: Keping-keping Darah

3. Etiologi

Di Indonesia yang paling banyak sebagai vektor virus *dengue* adalah *Aedes Aegypti* dan *Aedes Albopictus*.

a. Aedes Aegypti

Merupakan spesies nyamuk suka beristirahat di tempat yang gelap, lembab dan tersembunyi didalam rumah atau bangunan, termasuk di tempat kamar tidur, kamar mandi dan lain-lain, nyamuk ini mempunyai kebiasaan mencari makan (menghisap manusia untuk dihisap darahnya) sepanjang hari terutama antara jam 08.00 - 13.00 dan antara jam 15.00 - 17.00, jarak terbang spontan nyamuk betina jenis ini terbatas sekitar 30 - 50 meter per hari (Soegang, soegijanto. 2010)

Jarak terbang jauh biasanya terjadi secara pasif melalui semua jenis kendaraan termasuk kereta api, kapal laut dan pesawat udara, dan cara pasif inilah *Dengue Haemoragic Fever* (DHF) menyebar keseluruh provinsi di Indonesia bahkan menyebar dari suatu negara ke negara lain. Telur *Aedes Aegypti* mampu bertahan hidup dalam keadaan kering selama beberapa bulan.

b. Aedes Albopictus

Merupakan nyamuk kebun yang memperoleh makanan dengan cara menggigit dan menghisap darah dari berbagai jenis binatang, berkembangbiak didalam lubang-lubang pohon, lekukan tanaman, potongan batang bambu dan buah kelapa yang terbuka. Larva atau bentuk imatur nyamuk jenis ini mempunyai habitat hidup dalam genangan air dalam kaleng, tempat penampungan lain termasuk timbunan sampah di udara terbuka. Habitat larva yang semacam itu menyebabkan spesies ini banyak dijumpai di daearah pedesaan, pinggiran kota dan taman-taman kota. Daya terbang nyamuk dewasa betina jenis ini berkisar antara 400-600

meter, namun disisi lain kebiasaan nyamuk jenis ini dalam mencari makan, memungkinkan spesies ini mentrasmisikan virus dengue dari kera ke manusia dan sebaliknya. Telur aedes albopictus resisten terhadap pengawetan melalui proses pengeringan dalam waktu beberapa bulan.

Di Indonesia, virus degue tersebut sampai saat ini telah diisolasikan menjadi 4 serotipe virus dengue yang termasuk dalam group β dari arthropediborne viruses (arboviruses), yaitu DEN-1, DEN-2, DEN-3, dan DEN-4. Dan ternyata DEN-2 dan DEN-3 merupakan serotipe yang menjadi penyebab terbanyak. Di thailand, dilaporkan bahwa serotipe DEN-2 adalah dominan, sementara di Idonesia yang terutama dominan adalah DEN-3, tetapi akhir ini adalah kecenderungan dominan DEN-2.

4. Patofisiologi

Virus Dengue masuk ke dalam tubuh melalui gigitan nyamuk *Aedes Aegypti / Albopictus*, yang akan mengakibatkan terjadinya viremia melalui refleksi virus, adapun hal lain yang dapat terjadi dimana seseorang mengalami infeksi virus dengue berulang. Re-infeksi ini akan menyebabkan suatu reaksi anomnestik antibody, sehingga menimbulkan konsentrasi kompleks antigen antibody (kompelks virus antibody) yang tinggi, yang akan mengaktivasi sitem komplemen, yang berakibat dilepaskannya anafilatoksin C3a dan C5a, dari pelepasan ini maka terjadi pelepasan toksik melalui aliran darah sehingga terjadi dilatasi pembuluh darah, selain terjadinya dilatasi pembuluh darah, pelepasan toksin ini pula dapat menimbulkan peningkatan set-point termostat hipotalamus yang merangsang zat pirogen untuk dilepaskan dari degenerasi jaringan tubuh sehingga timbul demam.(soegang soegijanto 2010)

Terjadinya dilatasi pembuluh darah, mengakibatkan peningkatan permeabilitas kapiler dinding pembuluh darah, yang selanjutnya dapat menimbulkan dua hal yaitu volume plasma menurun dan hematocrit meningkat maka terjadilah trombositopenia. Trombositopenia terjadi akibat penurunan produksi trombosit oleh sum–sumtulang (meningkatnya megakarosit dalam sum-sum tulang dan pendeknya masa hidup trombosit), peningkatan destruksi di RES(Reticulo Endotelial Sistem), peningkatan pemakaian destruksi trombosit diperifer dan agregasi trombosit akibat endotel yang rusak. Akibat dari semuanya itu terjadilah penurunan pembekuan darah sehingga terjadi perdarahan yang terjadi pada bagian CIS dan CES dan mengakibatkan trasport asam basa menurun. Terjadinya kebocoran plasma ke ruang intravaskuler ternyata menimbulkan terjadinya penurunan tekanan pengisian sirkulasi darah yang mengakibatkan penurunan aliran balik vena dan curah jantung menurun sehingga terjadilah syok hipovalemic, dan apabila terjadi secara terus menerus akan menyebabkan kematian. Selain penurunan tekanan pengisian sirkulasi darah, hal lain dapat pula terjadi, dimana terjadinya perembesaran plasma pada daerah GI.

Pada daerah GI dapat terjadi hepatomegali dikarenakan adanya peningkatan cairan plasma dalam hepar melalui sistem vena porta, dan dapat pula terjadi penurunan produksi ATP karena terjadinya peningkatan asam lambung yang mengakibatkan sekresi lambung bersifat sangat asam, sehingga terjadi rangsangan mual-muntah yang menimbulkan suplai nutrisi menurun dan proses metabolisme menurun. Hal lain dapat pula terjadi pada daerah lambung yaitu asidosis metabolik karena hilangnya bikarbonat melalui adanya muntah yang sangat berlebihan dan terjadinya secara terus menerus.

5. Manifestasi Klinik

   Pasien dengan penyakit *Dengue Haemoragic Fever* (DHF) pada umumnya disertai dengan tanda-tanda berikut:

   a. Demam yang berlangsung 2 - 7 hari.
   b. Perdarahan terutama perdarahan bawah kulit, peteqie, ekhimosis, hematoma.
   c. Mual, muntah, penurunan nafsu makan, diare, konstipasi.
   d. Nyeri otot , sendi, abdomen, ulu hati.
   e. Sakit kepala.
   f. Pembengkakan sekitar mata.
   g. Pembesaran hati, limfa dan kelenjar getah bening.
   h. Tanda – tanda rejatan (sianosis, kulit lembab dan dingin, tekanan darah menurun, gelisah, capillary refilly lebih dari 2 detik, nadi cepat dan lemah).

   Sedangkan kriteria diagnosis menurut WHO tahun 1997

   1. Kriteria klinis
      a. Demam tinggi mendadak tanpa sebab yang jelas dan berlangsung terus–menerus 2–7 hari
      b. Terdapat manifestasi perdarahan
      c. Pembesaran hati
      d. Syok
   2. Kriteria laboratorium
      a. Trombositopenia (PLT < 150.000/mm^3)
      b. Hemokonsentrasi (HCT meningkat >20 %)

         Seorang pasien dinyatakan menderita penyakit *Dengue Haemoragic Fever* (DHF) bila terdapat minimal 2 gejala klinis yang positif dan 1 hasil laboratorium yang positif.Bila gejala dan tanda tersebut kurang dari ketentuan di atas maka pasien dinyatakan menderita demam dengue.

Gambaran klinis dari *Dengue Haemoragic fever* (DHF) ini sangat bervariasi, mulai dari ringan *Dengue Fever*(DF) sampai yang berat *Dengue Haemoragic Fever* (DHF). WHO (1986) mengklasifikasikan *Dengue Haemoragic Fever* (DHF) menurut derajat penyakitnya menjadi 4 golongan

a. Derajat I

   Demam disertai gejala klinis lain, tanpa pendarahan spontan. Panas 2-7 hari, uji tourniquet dikatakan positif, bila ada butir merah lebih kurang 20 pada diameter 2,5 inci. trombositopenia dan hemokonsentrasi

b. Derajat II

   Sama dengan derajat I, ditambah dengan gejala-gejala perdarahan spontan , hematemesis, melena, perdarahan gusi

c. Derajat III

   Pasien dalam pre-shock ditandai dengan adanya kegagalan sirkulasi darah, hipotensi, pucat, kulit dingin, gelisah dan denyut nadi lambat

d. Derajat IV

   Disebut juga DSS (*Dengue Shock Syndrom).* Pada tingkatan ini pasien sudah dalam keadaan shock, tekanan darah tidak terdengar dan nadi tidak teraba

6. Tes Diagnostik

Walaupun tanda dan gejala telah muncul pada penderita *Dengue Haemoragic Fever* (DHF), tetapi masih perlu dilakukan pemeriksaan penunjang guna memperoleh diagnosa yang akurat yaitu:

a. Uji tourniquet

Dikatakan positif bila ada butir-butir merah (peteqie) lebih kurang 20 pada diameter 2,5 Inci.Dilakukan negatif bila tidak ada butir-butir merah (peteqie).

b. Hasil laboratorium terdiri dari :

1) Hematokrit (HCT) meningkat lebih dari 20 %
   Normalnya : Laki-laki : 40 - 54 %
   Perempuan : 36 - 46 %
2) Trombosit (PLT) menurun<150.000/mm^3
   Normalnya : 150.000-450.000 /mm^3
3) Leukosit menurun pada hari kedua dan ketiga
   Normalnya : 4500 - 10.000 /UI
4) Hemoglobin (HGB) menurun jika terjadi perdarahan yang hebat.
   Normalnya : Laki-laki : 13,5 - 18 g/dL
   Perempuan : 12 - 16 g/dL
5) Pada pemerilsaan kimia darah terdapat hiponatremia, Hipopreteinemia

c. Pemeriksaan Dengue Blood (metode Rapid)

Untuk melihat anti body IgG dan IgM. pemeriksaan IgG itu untuk melihat infeksi pertama kalinya pasien terkena *Dengue Haemoragic Fever* (DHF). Pemeriksaan IgM itu untuk melihat infeksi kedua kalinya pasien terkena *Dengue Haemoragic Fever* (DHF)

d. Pemeriksaan CT Scan.

1) Hepar: Menunjukkan adanya pembesaran lobus hepar(Hepatomegali).
2) Limfa : Menunjukkan adanya pembesaran limfa(Splenomegali).

7. Penatalaksaan Medik
    1. PenatalaksanaanMedik

        Pada penderita DHF sebaiknya dirawat di kamar yang bebas nyamuk (berkelambuk) untuk mencegah penyebarannya. Perawatan diberikan sesuai dengan masalah yang ada pada penderita sesuai dengan beratnya penyakit.Berikut ini dijabarkan cara penatalaksanaan pasien DHF berdasarkan derajat penyakitnya.

        a. Derajat I

            Terdapat gangguan kebutuhan nutrisi dan elektrolit karena adanya muntah dan anorexia. Gangguan rasa nyaman karena demam, nyeri epigastrium .Perawatan pada derajat ini adalah istirahat baring dan makan-makanan yang lunak.

            Bila belum ada nafsu makan di anjurkan minum air yang banyak 1,-2 liter/hari (susu, teh, syrup dan sebagainya). Selain itu juga dilakukan:

            1) Kompres dingin
            2) Memantau keadaan umum, suhu, tensi, nadi dan perdarahan
            3) Periksa Hb, Hct dan trombosit
            4) Berikan obat antipiretik dan antibiotik bila di kuatirkan akan terjadi infeksi sekunder

        b. Derajat II

            Peningkatan kerja jantung karena adanya *epitaksis, melena* dan *hematemesis*. Perawatan pada derajat ini yaitu:

            1) Bila terjadi *epitaksis*, darah di bersihkan dan pasang tampon sementara
            2) Bila penderita sadar, boleh diberi makan dalam bentuk lemak tetapi bila terjadi *hematemesis* harus di puasakan

dulu, mengatur posisi kepala dimiringkan agar tidak terjadi aspirasi

3) Bila perut kembung/besar di pasang maag slang
4) Sedapat mungkin membatasi terjadi perdarahan, jangan sering di tusuk
5) Pengobatan diberikan sesuai dengan intruksi dokter, perhatikan teknik-teknik pemasangan infus, jangan menambah perdarahan
6) Tetap observasi keadaan umum, suhu, nadi, tensi dan perdarahannya
7) Semua kejadian di catat dalam catatan perawat
8) Bila keadaan memburuk segera lapor dokter

c. Derajat III-IV

Terdapat gangguan kebutuhan O_2 karena kerja jantung menurun, penderita *pre-shok* dan *shok*. Perawatan pada derajat ini yaitu:

1) Mengatur posisi tidur penderita, tidurkan posisi terlentang dengan posisi kepala ekstensi.
2) Membuka jalan nafas dengan cara pakaian yang ketat di longgarkan, bila ada lendir di bersihkan dari hidung dan mulut
3) Di pasang oksigen
4) Di awasi terus-menerus dan jangan di tinggal pergi
5) Kalau perdarahan banyak (Hb turun) mungkin di berikan transfusi atas izin dokter
6) Semua kejadian di catat dalam catatan perawat dan kalau perlu dilaporkan pada dokter
7) Bila penderita tidak sadar diatur tidur selang-seling, perhatikan kebersihan kulit juga pakaian tetap bersih

8. Komplikasi

Adapun komplikasi yang dapat disebabkan oleh penyakit *Dengue Haemoragic Fever (*DHF) yaitu:

a. Anoxia Jaringan

Anoxia jaringan dapat terjadi karena adanya Peningkatan permeabilitas kapiler dinding pembuluh darah, maka volume plasma menurun, dan Ht meningkat sehingga terjadi trombositopenia yang mengakibatkan perdarahan, dan saat terjadi perdarahan secara langsung Hb menurun sehingga darah tidak mampu mengikat O_2 sehingga terjadi anoxia jaringan.

b. Hepatomegali

Hepatomagali dapat disebabkan terjadi kebocoran plasma keruang intravaskuler yang mengakibatkan plasma merembes ke hepar melalui sistem vena porta sehingga terjadi peningkatan cairan plasma dalam hepar.

c. Efusi Pleura

Efusi pleuradisebabkan 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. Asidosis Metabolik

Asidosis metabolik terjadi karena hilangnya bikarbonat saat terjadinya muntah yang berlebihan secara terus menerus.

e. Syok Hipovolemik

Karena terjadinya kebocoran plasma keruang intravaskuler mengakibatkan penurunan tekanan pengisian sirkulasi darah penurunan aliran balik vena dan curah jantung menurun, maka terjadi syok hipovolemik.

B. KONSEP DASAR KEPERAWATAN

1. Pengkajian
   a. Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

      Lingkungan tempat tinggal kurang baik, tidur tidak memakaikelambu, dan pemeliharaan kebersihan diri kurang. Tampak lingkungan di sekitar rumah kotor
   b. Pola Nutrisi dan Metabolik :

      Penurunan nafsu makan, kesulitanmenelan, mual dan muntah, dyspepsia, anorexia.Membran mukosa bibir kering, penurunan BB, pucat, turgor kulit kering, nyeri ulu hati, perdarahan pada gusi.
   c. Pola Eliminasi :

      Sering buang air kecil, penurunan haluaran urine, hematemesis, feses darah segar, diare, melena, konstipasi.

      Distensi abdomen, hiperperistaltik usus, perubahan warna urine dan feces.
   d. Pola Aktivitas dan Latihan :

      Kelelahan, keletihan, malaise umum, penurunan semangat untuk bekerja, sakit kepala, pegal seluruh tubuh, dan demam.

      Lesu, kurang tertarik pada keadaan sekitarnya, kelemahan otot, penurunan kekuatan, keletihan, nyeri otot /persendian / punggung, epitaksis, ekimosis, dan keringat dingin.
   e. Pola Tidur dan Istirahat

      Keletihan, malaise, insomnia, gelisah.palpebra tampak gelap,konjungtiva anemik.
   f. Pola Persepsi Kognitif

      Kemampuan mengingat masa lalu dan identitas diri pasien tidak ada Mengalami gangguan penginderaan.

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri
   Mudah marah, frustasi dengan penyakit.
   Ansietas, dan fokuspada diri sendiri.
h. Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama
   Ketidakmampuanaktif dalam sosial, perasaan isolasi.
   Diam, rasa tidak percaya.
i. Pola Reproduksi dan Seksualitas
   Selama pasien sakit tidak ada masalah terhadap alat reproduksi dan akan terjadi Penurunan libido atau gairah seks menurun
j. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stress Nyeri abdomen, sakit kepala, gelisah, nyeri tulang/sendi.Perilaku berhati-hati, gelisah, fokus pada diri sendiri.
k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan
   Selama paien masih dalam keadaran penuh pasti akan tetap berusaha dan berdoa supaya penyakit yang di derita dapat sembuh dan pulih kembali(Handayani wiwik 2012

2. Diagnosa Keperawatan

   Adanya Diagnosa Keperawatan yang dapat diangkat dari penyakit *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) yaitu :

   a. Hipertermi b/dpenyakit
   b. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kekurangan volume cairan aktif
   c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d faktor biologis (mual, muntah dan anorexia)
   d. Intoleransi aktivitas b/d kelemahan fisik
   e. Defisiensi pengetahuan b/d tidak kuang sumber informasi

3. Perencanaan Keperawatan

a. Hiperterm berhubungan dengan penyakit

NOC (*Nursing Outcomes Classifications*) :

1. Termoregulasi.
2. Tanda – tanda vital

NIC (*Nursing* Interventions *Classifications*)

1. Pengaturan suhu
2. Pengaturan hemodinamik
3. Manajemen cairan
4. Manajemen pengobatan
5. Pencegahan kejang
6. Aplikasi panas/dingin

b. Kekuranganvolume cairan b/d kehilangan cairan aktif

NOC (*Nursing Outcomes Classifications*) :

1. Keseimbangan cairan
2. Status Hidrasi

NIC (*Nursing Interventions Classifications*)

1. Manajemen cairan
2. Manajemen Hipovolemi
3. Manajemen Syok
4. Manajemen pengobatan

c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan b/d faktor biologis

NOC (*Nursing Outcomes Classifications*) :

1. Status nutrisi : Asupan makanan dan cairan
2. Nafsu makan
3. Tingkat nyeri
4. Kesehatan mulut
5. Berat badan: Massa tubuh

NIC (*Nursing* Interventions *Classifications*):

1. Manajemen nutrisi
2. Manajemen cairan
3. Manajemen berat badan
4. Manajemen pengobatan

d. Defisiensi pengetahuan b/d kurang sumber informasi

NOC :

1) Pengetahuan Manajemen Penyakit Akut
   a) Tanda dan gejala penyakit dipertahankan pada skala 2 (pengetahuan terbatas) ditingkatkan ke skala 3 (pengetahuan sedang)
   b) Tanda dan gejala komplikasi dipertahankan pada skala 2 (pengetahuan terbatas) ditingkatkan ke skala 3 (pengetahuan sedang)
   c) Efek terapi obat dipertahankan pada skala 2 (pengetahuan terbatas) ditingkatkan ke skala 3 (pengetahuan sedang)

NIC :

1) Pendidikan Kesehatan
   a) Identifikasi faktor internal atau eksternal yang dapat meningkatkan atau mengurangi motivasi untuk berperilaku sehat
   b) Tentukan pengetahuan kesehatan dan gaya hidup perilaku saat ini pada individu, keluarga, atau kelompok
   c) Rumuskan tujuan dalam program pendidikan kesehatan tersebut.
   d) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk menolak perilaku yang tidak sehat atau beresiko daripada memberikan saran untuk menghindari atau mengubah perilaku

2) Pengajaran proses penyakit

a) Kaji tingkat pengetahuan pasien terkait dengan proses penyakit spesifik

b) Kenali pengetahuan pasien mengenai kondisinya

c) Jelaskan tanda dan gejala yang umum dari penyakit, sesuai kebutuhan

d) Identifikasi perubahan kondisi fisik pasien

e) Berikan informasi kepada keluaraga mengenai perkembangan pasien

f) Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi dimasa yang akan datang.

g) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik.

NOC :

1) Toleransi terhadap aktivitas hasil kriteria :

a) frekuensi nadi ketika beraktivitas dipertahankan pada sakal 3 (cukup terganggu) di tingkatkan ke skala 4 (sedikit terganggu)

b) kemudahan bernapas ketika beraktivitas di pertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) di tigkatkan ke skala 4 (sedikit terganggu)

NIC :

1) Manajemen Energi

a) Kaji status fisiologi pasien yang menyebabkan kelelahansesuai dengan konteks usia dan perkembangan

b) Anjurkan pasien mengungkapkan perasaan secara perbal mengenai keterbatasan yang di alami

c) Pilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis, dengan tepat.

d) Monitor intake/ asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energy yang adekuat
e) Ajarkan pasien mengenai pengelolahan kegiatan dan teknik manajemen waktu utnuk mencegah kelelahan
f) Anjurkan pasie untuk memilih aktivitas-aktivitas yang membangun ketahanan. (Deoge E Marilin 2010)

4. Dischage pleaning

Setelah pasien pulang, tindakan perawatan belum tentu terputuskan,olehsebab ituperawat perlu memberikan penjelasan mengenai tindakan apa yang seharusnya dilakukan saat pasien pulang yaitu: (Widoyono, 2011).

a. Memberi penjelasan tentang tindakan pencegahan yang dapat dilakukan oleh keluarga untuk menghindari *Degue Haemoragic Fever* (DHF), seperti: melakukan pemberantasan vektor disemua daerah berpotensi penularan tinggi DHF.

   Ada 2 macam pemberantasan vektor antara lain :

   1) Menggunakan insektisida

      Yang lazim digunakan dalam program pemberantasan *Dengue Haemoragic Fever* (DHF) adalah malathion Setelah untuk membunuh nyamuk dewasa dan temphos (abate) untuk membunuh jentik.

2) Tanpa insektisida

Cara adalah :

a) Menguras bak mandi, tempayan dan tempat penampunganair minimal1xseminggu (perkembangan telur nyamuk lamanya 7-10 hari).

b) Menutup tempat penampungan air rapat-rapat.

c) Membersihkan halaman rumah dari kaleng bekas, botol pecah dan benda lain.

b. Menganjurkan kepada pasien untuk rutin minum obat yang telah diresepkan oleh dokter.

c. Menganjurkan kepada pasien untuk dalam beberapa hari ini tetap istirahat yang cukup, kurangi aktivitas.

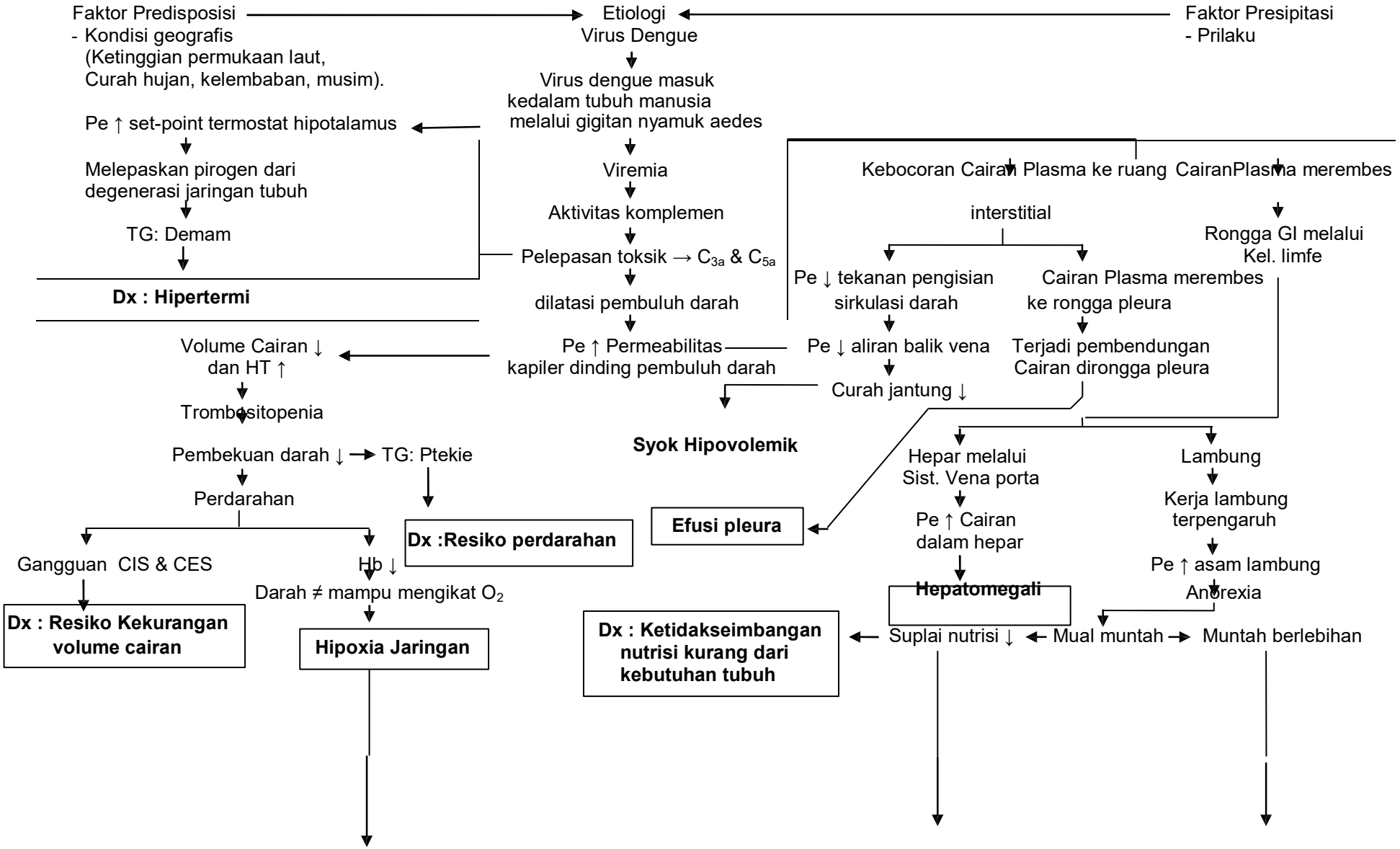
d. Memberikan informasi, bahwa jika tidur sebaiknya menggunakan kelambuk untuk mencegah gigitan nyamuk Aedes.

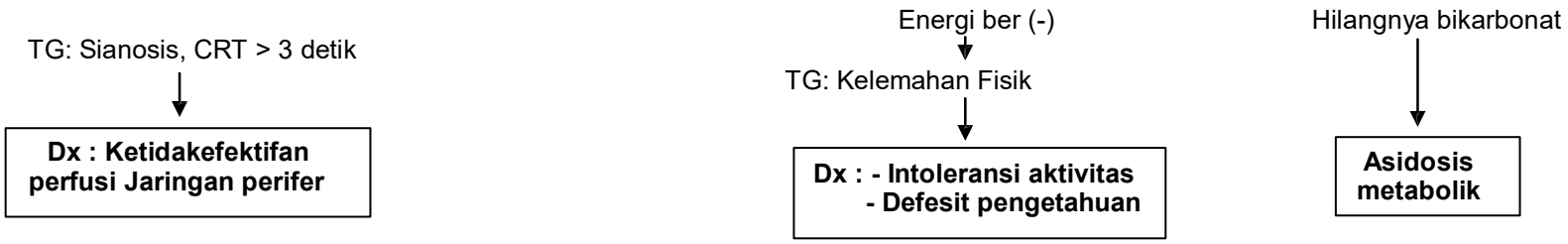
e. Berikan informasi yang berkaitan dengan nyamuk demam berdarah misalnya : warna bulu dan badan nyamuk.

f. Ajarkan tentang pertolongan pertama pada penderita demam berdarah dengue dengan cara memberikan cairan sebanyak mungkin.

g. Ajarkan tentang tanda dan gejala awal dari penyakit *Dengue Haemoragic Fever* (DHF).

C. Patoflowdiagram




TG: Sianosis, CRT > 3 detik
Dx : Ketidakefektifan perfusi Jaringan perifer
Energi ber (-)
TG: Kelemahan Fisik
Dx : - Intoleransi aktivitas
- Defesit pengetahuan
Hilangnya bikarbonat
Asidosis metabolik

BAB III PENGAMATAN
KASUS

Pasien Tn ‘’Y’’ masuk Rumah Sakit Stella Maris di Ruangan St. Bernadeth IIIB dengan diagnosa medik DHF (*Dengue Hemoragic Fever*). Keluhan utama yang membawah pasien masuk Rumah Sakit Demam sejak 5 hari yang lalu. Pada saat pengkajian pada tanggal 27/02/2019 didapatkan keluhan utama: demam sejak 5 hari yang lalu, pasien mengatakan demam yang dirasakan naik turun pada sore hari disertai mual dan muntah, sakit kepala, nyeri ulu hati.

Saat pengkajian pasien mengatakan demamnya masih naik turun, mual dan muntah 2-3x berupa cairan dan sedikit makanan, sakit kepala, kurang nafsu makan. Pada saat pengkajian didapatkan pasien merasa nyeri pada ulu hati, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk selama ± 10 menit, pasien mengatakan nyeri muncul secara tiba-tiba, dengan skala nyeri 6, tampak pasien meringis, kulit teraba hangat. Tampak pasien berbaring lemas di atas tempat tidur dengan posisi terlentang, tampak ptekie pada kedua lengan, tampak ekspresi wajah pasien meringis. Mukosa bibir tampak kering. Hasil pemeriksaan Tanda-tanda Vital didapat hasil: TD: 150/70 mmHg, Nadi: 80x/m, pernapasan: 20x/m, Suhu: 38,6^{0}c. Terapi yang didapat di rumah sakit mendapatkan terapi Ranitidin 1 ampl IV, Novaldo 1 ampl/12 jam drips, Omeperazole 1 fl/12 jam IV. Pemeriksaan diagnostik yang dilakukan pada pasien ANTI *DENGUE* IgG, IgM Anti *Dengue* positif (+).

Berdasarkan data diatas, penulis mengangkat tiga diagnosa keperawatan diatas yang diproritaskan yaitu: Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. Hipertermi berhubungan dengan penyakit. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis.

A. KAJIAN KEPERAWATAN

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji :	Yohanes Barung	NIM : E1614401040
	Saldianus Parut	NIM : E1614401037

Unit	: Bernadeth 3 B	Autoanamnese	: √
Kamar	: 364	Alloanamnese	: √
Tanggal Masuk RS	: 27/02/19		
Tanggal Pengkajian	: 27/02/19		

1. IDENTIFIKASI
   a. Pasien

Nama initial	: TN.”Y”
Umur	: 68 tahun
Jenis kelamin	: Laki laki
Status perkawinan	: Menikah
Jumlah anak	: 3
Agama/ suku	: Katolik/Makassar
Warga Negara	: Indonesia
Bahasa yang di gunakan	: Indonesia
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Wraswasta
Alamat rumah	: Jl.Tinumbu

   b. Penanggung Jawab

Nama	: Tn. “A”
Umur	: 30 Tahun
Alamat	: Jl.Tinumbu
Hubungan dengan pasien	: anak

2. DATA MEDIK

   Diagnosa medik

   Saat masuk : DBD

   Saat pengkajian : DBD (Demam Berdarah Dengue) Grade II

3. KEADAAN UMUM

   A. KEADAAN SEJAK SAKIT

   Pasien Tampak Sakit ***Ringan*** / Sedang / Berat / Tidak Tampak Sakit

   Alasan: tampak pasien terpasang infus RL. 500 cc/20 tetes/menit di tangan kiri, pasien berbaring lemas di atas tempat tidur dengan posisi terlentang, tampak ptekie pada kedua lengan, tampak ekspresi wajah pasien meringis.

   B. TANDA-TANDA VITAL

   1. Kesadaran (Kualitatif) : Compos Mentis

      Skala koma (kuantitatif)

      a) Respon Motorik : 6

      b) Respon Bicara : 5

      c) Respon Membuka Mata : 4 +

      Jumlah : 15

      Kesimpulan : composmetis

   2. Tekanan darah : 150/70 mmHg

      MAP : 96.6 mmHg

      Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai

   3. Suhu : 38.6 ^{o}c di [ ] Oral [√] Axilla

   4. Pernapasana : 20×/menit

      Irama : Teratur [ ] Bradipnea [√]

      Takipnea [ ] Kusmaul [ ]

      Cheynesstokes [ ]

      Jenis : Dada [√] Perut [ ]

   5. Nadi : 90x/menit

      Irama : Teratur [√] Bradikardi [ ] Takikardi [ ]

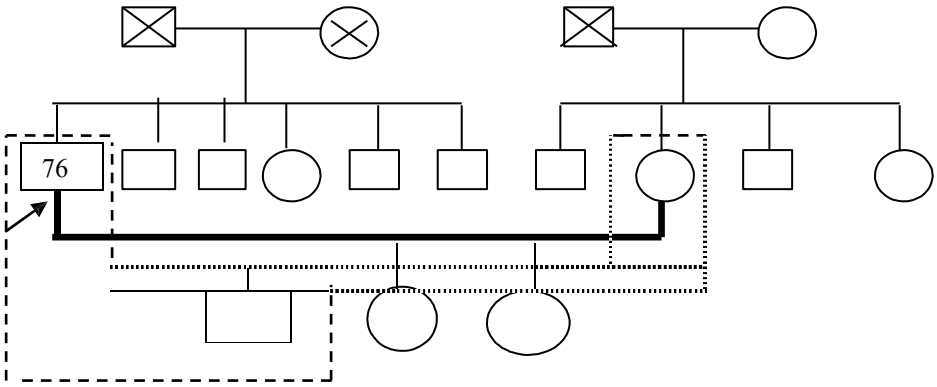
      Kuat [ ] Lemah [ ]

C. PENGUKURAN

1. Lingkar Lengan Atas :
2. Tinggi Badan : 165 cm
3. Berat Badan : 68 kg
4. IMT (Indekx Masa Tubuh) : 22,6 kg/m^2

   Kesimpulan : Berat Badan Ideal

D. GENOGRAM



Keterangan :

: Laki-laki

: Perempuan

: Meninggal

: Sudah Menikah

--------- : Tinggal Serumah

: Menunjukkan Pasien

4. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN

A. Pola Persepsi Kesehatan Dan Pemeliharaan Kesehatan

1. Keadaan Sebelum Sakit

Pasien mengatakan bahwa kesehatan adalah hal yang sangat penting sehingga harus di jaga. Pasien mengatakan sering sakit flu, batuk, demam, dan selalu membeli obat di apotik terdekat.

Pasien juga mengatakan di lingkungan tempat tinggal sangat kotor karena di depan rumah tergenang air got, namun pasien jarang membersihkan. Pasien juga mengatakan sering mengantung banyak baju di rumah terlebih di kamar pasien.

2. Riwayat penyakit saat ini :

a) Keluhan utama : Demam

b) Riwayat keluhan utama.

Pasien mengatakan demam yang dirasakan sejak 5 hari yang lalu, pasien mengatakan demam yang dirasakan naik turun pada sore hari disertai mual, muntah, sakit kepala, nyeri ulu hati disertai kurang nafsu makan. Saat pengkajian pasien mengatakan sebelum dibawa ke rumah sakit pasien mengkonsumsi obat paracetamol tablet tetapi demam tidak turun, sehingga keluarga memutuskan untuk membawa ke RS Stella Maris pada tanggal 27/02/19. Saat pengkajian pasien mengatakan demamnya masih naik turun, mual, muntah 2-3x berupa cairan ±200cc dan sedikit makanan, sakit kepala, nyeri pada ulu hati, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk selama ±10 menit, pasien mengatakan nyeri muncul secara tiba-tiba, dengan skala nyeri 6, tampak pasien lemas, tampak pasien meringis, mukosa

bibir tampak kering kulit teraba hangat dan tampak ptekie di kedua lengan pasien.

3. Riwayat penyakit yang pernah dialami: pasien menyatakan ada riwayat penyakit hipertensi sejak 3 tahun lalu.
4. Riwayat kesehatan keluarga:

   Pasien mengatakan didalam keluarga ada riwayat penyakit keturunan seperti hipertensi. Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang pernah mengalami penyakit yang dideritanya sekarang.yaitu deman (DBD).
5. Pemeriksaan fisik :
   a) Kebersihan Rambut : Tampak Bersih
   b) Kulit Kepala : Tampak Bersih
   c) Kebersihan Kulit : Tampak ada bintik merah dikedua tangan(PTEKIE).
   d) Hygiene Rongga Mulut : Tampak Bersih
   e) Kebersihan Genitalia : Tidak di Kaji
   f) Kebersihan Anus : Tidak di Kaji

B. POLA NUTRISI DAN METABOLIK

1. Keadaan Sebelum Sakit

   Pasien mengatakan sebelum sakit makan 3 kali sehari dengan menu nasi, ikan,daging, sayur, sesekali makan buah-buahan dan minum air putih 5-8 gelas. Pasien.
2. Keadaan Sejak Sakit:

   Pasien mengatakan sejak sakit pasien makan 3 kali sehari dengan jenis makan bubur, ikan, sayur, dan dan pasien mengatakan tidak ada nafsu makan. Pasien mengatakan dari 1 porsi makanan yang di berikan pasien hanya mampu makan ½ porsi saja karena mulut terasa pahit di sertai mual dan muntah 2-3 kali setiap kali makan ± 600 cc dalam sehari. Pasien mengatakan

malas minum air putih , pasien hanya minum 2-3 gelas ±650 cc saja sehari dan pasien berkeringat banyak.

3. Observasi :

   Tampak pasien hanya menghabiskan ½ porsi makanan dari 1 porsi yang disediakan dari rumah sakit. Tampak pasien mual, tampak pasien muntah 1 kali sekitar 100 cc, tampak badan pasien teraba hangat, tampak ptekie di kedua lengan, tampak pasien berkeringat banyak, tampak terpasang infus RL 500 cc dengan faktor tetes 20 tts/menit botol ke dua total cairan infus RL yang masuk sampai saat pengkajian 800 cc.

4. Pemeriksaan fisik :

   a) Keadaan Rambut : Tampak bersih dan berwarna hitam
   b) Hidrasi Kulit : Finger print kembali dalam 4 detik
   c) Palpebra/Conjungtival : Tidak anemis
   d) Sclera : Tampak Sclera Tidak Ikterik
   e) Hidung :Tampak septum berada ditengah dan tidak ada sekret
   f) Rongga Mulut : Tampak Bersih Gusi : Tidak Ada Peradangan
   g) Gigi : Tampak Berwarna Putih Gigi Palsu : Tidak Ada
   h) Kemampuan mengunyah keras : Pasien mampu mengunyah makanan yang keras
   i) Lidah : Tampak lidah berwarna putih
   j) Pharing :Tidak ada pembesaran pharing
   k) Kelenjar getah bening : Tidak teraba adanya pembesaran kelenjar getah bening
   l) Kelenjar parotis : Tidak teraba adanya pembesaran kelenjar parotis
   m) Abdomen

Inspeksi :Bentuk simetris, bayangan vena tidak nampak

Auskultasi : Peristaltik usus 15 kali/menit

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Perkusi : Asites positif negatif

n) Kulit :

Edema : Positif [ ] Negatif [√]

Icterik : Positif [ ] Negatif [√]

Tanda-tanda radang : tidak ada peradangan

o) Lesi : Tidak ada lesi pada kulit

C. POLA ELIMINASI

1. Keadaan Sebelum Sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit BAB lancar dengan konsistensi padat kadang lembek dan warna kekuningan dengan frekuensi 1-2 kali sehari dan BAK 3-4 kali sehari dengan warna kuning.

2. Keadaan Sejak Sakit

Pasien mengatakan sejak sakit pasien belum BAB sejak dua hari yang lalu, BAK 3 kali ± 500 cc / sehari dengan bau amoniak berwarna kuning.

3. Obervasi

Balance cairan untuk 24 jam

Intake:

- Air mineral : 650 cc
- Infuse : 800 cc +

1400 cc / 24 jam

Output:

BAK : 500 cc

Muntah : 700 cc

1200 cc / 24 jam

IWL: BB x 15/24 jam

= 61 x 15/24 jam

= 915 cc/24 jam

IWL demam = IWL normal + 200 x (suhu sekarang – 36,8)

= 915+ 200 x (38 – 36,8)

= 1155 cc / 24 jam

Balance cairan

CM-(CK+IWL demam)

1400-(1200+1155)

=1400 -2355

= - 955

4. Pemeriksaan fisik

a) Peristaltik usus : 15 x/menit

b) Palpasi kandung kemih :Penuh [ ] Kosong [√]

c) Nyeri ketuk ginjal : Positif [ ] Negatif [√]

d) Mulut uretra : Tidak di kaji

e) Anus :

Peradangan : Tidak ada

Hemoroid : Tidak di kaji

Fistula : Tidak di kaji

D. POLA AKTIVITAS DAN LATIHAN

1. Keadaan Sebelum Sakit:

Pasien menyatakan sering melakukan olahraga di rumahnya seperti jogging pagi dan sore.

2. Keadaan Sejak Sakit

Pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak melakukan aktivitas seperti biasanya dan pasien lebih sering berbarig di tempat tidur karena merasa lemas, demam, dan pusing. Pada saat pengkajian pasien mengatakan merasa nyeri pada ulu hati, nyeri yang

dirasakan seperti tertusuk-tusuk, dengan skala nyeri 6, durasi nyeri 10 menit, nyeri dirasakan saat pasien melakukan aktivitas.

3. Observasi

Tampak pasien hanya berbaring, tampak ekspresi wajah meringis, tampak terpasang infus RL 500 cc dengan faktor tetes 20 tts/menit, tampak pasien memegang perutnya, badan teraba hangat, tampak ptekie di kedua tangan pasien

a) Aktivitas harian

Makan : 2
Mandi : 2
Pakaian : 2
Kerapian : 2
Buang air besar : 2
Buang air besar : 2
Mobilisasi di tempat tidur : 2

0. mandiri
1. Bantuan dengan alat
2. Bantuan orang
3. Bantuan alat dan orang
4. Bantuan penuh

b) postur tubuh :tampak tegak

c) gaya jalan:tampak tegak

d) anggota gerak yang cacat : tampak tidak ada anggota yang cacat

e) fiksasi:tidak ada

f) tyracheoostomi : tidak ada

1. pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

Berbaring : 150/70 mmHg
Duduk : tidak dikaji pasien hanya bisa berbaring
Berdiri : tidak dikaji pasien hanya bisa berbaring
Kesimpiulan : Hipertensi : positif [-]
Negatif [-]

b) HR : 84 kali/menit

c) Kulit :

Keringat dingin : tampak pasien keringat dingin

Basah : tampak basah

d) JVP :5-2 CMH_2O

Kesimpulan pemompa ventrikel memadai

e) Perfusi pembulu kapiler kuku : dapat kembali dalam waktu 3 detik

f) Thorax dan pernapasan

Inspeksi

Bentuk thorax : Tampak simetris kiri dan kanan

Retraksi interkosta : Tampak tidak ada

Sianosis : Tampak tidak ada sianosis

Stridor : Tampak tidak ada stridor

Palpai

Vokal premitus : Teraba getar paru kiri dan kanan sama

Krepitasi : Tidak ada

Perkusi

[√] Sonor [ ] Redup [ ] Pekak

Lokasi : seluruh lapang paru

Auskultasi

Suara napas : Vesikular seluruh lapang paru

Suara ucapan : Terdengar kiri dan kanan sama kuat

Suara tambahan : Tidak terdengar

g) Jantung

Inspeksi

Ictus cordis : Tidak tampak

Palpasi

Ictus cordis : teraba pada ICS v linea midklavikularis sinistra

Perkusi

Batas atas jantung : ICS II linea sternalis sinistra

Batas bawah jantung: ICS II linea sternalis dextra

Batas kanan jantung : linea sternalis dextra

Batas kiri jantung : linea midklavikularis sinistra

Auskultasi

Bunyi jantung II A : Tunggal, ICS II linea sternalis dextra

Bunyi jantung II P : Tunggal, ICS II linea sternalis dextra

Bunyi jantung I T : Tunggal, ICS IV linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I M :Tunggal, ICS V linea midklavikularis sinistra

Bunyi jantung III Irama galop : Tidak terdengar

Murmur : Tidak terdengar

Bruit : Aorta : Tidak ada

A. Renalis : tidak ada

B. Femoralis : Tidak ada

h) Lengan dan tungkai

Atrofi otot : ☐ Positif ☐ Negatif

Rentang gerakl : Terbatas tangan kanan karena terpasang infus

Kaku sendi : Tidak ada

Nyeri sensi : Tidak ada

Fraktur : Tidak ada

Parese : Tidak ada

Paralisis : Tidak ada

Uji kekuatan otot

	kanan	kiri
Tangan	5	5
Kaki	5	5

Keterangan :

Nilai 5 : Kekuatan penuh

Nilai 4 : Kekuatan kurang dibanding dengan yang lain

Nilai 3: Mampu menahan tegak tapi tidak mampu menahan tekan

Nilai 2 : Mampu menahan gaya gravitasi tapi dengan sentuhan akan jatuh

Nilai 1 : Tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0 : Tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

Refleks fisiologi : bicep +, Triceps +, Patolla +

Refleks patologi

Babinski, Kiri : [ ] Positif

[√] Negatif

Clubing jari-jari : Tidak ada

Varises tungkai : Tidak ada

i) Columna vetebralis

Inpeksi : [ ] Lordosis [ ] Lordois Negatif [√]

Palpai : Tidak ada nyeri tekan

Kaku kuduk : Tidak ada kaku kuduk

E. POLA TIDUR DAN ISTRAHAT

1. Keadaan Sebelum Sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit paien biasa tidur malam jam 12.00 tidur.dan tidur siang 2 sampai jam 3 sore.

2. Keadaan Sejak Sakit

Pasien mengatakan selam sakit pasien biasa tidur siang hanya 2-3 jam dan tidur malam mulai pukul 22.00. pasien biasa terbangun pada malam hari karena demam dan nyeri.pada uluh hati.

3. Observasi

Tampak pasien menguap, tampak wajah lemas dan lesu, tampak pasien hanya berbaring.

Ekspresi wajah mengantuk : [√] Positif [ ] Negatif

Banyak menguap : [ ] Positif [√] Negatif

Palpelbra inferior berwarna gelap : [ ] Positif [√] Negatif

F. POLA PRESEPSI KONGNITIF

1. Keadaan Sebelum Sakit

Pasien mengatakan masih mampu mengingat sesuatu atau masalah lalunya. Pasien juga mengatakan tidak ada gangguan pada pendengaran, penglihatan, penghirupan, dan perabaan. Pasien tidak ada pengunaan alat bantu dengar dan lihat.

2. Keadaan Sejak Sakit

Pasien mengatakan sama dengan sebelum sakit. Pasien mampu mempelajari atau menginggat segala sesuatu. Paien mengatakan tidak ada mengalami gangguan penglihatan, pendengaran, dan perabaan.

3. Obsevasi
4. Pemeriksaan fisik

a) Penglihatan :

Kornea : Tampak jerni

Pupil : Tampak isokor

Lensa mata : Tampak tampak kerut

Tekanan iktra okulewr (TIO) : teraba sama kenyal kiri dan kanan

b) Pendengaran

Pina : tampak simetris kiridan kanan

Kanalis : Tampak bersi. Tampak tidak adanya serumen

Membran timpani : Tampak utuh memantulkan refleks cahaya.

c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai: pasien dapt merasakan goresan pulpen pada kedua tangannya dengan mata tertutup.

G. POLA PERSEPSI DAN KONSEP DIRI

1. Keadaan Sebelum Sakit

Pasien mengatakan ia sangat mengerti tentang dirinya dan mengatakan dirinya biasa, pasien mengatakan bangga mempunyai keluarg yang sangat menyayanginya. Klien mengatakan dirinya adalah orang yang sabar dan tidak mudah putusasa dalam menghadapi masalah.

2. Keadaan Sejak Sakit

Pasien mengatakan berharap agar penyakitnya cepat sembuh dan dapat kembali bersama keluarga kel

Observasi

a) Kontak mata : Menatap perawat saat berbicara
b) Rentang perhatian : Perhatian penuh
c) Suara dan cara bicara : Jelas
d) Postur tubuh :Tampak tegak

3. Pemeriksaan fisik

a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada kelainan pada anggota tubuh pasien
b) Bentuk atau postur tubuh : Tampak tegak
c) Kulit : Tampak berih dan terdapat bintik-bintik merah pada kedua lengan pasien (PTQ)

H. POLA PERAN DAN HUBUNGAN DENGAN SESAMA

1. Keadaan Sebelum Sakit

Pasien mengatakan tinggal bersama keluarganya dan selalu bergaul dengan orang/tetangga di lingkungan tempat tinggalnya. Pasien mengatakan hubungan dengan keluarga dan orang lain cukup baik. Dan tidak ada masalah dalam keluarganya.

2. Keadaan Sejak Sakit

Pasien mengatakan merasa perihatin dengan keadaan saat ini oleh Keluarga dan mengharapkan dia cepat sembuh. Pasien mengatakan tidak ada gangguan hubungan dengan keluarga maupun masyarakat di lingkungan mereka.

3. Observasi

Pasien tampak selalu di temanin oleh istri dan ke tiga anaknya.

I. POLA REPRODUKSI DAN SEKS SUALITAS

1. Keadaan Sebelum Sakit

Pasien mengatakan tidak ada bermasalah dalam pola reproduksi dan seksualitas.

2. Keadaan Sejak Sakit

Pasien mengatakan tidak adamasalah pada alat reproduksinya

3. Observasi

Tidak di perbolehkan untuk kaji

J. POLA MEKANISME KOPING DAN TOLERANSI TERHADAP STRES

1. Keadaan Sebelum Sakit

Pasien mengatakan bila ada masalah dalam keluarganya selalu di selesaikan dengan baik tanpa mengunakan fisik.

2. Keadaan Sejak Sakit

Pasien mengatakan selama sakit pasien merasa cemas terhadap pneyakitnya tetapi merasa yakin bahwa penyakitnya akan cepat sembuh.

3. Observasi

Tampak pasien bercerita dengan istri dan anak anak nya

K. POLA SISTEM NILAI KEPERCAYAAN

1. Keadaan Sebelum Sakit

Pasien mengatakan dia menganut agama khatolik pasien rajin ke gereja setiap hari minggu.

2. Keadaan Sejak Sakit

Pasien mengatakan selama masuk rumah sakit ia sering berdoa agar penyakitnya cepat sembuh. Pasien mengatakan ia berpasra kepada Tuhan atas penyakitnya yang di derita nya sekarang.

3. Observasi

Tampak ada alkitap di samping pasien.

5. UJI SARAF KRANIAL

A. N.1 : Pasien mampu menghirup bau minyak kayu putih
B. N.II : Pasien mampu membaca papan nama perawat denganb jarak 30 cm
C. N.III, IV, VI : Pasien mampu mengerak bola mata kesegala arah
D. N.V :

Sensorik : pasien dapat merasakan goresan kapas pada wajah
Motorik : pasien mampu mengigit dengan kuat

E. N.VII

Sensorik : pasien dapat meraskan asinya garam
Motorik : pasien mampu mengangkat alis mata

F. N. VIII

Vestibularis : Pasien Mampu Berdiri Tegak
Akustikus : pasien mampu mendengarkan goresan jari perawat

G. N.IX : Pasien mampu mengangkat kedua tangannya
H. N.X : Pasien mampu menelan
I. N.XI : Pasien mampu mengangkat bahu secara bersamaan
J. N.XII : Pasien mampu mendorong pipi dengan mengunakan lidah

6. PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Parameter	Hasil	Flags	Satuan	Nilai Normal
WBC	2.5	-	10^3/uL	[4,8 --- 10,8]
RBC	4,7		10^6/uL	[4,7 --- 6,1]
HGB	13.4	-	g/dl	[14 --- 18]
HCT	37.50	-	%	[42 --- 52]
MCV	79.6	-	FL	[80 --- 99]
MCH	28.5		Pg	[27 --- 31]
MCHC	36		g/dl	[33 --- 37]
PLT	97	-	10^3/uL	[150 --- 400]
RDW-CV	11.9		%	[11,5 --- 4,5]
PDW	14.7	+	FL	[9 --- 13]
MPV	10.9		FL	[7,2 --- 11,1]
P-LCR	32.1	+	%	[15 --- 25]
NEUT %	53.8		%	[40 --- 74]
LYM %	32.5		%	[19 --- 48]
MXD %	13.7		%	[4 --- 18]
NEUT #	1,4	-	10^3/uL	[1,5 --- 7]
LYM #	0.8	-	10^3/uL	[1 --- 3,7]
MXD #	0.3		10^3/uL	[0 --- 1,2]
LED 1 Jam	18		mm/h	[0 --- 20]
LED 2 Jam	20		mm/h	[0 --- 20]

7. IMUNO SEROLOGI

ANTI DENGUE		
ANTI DENGUE IgM	Positif (+)	Negatif
ANTI DENGUE IgG	Positif (+)	Negatif

B. ANALISA DATA

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1	Ds : - Pasien mengatakan merasa mual. - Pasien mengatakan muntah 2-3 kali berupa cairan dan makan ±200cc dalam sehari - Pasien mengatakan sakit Kepala Do: - Tampak pasien muntah 2-3 kali - Tampak pasien lemas - Tampak ptekie di kedua lengan pasien - Tampak mukosa bibir kering - Tampak pasien berkeringat Banyak - Suhu: 38,6ºC - Tampak finger print kembali dalam 4 detik - Hasilpemeriksaanpenunjang : Darahrutin : WBC = 2,5 PLT = 97 Imunoserologi : Anti Dengue IgM = Positif (+) IgG = Positif (+)	Kehilangan cairan aktif	Kekurangan volume cairan

2	Ds : - Pasien mengatakan demam yang di rasakan ± sejak 5 hari yang lalu - Pasien mengatakan demam naik turun dirasakan pada sore hari - Pasien mengatakan di rumah minum obat paracetamol tetapi demam tidak turun. Do : - Tampak pasien pasien lemas - Tampak ada bintik-bintikmerah pada tangan pasien. - Tampak pasien teraba hangat. - Tanda-tanda vital Suhu 38,6^{o}c, Nadi :90 x/menit Pernapasan : 20x/menit Td : 150/.70 mmHg - Hasilpemeriksaanpenunjang : Darahrutin : WBC = 2,5 PLT = 97 Imunoserologi : Anti Dengue IgM = Positif (+) IgG = Positif (+)	Penyakit	Hipertermi

3	Ds : - Pasien mengatakan nyeri uluh hati - Pasien mengatakan terkadang nyeri yang dirasakan muncul secara tiba-tiba. - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-Tusuk - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan dengan skala 6 (sedang) - Pasien mengatakan nyeri berlangsung selama ±10 menit. Do : - Tampak pasien berbaring Lemas - Tampak pasien meringis Kesakitan - Nadi : 90 x / menit	Agen cedera biologis	Nyeri akut

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN
1	Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.
2	Hipertermi berhubungan dengan penyakit
3	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis

D. Rencana Keperawatan

Nama : Tn"y"
Ruang : St.Bernadeth IIIB

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Nursing outocomes classification	Nursing intervention classification
28/02/19 1.	Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif ditandai dengan : DS : - Pasien mengatakan merasa mual - Pasien mengatakan muntah 2-3 kali berupa cairan dan makanan ±200cc dalam sehari - Pasien mengatakan sakit kepala	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mencapai keseimbangan cairan dengan kriteria hasil : - pasien melaporkan mualnya berkurang dipertahankan pada skala 4 dan ditingkatkan pada skala 5 - pasien melaporkan muntah berkurang dipertahankan pada skala 4 dan tingkatkan pada skala 5	Manajemen cairan 1. Monitor status hidrasi 2. Monitor adanya sumber-sumber kehilangan cairan 3. Tawarkan pilihan minum setiap 1 sampai 2 jam saat terjaga 4. Instruksikan pasien atau keluarga tindakan-tindakan yang dilakukan untuk mengatasi hipovolemia 5. Kolaborsai dalam pemberian terapi caiaran.

	Tampak pasien muntah 2-3 kali Tampak pasien lemas Tampak ptekie di kedua lengan pasien Tampak pasien berkeringat banyak Suhu: 38,6ºC Tampak finger print kembali dalam 4 detik Tampak mukasa bibir kering	- pasien melaporkan sakit kepala hilang dipertahankan pada skala 4 dan ditingkatkan pada skala 5 - kelembaban membran mukosa dipertahankan pada skala 4 dan ditingkatkan ke skala 5 - keseimbangan intake dan output dalam 24 jam dipertahankan pada skala 3 dan ditingkatkan ke skala 5 - turgor kulit dipertahankan pada skala 4 dan ditingkatkan pada skala 5	Monitor cairan 1. Catat asupan dan pengeluaran 2. Monitor membrane mukosa, turgor kulit dan respons haus 3. Tentukan apakah pasien mengalami kekhasan atau gejala perubahan cairan

2.	Hipertermi behubungan dengan penyakit ditandai dengan: Ds: - Pasien mengatakan demam yang dirasakan ± sejak 5 hari yang lalu - Pasien mengatakan demam naik turun dirasakan pada sore hari - Pasien mengatakan di rumah minum obat paracetamol tetapi demam tidak turun. - Pasien mengatakan sakit kepala Do : - Tampak pasien pasien lemas - Tampak ada bintik-bintik merah pada tangan - Tampak pasien teraba hangat.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan termoregulasi dengan kriteria hasil: 1. Melaporkan kenyamanan suhu dipertahankan pada skala 3 dan ditingkatkan keskala 5 2. Sakit kepal dipertahankan pada skala 3 dan ditingkatkan keskala 5 3. Hipertermi dipertahankan pada skala 3 dan ditingkatkann ke skala 5	Monitor warna, kuantitas dan berat Perawatan demam 1. tanda tanda vital 2. Pantau suhu minimal 2 jam 3. Fasilitasi istirahat, terapkan pembatasan aktivitas, jika diperlukan 4. Anjurkan kepada pasien untuk memakai pakian Monitor yang tipis dan menyerap keringat. 5. Beri kompres air hangat 6. Beri obat atau cairan IV (misalnya, antipiretik, antibakteri dan agen anti menggigil). 7. Monitor warna kulit

	- Tanda-tanda vital Suhu : 38,6^{o}c, Nadi : 90 x/menit Pernapasan : 20x/menit T : 150/.70 mmH		
3.	Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis ditandai dengan: Ds : - Pasien mengatakan nyeri pada uluhati - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tusuk tusuk - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan dengan skala 6 sedang - Pasien mengatakan nyeri	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kontrol nyeri dipertahankan pada skala 3 dan ditingkatkan keskala 5 dengan kriteria hasil: 1. Mengenali kapan nyeri terjad pertahankan pada skala 3 ditingkatkan kekala 5 2. Mengenaliapa yang terkait dengan gejala nyeri dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan keskala 5 3. Melaporkan nyeri yang terkontrol	Manajemen nyeri 1. Lakukan pengkajian nyeri komprenhensif yaitu meliputi lokasi, karateristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus 2. Bantu pasien untuk lebih berfokus pada aktivitas bukan pada nyeri 3. Dukung istirahat tidur yang ade kuat untuk membantu penurunan nyeri. 4. Anjurkan tehnik relaksasi tarik nafas dalam 5. Berikan posisi yang nyaman sesui

	berlangsung selama 10 menit. Tampak pasien berbaring lemas Tampak pasien meringis kesakitan Nadi : 90 x / menit	dipertahankan pada skala 3 dan ditingkatkan keskala 5.	dengan kebutuhan pasien 6. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat analgesik

E. PELAKSANAAN KEPERAWATAN

Nama/umur : Tn “Y”

Ruang/kamar : St.Bernadeth IIIB/364

Tanggal	DP	Waktu	Tindakan Keperawatan	Perawat
28 februari 2019	I	07.45	Mendorong pasien untuk konsumsi Cairan H/ : Tampak pasien minum air putih 1 gelas.	Yohanes
	I,II,III	08.00	Memberikan obat sesuai yang diresepkan dan cairan IV H/ : Injeksi ranitidine 50 mg /IV Omeprazole 40 mg /IV Novaldo 1 ampul (1000 mg) /drips dalam Infus RL 500 ml Tampak terpasang cairan in fus RL 500 ml/20 tetes/menit.	Perawat
	I,II,III	09.45	Memonitor tanda-tanda vital. H/ : TD : 150/70 mmHg N : 80 x/menit S : 38ºC P : 19 x/menit.	Yohanes
	II	10.00	Memberi obat paracetamol H/: Paracetamol 1 tablet	Yohanes

	II	10 30	Memberi kompres air hangat H/: Badan pasien teraba hangat Tampak pasien menggigil	Yohanes
	II	11.30	Memonitor warna kulit. H/ : Pasien mengatakan badanya terasa panas dan menggigil. Pasien mengatakan demamnya masih naik turun. Tampak ada bintik-bintik merah pada tangan pasien dan kulit teraba hangat. Tampak pasien berkeringat dan menggigil. S: 38ºC.	Saldianus
	II	12 00	Mendorong klien untuk mengambil posisi yang nyaman. H/: Tampak pasien menggunakan pakaian yang tipis.	Saldianus
	II	12.30	Memantau suhu dan tanda-tanda vital lainya. H/: S : 37,3ºC. TD : 150/90	Yohanes

	II	13.00	Memonitor membrane mukosa, turgor kulit dan respons haus. H/: Tampak mukosa bibir pasien kering.	Yohanes
	I	14.30	Memonitor adanya sumber-sumber kehilangan cairan. H/: Pasien mengatakan masih muntah 1 kali berupa cairan kurang lebih 200 cc	Yohanes
	I	15.00	Mencatat asupan dan pengeluaran H/: Pasien mengatakan menghabiskan 3 gelas air putih ±750cc dan BAK 1 kali ± 300 cc.	Saldianus
	III	16.00	Anjurkan pada pasien untuk istirahat untuk mengurangi rasa nyeri dan lingkungan yang nyaman jika memungkinkan. H/: Pasien tampak istirahat dengan nyaman.	Perawat
	I	17.00	Menginstruksikan pasien atau keluarga tindakan-tindakan yang dilakukan untuk mengatasi hipovolemia.	Saldianus

			H/: Perawat menjelakan pada pasien untuk banyak minum air putih sedikit tapi sering. pasien tampak mengerti dengan penjelasan perawat.	
	I,III	18.00	Memberi obat atau cairan IV. H/: Memberi obat injeksi ranitidine 50mg /IV, mengganti cairan infuse RL 500 ml.	Saldianus
	II	18.25	Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yaitu meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus. H/: Pasien mengatakan masi nyeri pada ulu hati seperti tertusuk-tusuk selama ±10 menit, nyeri yang dirasakan secara tiba-tiba, tidak menjalar, dengan skala nyeri 6.	Saldianus
	III	19.30	Menunjukan dan praktikan teknik relaksasi pada pasien. H/: Pasien tampak diberikan teknik relaksasi.	Saldianus

	I	20.00	Mendorong konsumsi cairan. H/: Tampak pasien minum ½ gelas air.	
	I	20.30	Memonitor adanya sumber-sumber kehilangan cairan. H/: Pasien mengatakan muntah 1 kali berupa cairan bercampur makanan dan tampak pasien muntah.	Saldianus Anti
	I	21.15	Memberi obat atau cairan IV. H/: Omeprazole 40 mg/IV dan Novaldo 1 ampul (1000 mg)/drips dalam infus RL 500 ml .	Anastasia
	I	21.40	Mencatat asupan dan pengeluaran. H/: Pasien mengatakan menghabiskan 2 gelas air putih ±500cc dan BAK 1 kali ± 250 cc.	Anastasia
	I,II,III	22.00	Memonitor tanda-tanda vital H/: TD : 150/70 mmHg N : 84 x/menit S : 37,7ºC P : 20 x/menit.	Anas

	II	23.00	Menciptakan lingkungan yang tenang lingkungan yang nyaman jika memungkinkan. H/: Pasien mengatakan merasa nyaman.	Anastasia
	I.II.III	05. 00	Memberi obat atau cairan IV H/: Memberi obat ranitidine 50 mg/IV dan mengganti cairan infuse RL 500 ml.	Anas
	I	05.20	Memonitor tanda-tanda vital. H/: TD : 150/80 mmHg N : 82 x/menit S : 37,8ºC P : 20 x/menit.	Anastasia
	I.II.III	06.15	Mengkaji keluhan pasien. H/: Pasien mengatakan demamnya masih naik turun dan badanya masih terasa lemas. Pasien menyatakan merasa mual dan mersa nyeri uluhati	yohanes
	I.II.III	06.30	Mengkaji tanda-tanda dehidrasi. H/ : Pasien mengatakan masih mual dan muntah.650cc	

	I	O6.40	Mencatat asupan dan pengeluaran. H/:pasien mengatakan menghabiskan 2 gelas air putih ±500cc dan BAK 1 kali ± 100 cc.	
	I,II	07.00	Balance cairan untuk 24 jam. H/ : Intake: - Air mineral : 750 cc - Infuse : 1500 cc + 2.250 cc / 24 jam Output: BAK : 500 cc Muntah : 650 cc + 1150 cc / 24 jam IWL: BB x 15/24 jam = 68 x 15/24 jam = 1020cc/24 jam IWL demam = IWL normal + 200 x (suhu sekarang – 36,8) = 915+ 200 x (38 – 36,8) = 1020X340= 1360cc / 24 jam Balance cairan CM-(CK+IWL demam) 2250-(1150+1360) =2250-2510 = -260	

01 maret 2019	I.II.III	08.00	Memberi obat atau cairan IV. H/: Memberi obat ranitidine 50 mg/IV, novaldo 1 ampul (1000 mg)/drips dalam infus RL 500 ml, omeperazole 40 mg/IV/paracetamol.	Deti
	I.II.	09.00	Mengganti cairan infuse RL 500 ml. H/: Tampak cairan infus 500 ml/20 tetes/menit.	Deti
	III	09.30	Melakukan pengkajian nyeri komprenhensif yaitu meliputi lokasi, karateristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus. H/: Pasien mengatakan masih merasa nyeri pada ulu hati, hilang timbul, selema 5-10 menit dengan skala nyeri 5.	Yohanes
	III	10.00	Monitor tanda tanda vital H/: TD : 140\90 Mmhg S : 37,4cc N : 88x/menit P : 20x/menit	Yohanes

	III	11.00	Menunjukan dan mempraktikan tehnik relaksasi pada pasien. H/: Pasien tampak merasa lebih baik dan merasa lebih nyaman.	Yohanes
	II	13.00	Memonitor warna kulit. H/: Pasien mengatakan demamnya masih naik turun dan tampak ada bintik-bintik merah pada tangan pasien dan kulit teraba hangat.	Yohanes
	I	13.50	Mendorong konsumsi cairan. H/: Tampak pasien minum ½ gelas air.	Yohanes
	II	14.00	Ajurkan pada psien menggunakan pakian yang tipis H/: Tampak pasien menggunakan pakian yang tipis.	Yohanes
	II	16.00	Memonitor tanda-tanda vital H/: TD : 140/80 mmHg N : 85 x/menit S : 37,6ºC P : 20 x/menit.	Saldianus

	I	16.45	Menginstruksikan pasien atau keluarga tindakan-tindakan yang dilakukan untuk mengatasi hipovolemia. H/: Pasien tampak mengerti dengan penjelasan perawat.	Saldianus
	I	17.20	Mencatat asupan dan pengeluaran H/: Pasien mengatakan menghabiskan 4 gelas air putih ±800cc dan BAK 2 kali ± 400 cc.	Saldianus
	II	18.00	Memantau suhu dan tanda-tanda vital lainya. H/: S : 38,2ºC.	Saldianus
	I	19.45	Memberikan kompres hangat H/: Tampak pasien diberikan kompres hangat pada dahi.	Saldianus
	II	20.10	Memantau suhu dan tanda-tanda vital lainya. H/: S : 37,7 ºC.	Saldianus
	I,II	20.40	Memberi obat atau cairan IV. H/: Memberi obat ranitidine 50 mg/IV.	Saldianus

	I	21.00	Mengganti cairan infuse RL 500 ml H/: Tampak pasien diberikan cairan infus RL 500 cc/20 tetes/menit.	Saldianus
	III	22.00	Melakukan pengkajian nyeri komprenhensif yaitu meliputi lokasi, karateristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus. H/: Pasien mengatakan masih merasa nyeri pada ulu hati, hilang timbul, selema 5-10 menit dengan skala nyeri 5.	Saldianus
	III	00.00	Menunjukan dan mempraktikan tehnik relaksasi pada pasien. H/: Pasien tampak merasa lebih baik dan merasa lebih nyaman setelah dibnerikan teknik relaksasi	Lola
	II	03.25	Pantau suhu H/: S : 36,4ºC	Lola
	I	04.30	Memonitor adanya sumber-sumber kehilangan cairan. H/ : pasien mengatakan masih mual	Lola

			Kurang lebih 100 cc	
	I	04.40	Mendorong konsumsi cairan H/: Tampak pasien minum 1 gelas air mineral. 200cc	Perawat
	I.II	05.00	Memberi obat atau cairan IV H/: Omeprazole 40 mg/IV Novaldo 1 ampul (1000 mg)/drips dalam infus RL 500 ml	Perawat
	I	05.20	Mencatat asupan dan pengeluaran H/: Pasien mengatakan menghabiskan 4 gelas air putih ±800cc dan BAK 2 kali ± 500 cc	Perawat
	I,II	05.40	Memonitor tanda-tanda vital H/: TD : 140/70 mmHg N :80 x/menit S : 37ºC P : 20 x/menit	Lola
	II.	06.10	Mengkaji keluhan pasien H/: Pasien mengatakan merasa demam dan nyeri	Perawat

	III	06.20	Memberi obat atau cairan IV H/: Memberi obat ranitidine 50 mg/IV	Perawat
	II	06.20	Memberi obat atau cairan IV H/: Memberi obat paracetamol/oral Pasien mengatakan demamnya masih naik turun dan badannya masih terasa panas.	Lola
	I	06.30	Mencatat asupan dan pengeluaran H/: Pasien mengatakan menghabiskan ½ gelas air putih ±300cc dan BAK 1 kali ± 100 cc	Perawat
	I	06.50	Balance cairan 24 jam Hasil/: Intake: - Air mineral : 750 cc - Infuse : 1500 cc + 2.250 cc / 24 jam Output: BAK : 500 cc Muntah : 250 cc + 750 cc / 24 jam IWL: BB x 15/24 jam = 68 x 15/24 jam = 1,020 cc/24 jam	Saldianus

			IWL demam = IWL normal + 200 x (suhu sekarang – 36,8) = 915+ 200 x (38 – 36,8) = 1,020X340 = 1360cc / 24 jam Balance cairan CM-(CK+IWL demam) 2250-(1150+1360) =2250-2110 = -140	
02 maret 2019	III	07.45	Melakukan pengkajian nyeri komprenhensif yaitu meliputi lokasi, karateristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus H/: Pasien mengatakan masih nyeri di uluhati seperti tertusuk-tusuk selama 10-15 menit, nyeri dirasakan secara tiba-tiba, tidak menjalar dengan skala nyeri 6	Salianus
	III	08.00	Menunjukan dan mempraktikan tehnik relaksasi pada pasien H/: Pasien tampak merasa lebih baik dan merasa lebih nyaman	Saldianus

	I.II.III	09.10	Memberi obat atau cairan IV H/: Memberi obat ranitidine 50 mg/IV Omeperazole 40 mg/IV Novaldo 1 ampul (1000 mg)/dribs dalam infus RL 500 ml	Saldi
	I	10.00	Mengganti cairan infuse RL 500 ml Memonitor tanda-tanda vital H/: TD : 140/80 mmHg N : 80 x/menit S : 36,2ºC P : 20 x/menit	Deti
	I	10.30	Mendorong konsumsi cairan H/: Tampak pasien minum air putih 1 gelas	Saldianus
	II	11.00	Memonitor warna kulit dan mebran mukosa H/: Tampak mukosa bibir pasien kering .	Saldianus
	II	11.30	Mendorong klien untuk mengambil posisi yang nyaman dan menggunakan pakian yang tipis H/: Tampak pasien menggunakan	yohanes

			pakaian yang tipis	
	II	12.00	Memonitor membrane mukosa, turgor kulit dan respons haus H/: Tampak mukosa bibir pasien kering	yohanes
	I.	13.00	Memonitor adanya sumber-sumber kehilangan cairan H/ pasien mengatakan masih muntah 1 kali berupa cairan	Deti
	I	14.15	Mencatat asupan dan pengeluaran H/ pasien mengatakan menghabiskan 3 ½ gelas air putih ±800cc dan BAK 2 kali ± 350 cc	Lola
	I.II	15.00	Memonitor warna kulit H/ Tampak masih ada bintik-bintik merah di tangan pasien	Lola
	I.II	16.00	Menciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman jika memungkinkan H/ pasien tampak istirahat dengan nyaman	Yohanes
	I	17.00	Menginstruksikan pasien atau keluarga tindakan-tindakan yang dilakukan untuk mengatasi hipovolemia	Yohanes

			H/: Pasien tampak mengerti dengan penjelasan perawat	
	III	18.00	Memberi obat atau cairan IV H/: Memberi obat ranitidine 50 mg Mengganti cairan infuse RL 500 ml	yohanes
	I.III	18.30	Memonitor tanda-tanda vital H/ : TD : 140/90 mmHg N : 78 x/menit S : 37,6ºC P : 20 x/menit	Valen
	III	19.00	Melakukan pengkajian nyeri komprenhensif yaitu meliputi lokasi, karateristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus H/: Pasien mengatakan masih nyeri ulu hati seperti tertusuk-tusuk selama 5-10 menit, nyeri dirasakan secara tiba-tiba, tidak menjalar dengan skala nyeri 5	Valen/perawat
	III	20.00	Menunjukan dan praktikan tehnik relaksasi pada pasien	Valen/ perawat

			H/: Pasien tampak merasa lebih baik	
	II	20.20	Memonitor warna kulit H/: Tampak masih ada bintik merah pada lengan pasien dan tampak mukosa bibir lembab	Valen
	I	20.45	Mendorong konsumsi cairan H/: Tampak pasien minum ½ gelas air	Valen
	I	21.25	Memonitor adanya sumber-sumber kehilangan cairan H/: Pasien mengatakan muntah 1 kali berupa cairan bercampur makanan	Saldi
	I.II	24.00	Monitor adanya sumber sumber kehilangan cairan H/: Pasien menyatakan mual Tampak pasien muntah	Saldi
	I.II	05.10	Memberi obat atau cairan IV H/: Omeprazole 40 mg/IV Novaldo 1 ampul (1000 mg)/drips	valen

			dalam infus RL 500 ml	
	I	05.25	Mencatat asupan dan pengeluaran H/: Pasien mengatakan menghabiskan 3 gelas air putih ±650cc dan BAK 2 kali ± 300 cc	Barung
	I,II,III	05.43	Memonitor tanda-tanda vital H/: TD : 140/80 mmHg N : 82 x/menit S : 37ºC P : 20 x/menit	Valen
	I.II.III	05.45	Mengkaji keluhan pasien H/pasien mengatakan tidak ada deman lagi dan menyatakan tidak ada rasa mual dan muntah lagi .	Saldi
	I..III	06.00	Memberi obat atau cairan IV H/ memberi obat ranitidine 50 mg/IV Mengganti cairan infuse RL 500 ml	Saldi
	I.III	06.15	Mencatat asupan dan pengeluaran H/: Pasien mengatakan menghabiskan 2 gelas air putih ±400cc dan BAK 1 kali ± 100 cc	Saldi

	I.II	06.30	Balance cairan 24 jam HASIL Intake: - Air mineral : 750 cc - Infuse : 1500 cc + 2.250 cc / 24 jam Output: BAK : 500 cc Muntah : 100cc + 600 cc / 24 jam IWL: BB x 15/24 jam = 68 x 15/24 jam = 1020 cc/24 jam IWL demam = IWL normal + 200 x (suhu sekarang – 36,8) = 1020+ 340 x (37,5 – 36,8) = 1020X340 = 1360cc / 24 jam Balance cairan CM-(CK+IWL demam) 2250-(600+1360) =2250-1960 = -290	Saldi

F. EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/umur : Tn “Y”

Ruang/kamar : St. Bernadeth IIIB/364[1]

Tanggal	DP	Evaluasi	Perawat
28 februari 2019	I	Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif S: Pasien mengatakan masih mual dan Muntah O: Tampak mukosa bibir kering Tampak keadaan umum lemah Tanda-tanda vital : TD:150/70 mmHg N: 88 x/menit S: 37,8ºC P: 20 x/menit Balance cairan CM-(CK+IWL demam) 2250-(1150+1360) =2250-2510 = -260 A: Masalah kekurangan volume cairan masih dipertahankan pada skala 4 P: Lanjutkan intervensi - Catat asupan pengeluaran - Monitor warna kulit	Yohanes

		- Monitor sumber kehilangan cairan - Monitor membrane mukosa dan kulit	
	II	Hipertermi berhubungan dengan penyakit S: Pasien mengatakan demamnya masih naik turun dan badanya masih terasa Lemas O: Tampak pasien menggigil dan badan teraba hangat Tanda-tanda vital TD:150/70 mmHg N: 88 x/menit S: 37,8ºC P: 20 x/menit A: Masalah hipertermi masih dipertahankan pada skala 4 P: Lanjutkan intervensi - Monitor tanda-tanda vital - Beri kompres hangat - Monitor warna kulit - Dorong konsumsi cairan - Beri obat	
	III	Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis S: Pasien mengatakan masih nyeri uluhati seperti tertusuk-tusuk selama 5-10 menit, nyeri dirasakan secara tiba-tiba, tidak	

		menjalar dengan skala nyeri 6 O: Tampak pasien meringis Tanda-tanda vital TD:140/70 mmHg N: 80 x/menit S: 37,8ºC P: 20 x/menit A: Masalah nyeri akut masih dipertahankan pada skala 4 P: Lanjutkan intervensi - Kaji nyeri secara komprenhensif - Ajarkan tehnik relaksasi - Beri obat	
01 maret 2019	I	Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif S: Pasien mengatakan masih mual, muntah dan sakit kepala O: Tampak ada bintik-bintik merah pada tangan pasien dan kulit teraba hangat Tanda-tanda vital TD: 140/70 mmHg N: 85 x/menit S: 37,6ºC P: 20 x/menit A: Masalah kekurangan volume cairan sudah ditingkatkan ke skala 5. P: Lanjutkan intervensi - Catat asupan pengeluaran - Monitor warna kulit - Monitor sumber kehilangan cairan	Saldianus.

		- Monitor membrane mukosa dan kulit Balance cairan CM-(CK+IWL demam) 2250-(1150+1360) =2250-2110 = -140	
	II	Hipertermi berhubungan dengan penyakit S: Pasien mengatakan demamnya masih naik turun dan badannya masih terasa panas O: K ulit teraba hangat Tanda-tanda vital TD: 140/70 mmHg N: 85 x/menit S: 37,6ºC P: 20 x/menit A: Masalah hipertermi masih dipertahankan pada skala 4 ditingkatkan keskala 5 P: Lanjutkan intervensi - Monitor tanda-tanda vital - Beri kompres hangat - Monitor warna kulit - Dorong konsumsi cairan - Beri obat	
	III	Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis S: pasien mengatakan masih merasa nyeri	

		pada ulu hati, hilang timbul, selema 5-10 menit dengan skala nyeri 6 O: Tanda-tanda vital TD: 150/70 mmHg N: 85 x/menit P: 20 x/menit A: Masalah nyeri akut masih dipertahankan pada skala 4 ditingkatkan ke skala 5 P: Lanjutkan intervensi - Kaji nyeri secara komprenhensif - Ajarkan tehnik relaksasi - Beri obat	
02 maret 2019	I	Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif S: Pasien mengatakan masih mual dan masih ada rasa ingin muntah O: Tampak ada bintik-bintik merah pada tangan pasien Tanda-tanda vital TD: 150/ 80 mmHg N: 80 x/menit S: 36,4ºC P: 20 x/menit Balance cairan CM-(CK+IWL demam) 2250-(600+1360) =2250-1960 = -290	Yohanes

		A: masalah kekurangan volume cairan masih dipertahankan pada skala 4 P: Lanjutkan intervensi - Catat asupan pengeluaran - Monitor warna kulit - Monitor sumber kehilangan cairan - Monitor membrane mukosa dan kulit	
	II	Hipertermi berhubungan dengan penyakit S: Pasien mengatakan demamnya Sudah turun dan badanya masih terasa lemas O: Kulit teraba dingin Tanda-tanda vital TD: 150/ 80 mmHg N: 80 x/menit S: 36,4ºC P: 20 x/menit A: masalah hipertermi sudah tratasi P: Stop intervensi.	
	III	Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis S: Pasien mengatakan masih nyeri di uluhati seperti tertusuk-tusuk selama 5 menit, nyeri dirasakan secara tiba-tiba, tidak menjalar dengan skala nyeri 5 O: Tampak wajah pasien meringis	

		Tampak keadaan umum lemah Tanda-tanda vital TD: 150/ 80 mmHg N:85 x/menit S: 36,4ºC P: 20 x/menit A: Masalah nyeri akut masih dipertahankan pada skala 4 P: Lanjutkan intervensi - Kaji nyeri secara komprenhensif - Ajarkan tehnik relaksasi - Beri obat	

G. TERAPI OBAT

1. Ranitidin
   a. Nama obat : ranitidin
   b. Klasifikasi/golongan obat: anatasida
   c. Doisis umum: 300 mg/hari
   d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 ampl/8 jam
   e. Cara pemberian obat “ Ijeksi intravena/bolus
   f. Mekanime kerja obat: obat ini bekerja untuk menurunkan kadar asam berlebihan yang di peroduksi oleh lambung sehingga = rasa sakit dapat renda dan luka pada lambung perlahan-lahan akan sembuh. Selain mengobati, ranitidin juga dapat di gunakan untuk mencegah munculnya gejala-gejal gangguan pencernaan akibat menkonsumsi makanan tertentu.
   g. Alasan pemeberian obat pada pasien yang bersangkutan untuk pasien dengan hipersekresi patologi yang sulit di atasi atau sebagai pengobatan alternatif jangka pendek pemberian oral pasien yang tidak bisa di beri ranitidin oral

h. Kontra indikasi

Penderita yang hipersensitif terhadap obat ini

i. Efek samping obat

1. Sakit kepala
2. Kardiovaskuler, jarang dilakukan: aritmea seperti takikardia dan bradikardi
3. SSP, jarang terjadi, malaise, vertigo, mengantuk dan depresi.

2. Omeperazole

a. Klasifikasi/golongan obat : antasida.
b. Dosis umum :40 mg
c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 flc/12 jam
d. Cara pemberian obat : ijeksi intravena/bolus.
e. Mekanisme kerja obat : omeperazole menghambat sekresi asam lambung dengan cara berikatan pada pompa H + K + ATPase dan mengaktifkan sehingga terjadi pertukaran ion kalium dan ion kalium hidrogen dalam lumen sel.
f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : untuk pengobatan jangka pendek tukak duodenal dan yang tidak responsif terhadap obat-obat antagonis reseptor H2, untuk mengobat refluks esophagus erosif atau ulserati yang telah di diagnosa melalui endoskopi.
g. kontra indikasi
h. penderita yang hipersensitif terhadap omeperazole
i. efek samping obat
    1. sakit kepala,diare dan mual
    2. pada pengunaan jangka panjang perlu di perhatikan adanya pertumbuhan bakteri yang berlebihan di saluran pencernaan

3. Novaldo
   a. Klasifikasi/golongan obat : anti inflanmasi non steroid (AINS).
   b. Dosis umum : injeksi awal 500 mg secara IM/IV, tiap 6-8 jam. Maksimal 3 kali/hari
   c. Dosis untuk pasien : 1 ampl/12 jam drips
   d. Cara pemberian obat : intravena/bolus
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : merupakan kelompok obat anti inflamasi non streroid yang memiliki fungsi penghilang rasa sakit, antispasmodic (merdakan kejang otot), dan penurunan demam.
   f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : pasien di berikan obat karena obat ini bekerja untuk mengurangi nyeri yang dirasakan
   g. Kontra indikasi : pasien dengan TD sistolik < 100 mmHg. Pasien dengan arganulositosis. Hamil, laktasi. Bayi ≤ 3 bulan atau berat badan < 5 kg.
   h. Efek samping obat : reaksi hipersensitifitas pada kulit (kemerahan pada kulit), agranulositosis.

BAB IV
PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis membahas tentang ada tidaknya kesenjangan antara konsep teori dengan pengamatan kasus yang ditemukan pada Tn "y" dengan *Dengue Haemoragic Fever* (DHF) di Rumah Sakit Stella Maris Makasssar Ruangan St.Bernadet IIIB selama tiga hari perawatan. Pembahasan dalam bab ini menggunakan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi dan evaluasi.

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam mengumpulkan data dari berbagai sumber yaitu pasien, keluarga, perawat ruangan, dokter, dan hasil pengamatan langsung pada pasien.

Pada pengamatan kasus diperoleh data bahwa pada tanggal 27/02/2019 didapatkan, yang menjadi keluhan utama adalah demam yang dialami sejak 5 hari yang lalu. Hasil pengkajian Pasien mengatakan demam yang dirasakan naik turun pada sore hari disertai mual muntah, 2-3x, sakit kepala, nyeri uluhati, seperti tertusuk-tusuk selama ± 10 menit, nyeri muncul secara tiba-tiba, dengan skala nyeri 6, tampak pasien meringis, kulit teraba hangat dan tampak ptekie di kedua lengan pasien. mukosa bibir tampak kering. Hasil pemeriksaan Tanda-tanda Vital didapat hasil: TD:150/70 mmHg, Nadi: 80x/m, pernapasan: 20x/m, Suhu : 38,6^{0}c, dan hasil IMT: 22,6 kg kesimpulan berat badan ideal, terapi yang didapat di rumah sakit mendapatkan terapi Ranitidin 1 ampl IV/bolus, Omeperazole 1 fl/12 jam IV. Pemeriksaan tes diagnosis yang dilakukan pada pasien anti dengue IgM positif (+). PLT: 97.

Pada pemeriksaan diagnostik diperoleh hasil pemeriksaan laboratorium: jumlah PLT dalam darah mengalami penurunan, yaitu 97. Berdasarkan data hasil pemeriksaan pendukung maka Diagnosis yang ditetapkan oleh Medis adalah DHF

Demam merupakan manifestasi utama yang terjadi pada pasien DHF. Pada pasien diperoleh data suhu: 38,6^{0}C, dimana hal ini disebabkan oleh infeksi virus *dengue* didalam darah atau dengan istilah lain viremia. Selain itu data lain yang umumnya ditemukan pada pasien *Dengue Haemoragic Fever* (DHF) yaitu terjadinya penurunan *Trombosit* dan peningkatan HCT > 20 %. Pada kasus Tn. “y” nilai *Trombosit* yang ditemukan pada pasien adalah 97 10^3/uL (150–450 10^3/uL) hal ini terjadi karena dalam kondisi pasien yang masih dalam derajat 2 sudah diimbangi dengan terapi pemberian cairan sehingga tidak terjadi peningkatan HCT. Menurut teori turunnya nilai *trombosit* dan peningkatan HCT pada pasien *Dengue Haemoragic Fever* (DHF) disebabkan oleh virus *dengue* yang masuk ke dalam tubuh manusia melalui gigitan nyamuk *aedes Aegypti/Albopictus* yang akan mengakibatkan terjadinya viremia sehingga terjadinya pelepasan toksik melalui aliran darah sehingga terjadinya dilatasi pembuluh darah. Terjadinya dilatasi pembuluh darah mengakibatkan peningkatan permeabilitas kapiler dinding pembuluh darah yang selanjutnya dapat menimbulkan dua hal yaitu volume plasma menurun dan *hematocrit* meningkat maka terjadilah *trombositopenia*

Data lain yang diperoleh dari yaitu pasien mengatakan lingkungan tempat tinggalnya kurang bersih karena di depan rumah ada got yang selalu tergenang air. Pasien juga mengatakan sering menggantung baju di kamarnya, dan pasien tidur tidak menggunakan kelambuk. Hal ini sesuai dengan teori bahwa lingkungan yang tidak bersih, dimana nyamuk *Aedes Aegypti* hidup dan berkembang biak pada tempat yang gelap, lembab dan tersembunyi didalam rumah atau bangunan termasuk di tempat kamar tidur dan kamar mandi.

B. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan dari data hasil pengkajian penulis mengangkat diagnose keperawatan pada pasien Tn “y” yaitu:

1. Hipertermi berhubungan dengan penyakit. Penulis mengangkat diagnosa ini karena pasien mengalami demam dan hasil observasi Suhu: $38,6^0$ c.
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis. Penulis mengangkat diagnosa ini karena pasien mengalami nyeri pada bagian ulu hati, nyeri berada pada skala 6
3. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. Penulis mengangkat diagnosa ini karena didapatkan data, tampak mukosa bibir, dan balance cairan di dapatkan yaitu: -55 cc.

Adapun diagnosa pada tinjauan teoritis yang penulis tidak angkat dalam tinjauan kasus adalah

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan hipovolemia. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena tidak ada data-data yang mendukung dari pasien karena masih dalam derajat 2.
2. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan umum. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pasien masih mampu makan, kerapihan dan mobilisasi di tempat tidur secara mandiri walaupun masih dibantu ke kamar mandi karena pasien merasa pusing.
3. Defisiensi pengetahuan b/d tidak familiar dengan sumber informasi. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena penulis mengerti tentang penyakit *Dengue Haemoragic Fever* (DHF)

C. Rencana keperawatan

Setelah proses pengkajian dan penentuan masalah keperawatan selanjutnya penulis membuat suatu perencanaan untuk mengatasi masalah keperawatan yang timbul.

1. Kekurangan volume cairan

   Intervensi yang dibuat oleh penulis adalah Monitor status dehidrasi, Monitor adanya sumber-sumber kehilangan cairan, Tawarkan pilihan minum setiap 1 sampai 2 jam saat terjaga, Instruksikan pasien atau keluarga tindakan-tindakan yang dilakukan untuk mengatasi hypovolemia, Berikan cairan IV yang diresepkan untuk dehidrasi, Catat asupan dan pengeluaran Monitor membrane mukosa, turgor kulit dan respons haus, Tentukan apakah pasien mengalami kekhasan atau gejala perubahan cairan, Monitor warna, kuantitas dan berat jenis urin.

   Semua intervensi untuk diagnose kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif yang sebagian terdapat pada teori (NIC) yaitu:

   a. Monitor status dehidrasi, Monitor adanya sumber-sumber kehilangan cairan.
   b. Instruksikan pasien atau keluarga tindakan-tindakan yang dilakukan untuk mengatasi hypovolemia.
   c. Manajemen Syok.
   d. Manajemen pengobatan.

2. Hipertermi berhubungan dengan penyakit

   Intervensi yang dibuat oleh penulis adalah Dorong konsumsi cairan. Pantau suhu minimal 2 jam, Fasilitasi istirahat, terapkan pembatasan aktivitas, jika diperlukan. Tutup pasien dengan selimut atau pakaian ringan, tergantung pada fase demam (yaitu: memberikan selimut hangat untuk fase dingin, menyediakan pakaian atau linen tempat tidur ringan untuk demam atau fase bergejolak). Beri obat atau cairan IV (misalnya, antipiretik,

antibakteri dan agen anti menggigil). Pantau suhu dan tanda-tanda vital lainya, Monitor warna kulit, Beri kompres air hangat. Semua intervensi untuk diagnose hipertermi sebagan dari NIC dan teori.

1.Pengaturan hemodinamik

2.Pecegahan kejang

Kami tidak melakukan impletasi pecegahan kejang dan pengaturan hemo dinamik karena deman teratasi pada hari kedua..

3. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis.

Intervensi yang dibuat oleh penulis adalah Lakukan pengkajian nyeri komprenhensif yaitu meliputi lokasi, karateristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau berat nya nyeri dan faktor pencetus.

Evaluasi bersama pasien faktor-faktor yang dapat menurunkan atau memperberat nyeri, Berikan analgesik sesuai waktu paruhnya, terutama pada nyeri yang berat, Ciptakan lingkungan yang tenang, dan suhu lingkungan yang nyaman jika memungkinkan, Dorong klien untuk mengambil posisi yang nyaman dengan pakaian longgar dan Tunjukkan dan praktikan tehnik relaksasi pada pasien, Monitor tanda-tanda vital.

D. Implementasi keperawatan

Pada tahap ini penulis mengimplementasikan rencana yang telah disusun penulis sebelumnya. Rencana keperawatan yang telah disusun oleh penulis telah diimplementasikan dengan baik selama 3 hari oleh karena tersedianya kerja sama yang baik dengan pasien, keluarga pasien dan tim kesehatan lainnya.

1. Pada diagnose keperawatan pertama kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, pada hari pertama dan kedua ke tiga semua diimplementasikan sesuai dengan intervensi.

2. Pada diagnosa keperawatan kedua yaitu hipertermi berhubungan dengan penyakit. Implemnentasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi beri kompres hangat hanya sampai hari kedua, sedangkan mengobservasi suhu tubuh tetap diakukan untuk mengantisipasi adanya demam berulang.
3. Pada diagnose keperawatan ketiga yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis. Pada hari pertama, sampai ketiga masih melakukan lanjut implementasi karena nyeri belum teratasi masih pada sekla 5.

E. Evaluasi

Pada tahap ini merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang mencakup tentang apakah hasil yang diharapkan bisa dicapai. Dari hasil evaluasi yang dirumuskan penulis selama melaksanakan proses keperawatan pada pasien selama 3 hari .

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif penyakit ini belum teratasi sepenuhnya karena pasien masih mual, muntah menunjukan malas minum air putih, mukosa bibir sedikit lembab
2. Hipertermi berhubungan dengan penyakit sudah teratasi ditandai dengan kulit teraba hangat, suhu tubuh 36,4^{0}c
3. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis belum teratasi karena pasien masih mengeluh nyeri dengan skala nyeri 5

BAB V
PENUTUP

Berdasarkan hasil pembahasan yang diuraikan mengenai asuhan keperawatan pada pasien *Dengue Hemoragic Fever* (DHF), maka penulis membuat simpulan dan saran yang dapat bermanfaat demi pengembangan dan peningkatan pelayanan perawatan pasien khususnya pada pasien *Dengue Hemoragic Fever* (DHF)

A. Kesimpulan

1 Pengkajian keperawatan pada pasien TN “Y” dengan *Dengue Hemoragic Fever* (DHF) diperoleh data: demam kurang lebih 5 hari dirasakan naik turun pada sore hari disertai mual, muntah 2-3x, sakit kepala, nyeri pada ulu hati, dirasakan seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri 6, pasien merasa lemas, Ptekie (+) pada kedua lengan, mukosa bibir kering. Tanda-tanda Vital: TD: 150/70 mmHg, Nadi: 80x/m, pernapasan: 20x/m, Suhu: 38’6 ^{0}c

2 Masalah keperawatan pada TN ‘’Y’’ ada 3 diagnosa keperawatan
   a. Hipertermi b/d penyakit
   b. Nyeri akut b/d agen cederah biologis
   c. Kekurangan volume cairan b/d kehilangan cairan aktif

3 Perencanaan tindakan keperawatan yang diusun untuk mengatasi masalah keperawatan pada TN “Y” dan semua intervensi untuk ketiga diagnosa dibuat berdasarkan Nanda NOC dan NIC yang disesuaikan dengan kondisi pasien.

4 Implementasi dilakukan selama 3 hari perawatan dan semuanya sesuai dengan perencanaan. Tindakan yang diberikan berupa tindakan mandiri, kolaborasi, pendidikan kesehatan.

5 Evaluasi selama 3 hari perawatan hanya masalah keperawatan hipertermi yang sudah teratasi.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas maka penulis menyampaikan beberapa saran untuk pertimbangan dan peningkatan kualitas asuhan keperawatan yang ditujukan kepada:

1 Pasien dan keluarga

Diharapkan untuk selalu memperhatikan dan menjaga kesehatan dengan melakukan tindakan pencegahan seperti gerakan 3M untuk mencegah perkembangbiakan nyamuk penyebab penyakit *Dengue Haemoragic Fever* (DHF).

2 Instansi Rumah Sakit

Khususnya Untuk perawat

Diharapkan perlu mengupayakan agar kosisten dalam memberikan edukasi pada pasien DHF tentang penanganan pertama yang bisa pasien lakukan yaitu dengan banyak minum air putih dan melakukan kompres air hangat bila terjadi demam dan segera ke pelayanan kesehatan seperti puskesmas atau rumah sakit terdekat.

3 Institusi pendidikan

Hendaknya institusi dapat menyediakan fasilitas dan sarana belajar yang lebih memadai demi kelacaran dalm penulisan,dan menyaip bayak buku buku baru tentang DHF.

DAFTAR PUSTAKA

Desmawati. (2014). *Sistem Hematologi dan Imunologi*. Jakarta: IN MEDIA.

Doenges, E. Marilyn. (2010). *Rencana Asuhan Keperawatan*. Edisi 3. Jakarta: EGC.

Handayani, Wiwik. (2012). *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Hematologi*. Jakarta : Salemba Medika.

Herdman, T. Heather. (2013). *Nanda International Diagnosa keperawatan Defenisi dan Klasifikasi 2015-2017*. jakarta: EGC.

Krishnan, Muralli. (2013). *Terobosan Riset Vaksin DBD di India*. file:///E:/Nonama/file/Terobosan%20Riset%20Vaksin%20DBD%20di%20India%20_%20Iptek%20_%20DW.DE%20_%2019.02.2013.html. Akses 05 Mei 2015.

Kunoli, J. Firdaus. (2012). *Asuhan Keperawatan Penyakit Tropis*. Jakarta: TIM

Medical Record Rumah Sakit Stella Maris, Makassar perode 2018

Muttaqin. (2012). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler dan Hematologi*. Jakarta: Salemba Medika.

Soegang, soegijanto. (2010). *Demam Berdarah Dengue*. Edisi 2. Surabaya: Airlangga University Press

Ndadesul. (2015). *641 Orang Tewas Akibat DBD pada 2014*. file:///E:/Nonama/file/641%20Orang%20Tewas%20Akibat%20DBD%20pada%202015.htm. Akses 05 Mei 2015.

Widoyono, (2011). *Penyakit Tropis Epidemiologi, Penularan, Pencegahan dan Pemberantasannya*. Jakarta: Erlangga

World Hearth Organisation, (2015). *Panduan Lengkap Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue*. Jakarta: EGC.

Http//: DinKes – SulSel.co.id (2014). Akses 05 April 2019 *Jurnal Berkala Epidemiologi*, vol.3. No.2april 2015 : 242-253

DAFTAR LEMBAR KONSUL
KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Saldianus Parut E1614401037
Nama: Yohanes Barung E1614401040
Kelas : IIIA / DIII Keperawatan
Pembimbing :Rosmina Situngkir, Ns.,M.Kes

NO	Hari / Tanggal	Materi Konsul	Perbaikan	TTD
1	28-02/2019	Konsul pengkajian DHF	Kaji denganbenar terutama pada system imun	
2	15-03/2019	Bab III pengkajian Bab II	Perbaik pengkajian, dischare planing	
3	22-03/2019	Bab III lengkap	Perbaikan diagnose dan intervensi	
4	08-04/2019	Bab I pendahuluan latar, belakang	Perbaikan penulisan data-data	
5	15-04/2019	Bab I, Bab IV dan Bab V	Perbaikan latarbelakang da Bab IV data haruslengkap dan Bab V kesimpulan harus lebih ringkas	
6	25-04/2019	Bab IV, Bab V	Perbaikan pada intervensi yang tidak di lakukan dan implementasi pada Bab V	
7	02-05/2019	Bab V	ACC konsul ulang KTI	